



# 初診票



## ◎飼い主様

フリガナ		電話番号	優先順位	続柄
お名前			①( ) ( )	②( ) ( )
ご住所	〒 -		ご職業	
メールアドレス	※検査結果などをお送りする場合がございます。		モバイル診察券 ※LINEメニューで表示	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
ご来院のきっかけ				
<input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> クチコミサイト ( ) <input type="checkbox"/> SNS ( ) <input type="checkbox"/> 紹介(紹介者: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				

## ◎わんちゃん

お名前		誕生日	年 月 日( 歳 ヶ月)	
性別	<input type="checkbox"/> 男の子(去勢していない) <input type="checkbox"/> 男の子(去勢済) <input type="checkbox"/> 女の子(避妊していない) <input type="checkbox"/> 女の子(避妊済)			
品種		毛色		
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり(番号 )			
動物保険	<input type="checkbox"/> 加入していない <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他( )			
同居動物	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(犬 頭/猫 頭/その他 )			
食事	<input type="checkbox"/> ドライフード( ) <input type="checkbox"/> ウェットフード( ) <input type="checkbox"/> 療法食( ) <input type="checkbox"/> 手作り食 <input type="checkbox"/> その他( )			
病歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名 いつ頃: )			
薬や注射の副作用	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(どのような: )			
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(どのような: )			
混合ワクチン	<input type="checkbox"/> 接種済( 種)( 年 月) <input type="checkbox"/> 接種していない	狂犬病 ワクチン	<input type="checkbox"/> 接種済( 年 月) <input type="checkbox"/> 接種していない	
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> 予防している(予防薬: ) <input type="checkbox"/> 予防してない	ノミ・ダニ予防	<input type="checkbox"/> 予防している(予防薬: ) <input type="checkbox"/> 予防してない	