

記入日： 20 年 月 日

# 金城動物病院 初診票

言葉の話せない患者様に代わってお答えください

## 飼い主様について

ふりがな		ご住所	〒
氏名			
TEL		緊急TEL	
ご職業	会社員 自営業 公務員 パート 学生 主婦(夫) 他	勤務先TEL	

当院をお知りになったきっかけを教えてください（いくつでも○で囲んでください）

きっかけ	看板 広告 公式サイト SNS等 通りがかり 口コミ ご紹介（お名前： ） 以前利用（ 年ほど前）
------	--

当院からワクチン接種などのご案内を、上記住所へお送りしてもよろしいですか？（○で囲んでください）

ご案内希望	する しない
-------	--------

※飼い主様の個人情報につきましては、病院業務以外の目的には使用せず、適切に管理いたします

## 動物（患者様）について

### 基本情報・いつもの様子・これまでの経過

※おわかりになる範囲で結構です

動物種	犬 猫 ウサギ ハムスター その他（ ）	品種	（ ）・MIX
動物名		生年月日（西暦）	年 月 日
性別	オス 去勢オス メス 避妊メス 不明	毛色	

いつも暮らしている場所は？（ひとつだけ○で囲んでください）

場所	屋内 屋外 屋内外出入り自由
----	----------------

ワクチン接種、各種予防は行っていますか？（いくつでも○で囲んでください）

予防関係	混合ワクチン 狂犬病ワクチン フィラリア予防 ノミ・マダニ予防 一切行っていない 不明
------	---

これまでに大きな病気、ケガ、アレルギー症状が見られたことがありますか？

病気・ケガ等有無	ある ない	時期	年 月頃（例：2020年1月頃）
----------	-------	----	------------------

大きな病気、ケガ、アレルギー症状の詳細を、おわかりになる範囲でご記入ください

症状	
----	--

## 治療・診断について

ご来院の目的を教えてください

来院目的	健康チェック・相談 ワクチン接種 具合が悪そうなので診察希望
------	--------------------------------

診察希望の方は、どのような症状でいつ頃からそうなったかを教えてください

症状・時期	
-------	--