

# 初診票

年 月 日

## 飼主情報

フリガナ	
氏名	住所 〒
電話番号	家族構成

## お連れになった動物について

名前	動物種	品種	保険 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
生年月日		性別	避妊・去勢 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済

本日はどうされましたか？

混合ワクチンは接種していますか？

はい \_\_\_\_\_ 種混合ワクチン (いつ頃 \_\_\_\_\_) いいえ

現在、治療中の病気はありますか？

今までに病気や手術をしたことはありますか？

今までに注射や薬で副作用が出たことはありますか？

どのような治療を希望されますか？

- 費用は気にせず当院で出来る限りの検査・治療を希望する
- 必要な検査・治療内容の説明を聞いた上で方針を選択したい
- 費用は抑えて緩和治療・対症療法を希望する

その他ご要望があればご記入ください