

その他		カルテ NO.	
●初診日:西暦 年 月 日			
お名前	フリガナ	ペットのお名前	フリガナ
		性別	♂・♀・去勢♂・避妊♀
ご住所	〒	種類(品種)	
		毛色(カラー)	
TEL	ご自宅	生年月日	西暦 年 月 日
	携帯		
FAX		飼育開始日	西暦 年 月 日

★該当する項目に☑を入れてください。

■食餌は、なにを与えていますか？具体的にご記入ください。
()

■どのような環境で飼育されていますか？
☐屋外 ☐屋内 / ☐放し飼い ☐ケージ飼い ☐その他()

■温度管理はしていますか？
☐していない ☐している: 温度(~ °C)

■予防接種はしていますか？
☐していない ☐過去にしていた ☐毎年している
最終接種日:西暦 年 月 日

■ノミやダニの予防はしていますか？
☐していない ☐過去にしていた ☐毎年している
投与期間(最も最近のもの):西暦 年 月 ~ 年 月

■交配や出産の経歴はありますか？(ある場合は、具体的にご記入ください)
☐ない ☐ある→()

■同居している動物はいますか？
☐いない ☐いる→()

■当院への来院は、初めてですか？(複数回答可)
☐初診 ☐再診(3年以内) ☐再診(3年以上前)
☐他のペットで受診したことがある(3年以内)→(動物種 名前)
☐他のペットで受診したことがある(3年以上前)

■本日は、どうされましたか？(複数回答可)
☐食欲がない・少ない (いつもを 100 とすると、.....%)
☐食べ方がおかしい→
☐元気がない→
☐便に異常がある→
☐尿に異常がある→
☐呼吸に異常がある→
☐怪我をしている→
☐しこりができている→
☐動きがおかしい→
☐その他→

■既往歴がある場合は、具体的にご記入ください。
.....
.....

■マイクロチップを入れている場合は、番号をお書きください。
.....

■動物病院からのご紹介の方は、紹介元の病院名をお書きください。
病院名→() TEL ()