❀ 初 診 登 録 票 ❀

言葉の話せないどうぶつたちのかわりにできる限り詳しくご記入ください。（＊印は必須項目です）

杜ノ庭どうぶつ病院

飼い主様の情報

ふりがな ＊お名前		ご 職 業	
＊ご 住 所	〒		
＊電話番号	ご自宅　　－　　－　　／ 携帯　　－　　－		
メールアドレス	＠		
●当院から予防や健康診断の案内ハガキを郵送してもよろしいでしょうか？			
□希望する　　□希望しない			

動物の情報

ふりがな ＊お名前		＊生年月日	年　　月　　日(　　歳)
＊性　別	□オ　ス（ 去勢：□済／□未 ）　□メ　ス（ 避妊：□済／□未 ）		
＊動物種	□犬　□猫　□その他（　　）		
＊品　種		＊毛　色	
＊マイクロチップ	□装着済　□未装着	＊飼育環境	□屋内　□屋外　□両方
同居動物	□犬（　　）頭　□猫（　　）頭　□その他（　　）（　　）頭		

既往歴

●今までに大きな病気や怪我をしたことがありますか？＊
□ある（病名：　　いつ頃：　　）　□ない
●現在治療中の病気や怪我はありますか？＊
□ある（病名：　　いつから：　　）　□ない
●現在予防薬以外に使用しているお薬はありますか？＊
□ある（お薬名：　　）　□ない
●注射（ワクチン）やお薬で具合が悪くなったことはありますか？＊
□ある（□注射（　　）　□お薬（　　） 症状：（　　））　□ない

どうぶつ保険について

●どうぶつ保険に加入していらっしゃいますか？＊
□加入している（□アニコム　□アイペット　□ペット＆ファミリー　□その他（　　）） □加入していない

治療方針について

●以下の項目を、重視される番号順にお書きください。（　　→　　→　　）＊
①　費用が高額になっても、出来るだけ良い治療を受けたい
②　ある程度の費用の範囲内で、出来る限りの治療を受けたい
③　出来るだけ費用は抑えて、必要な治療だけを受けたい

※裏面もご記入ください⇨

予防について

●フィラリアの予防をしていますか？＊

□している（お薬名：　　／タイプ：□注射　□滴下　□錠剤　□おやつタイプ）

□したことがある（最終予防時期は不明）　□していない　□わからない

●ノミ・ダニの予防をしていますか？＊

□している（お薬名：　　／タイプ：□滴下　□錠剤　□おやつタイプ）

□したことがある（最終予防時期は不明）　□していない　□わからない

●混合ワクチンの接種をしていますか？＊

□している（　　種／最終接種：　　年　　月　　日頃）

□したことがある（最終予防時期は不明）　□していない　□わからない

●狂犬病ワクチンの接種をしていますか？＊

□している（最終接種：　　年　　月　　日頃）

□したことがある（最終予防時期は不明）　□していない　□わからない

●ウィルス検査を受けたものにチェックをお願いします＜猫のみ＞＊

□猫エイズ：（□陽性　□陰性　／　検査日：　　年　　月　　日頃）

□猫白血病：（□陽性　□陰性　／　検査日：　　年　　月　　日頃）

□受けたかどうかわからない

その他

●気になることや伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

※当院は個人情報保護法に基づき、本用紙に記載された個人情報を適切に管理し医療目的にのみ利用するとともにご家族の同意なく目的外の利用や、第三者への提供はいたしません。

ご協力いただき、ありがとうございました

アンケート

杜ノ庭どうぶつ病院

飼い主様・動物の情報

ふりがな お名前		ふりがな ペットのお名前	

1）ご関心のあることをお聞かせください（複数回答可）

□予防について（ □ワクチン　□フィラリア　□ノミ・ダニ　□健康診断）			
□避妊・去勢	□スキンケア	□歯磨き	□フード
□ダイエット	□おやつ	□しつけ	□高齢期のケア
□その他（　　）			

2）上記1）の内容について、いつ説明を受けたいとお考えですか？

□本日あわせて
□現在の病気の治療後
□また日をあらためて
□次回予約時

3）当院をどこでお知りになりましたか？

□通りがかり	□看板、広告	□DM
□ホームページ	□紹介（ご紹介者様：　　）	
□その他（　　）		

その他、当医院に関するご要望等がございましたら、ご自由にご記入ください。

ご協力いただき、ありがとうございました