ル・ル・ル動物病院　初診カード

No.
年　月　日

●飼い主様について

わかる範囲でご記入ください

ふりがな	電話番号：自宅　：
氏名　：	携帯電話　：
住所：〒	
当院を何で知りましたか	□近所　□チラシ　□インターネット(□検索サイト　□当院ホームページ)　□電話帳　□バス案内　□看板 □ご紹介（どなたから：　）□その他（　）
動物保険に加入されていますか	□はい（保険会社名：　）　□いいえ

●受診されるどうぶつについて

名前			
どうぶつ種	□いぬ　□ねこ	品種	
性別	□オス　□メス	不妊手術をしています	□はい（いつごろですか？：　）□いいえ
生年月日	年　月　日（□推定）	年齢	才
家に来た日	年　月　日（頃）	毛色	
どこから来ましたか	□親元　□ブリーダー　□ペットショップ　□保護　□住み着いた　□その他（　）		
飼育環境	□室内　□室外　□両方		
ふだんの食事	□ドライ　□ウェット　□手作り　□その他（　）		

●今日はどうされましたか

□混合ワクチン　□狂犬病予防注射　□フィラリア予防　□健康診断
□診察：どんな症状ですか？（

●予防歴を教えて下さい

ワクチンを接種していますか	はい（□狂犬病　□混合ワクチン（　種；最後は　年　月頃）　□いいえ
フィラリア予防をしていますか	はい（□のみ薬　□注射　□背中につける薬（スポットタイプ）　□いいえ
ノミ・ダニの予防をしていますか	はい（□スポットタイプ　□のみ薬　□その他；　）　□いいえ

●今までにおおきな病気やケガをしたことはありますか

はいの場合にご記入ください	年　月　頃
病気やケガの内容は	

●薬や特別な食事（病院食）を与えていますか

はいの場合は 具体的にご記入ください	

●薬や食べ物などで具合が悪くなったり、アレルギーがでたことはありますか

はいの場合は 具体的にご記入ください	
薬や食べ物	
いつごろですか	
具体的な症状	

●同居しているどうぶつはいますか

はいの場合は 具体的にご記入ください	
□いぬ（　頭）　□ねこ（　頭）　□その他（どうぶつ種：　）	

●以下の病気の検査で問題がでたことはありますか？

いぬ	フィラリア検査：□いいえ　□はい
ねこ	ウイルス検査　：□いいえ　□はい　（□猫エイズ FIV　□白血病 FeLV　）
共通	アレルギー検査：□いいえ　□はい（　）