

年 月 日

初めて診察を受けられる方はご記入ください

フガナ 飼い主氏名	呼び名 <u>ちゃん</u>
〒 -	種類 犬・猫・小動物 ( )
住所	品種
電話 ( )	毛色
携帯	性別 オス メス 去勢済 避妊済
Eメール	生年月日 年 月 日ごろ
ご職業	登録No. ※犬のみ
	性格 陽気・怖がり・温和・凶暴

●入手方法は？	買った ( 年 月 日 ) (店・ブリーダー名： ) もらった・拾った・迷い込んできた・その他
●今日はどうされましたか？	
●現在の食餌内容は？	※ 分かれば商品名も書いてください
●今までの病歴は？	年 月ごろ (病名： ) 年 月ごろ (病名： )
●注射・薬のアレルギー が出たことは？	ある (薬の名前： ) ない
●ワクチンは受けていますか？	はい ( 年 月ごろ・ワクチン名 ) いいえ ( 年 月ごろ・ワクチン名 ) ※ 一番最近受けたワクチンを書いてください
●フィラリアの予防はしてますか？	はい  いいえ
●生活環境は？	室内・室外・その他 ( )
●どのようにして当院をお知り になりましたか？	電話帳・通りがかり・看板広告・ご紹介 ご紹介者名 ( )
● 当院への要望があれば お書きください	

※ こちらを元にカルテを作成いたします。受付へお出しください。