新 患 受 付 カ ー ド

受付日：
No.：

ふりがな		自宅電話番号	
飼い主氏名		携帯電話など	
自宅ご住所	〒 □□□−□□□□		
勤務先名（ご職業）	（ ）	勤務先電話番号	
当院を知った理由	近所・チラシ・看板・インターネット・電話帳・紹介（ 様）・その他（ ）		
どうぶつの健康保険　に加入していますか？　いいえ　・　はい　（証券番号： ）			

● 言葉が話せない家族にかわって、なるべく詳しくお書きください。

動物種	カラー：	名前	
生年月日	年　月　日	性別	オス　・　メス

★ 避妊・去勢手術をしていますか？　いいえ　・　はい　（　年　月　日 頃）

★ 今までにかかった大きな病気はありますか？（手術・長期入院など）

★ 今日来院された理由は？（症状・ワクチン・セカンドオピニオンなど）

★ 普段生活している場所は？　室内　・　屋外　・　たまに外に出る（散歩を含む）

★ 他に一緒に飼っている動物はいますか？　はい　・　いいえ
はいの方は　：　イヌ　匹　・　ネコ　匹　・　その他（ ）　匹

★ 食事は主に何を食べていますか？（商品名などわかれば詳しく）
ドライフード（ ）　缶詰（ ）　その他（ ）

★ 注射や内服薬によって具合が悪くなったことがありますか？
いいえ　・　はい　（ ワクチン　・　注射　・　内服薬　・　その他 ）

★ 各種予防は済んでいますか？（接種日などがわかればご記入ください）
- イヌ混合ワクチン（　種混合）　年　月　日 頃
- ネコ混合ワクチン（　種混合）　年　月　日 頃
- 狂犬病ワクチン　年　月　日 頃
- フィラリア予防　年　月 まで