



初診カード



年 月 日

飼い主さんのお名前		ふりがな		猫ちゃん名	
飼い主さんの住所		〒			
電話番号		自宅	携帯		
性別	♂・♀ / 去勢済・避妊済		品種		
生年月日	年 月 日生		飼育環境	室内・室外	
当院を知った理由		知人から聞いて・インターネット・通りかかって・その他()			
混合ワクチン	過去1年以内に あり・なし・不明		ノミ・ダニ予防	本年度 あり・なし・不明	
今回のご来院理由(症状など)					
今まで他の動物病院で治療を受けた事がありますか? なし・あり(理由:)					
その他 特記事項がありましたらご記入下さい。					

◆診察に関するご希望をお聞かせ下さい(該当項目に○を付けて下さい。複数回答可)

- a. 健康チェックをしてもらいたい。
- b. 予防関係と健康チェック。
- c. 診療内容/診療費(検査を含む)に関して事前に説明してもらってから決めたい。
- d. 原因を探っていくための検査と治療を出来るだけしてもらいたい。
- e. 出来るだけ費用をかけずに、今の症状にあった治療だけしてもらいたい。
- f. 出来る限り最先端の治療を希望で、場合によっては大学病院など設備の整った病院を紹介してもらいたい。
- g. セカンドオピニオンをお願いしたい。
- h. その他()

当院ではメールマガジン『しっぽ通信』の配信サービスを行っています。
病院からのお知らせや、キャンペーン情報を月2回ぐらいのペースで配信中！

・病院側で登録してもらう

↓ メールアドレスをご記入下さい。

@

・自分で登録する

※HP または病院にて登録用 QR コード取得