



<飼い主様の情報>

ふりがな _____ 〒 _____
 お名前 _____ ご住所 _____
 お電話番号 _____ 緊急のご連絡先 _____

<ご家族の情報>

お名前 _____
 犬・猫・その他() 品種 _____ 毛色 _____
 性別 オス メス 不妊手術 未 済 (西暦 年 月頃)
 誕生日 西暦 年 月 日 (歳)
 保険 未加入 アニコム アイペット その他
 アニコムまたはアイペットに加入されている方は、保険証を受付時に必ずご提示ください。
 ホームドクター(かかりつけの病院)はどちらですか？ _____

<本日ご来院された理由> ご紹介(病院名: _____) ご紹介なし
 どのような症状がみられますか？ _____
 その症状が認められるのは身体のどの部位ですか？ _____
 その症状はいつ頃からですか？ _____
 その症状に対して何か検査をしましたか？ _____
 その症状に対して何か薬を飲ませましたか？ _____
 その症状に対してこれまで治療歴があれば教えてください。 _____
 その他、気になっていることがあれば教えてください。 _____

アレルギーはありますか？ はい(詳細: _____) いいえ
 今までに病気や怪我をしたことはありますか？ はい いいえ
 時期や治療内容、内服薬など、わかる範囲で詳しくお書きください。

現在の食欲は？ いつも通り 減っている 全くない
 排便 最後にしたのは 今日 昨日 () 日前 便の硬さ 普通 柔らかめ 下痢
 排尿 最後にしたのは 今日 昨日 () 日前
 本日は、なにか食べてきていますか？ いいえ はい 朝()時頃

ご記入ありがとうございます。受付にお渡してください。

スタッフ記入欄 カルテ番号 () 体重 ()kg