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

品種

動物種

名前

保険

□無　□有

（　　　　）

生年月日

性別　　　　　　　避妊・去勢

　　　　　　　　　□未　□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