

# 初診カード

\*本日はご予約されていますか? はい いいえ No. 年 月 日

ふりがな 飼い主様のお名前:  様	当院を知ったきっかけ(該当項目に○を付けて下さい) ホームページ/ネット検索/通りがかり/看板チラシ/SNS/ 紹介( )/その他( )																						
住所:〒  <b>初診の方にはご住所が確認できる書類(マイナンバーカード・運転免許証・保険証など)のご提示をお願いしております</b>																							
電話番号:	緊急連絡先(携帯電話など):																						
ふりがな 動物のお名前:	種類: 犬 ・ 猫 毛色:	飼育環境: 室内 ・ 室外 たまに外に出る 外出自由																					
性別: ♂ ・ ♀	去勢・避妊: 未 ・ 済 ( 歳頃)			品種:																			
生年月日: 年 月 日 不明	混合ワクチン: 過去1年以内 あり ・ なし ・ 不明 ( 年 月頃 )	狂犬病ワクチン: 過去1年以内 あり ・ なし ・ 不明 ( 年 月頃 )	フィラリア症の予防: 本年度 あり ・ なし 不明																				
マイクロチップID:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						
今回のご来院目的(症状など)	保険に入っていますか? A.はい(会社名: ) B.いいえ																						
今まで他の動物病院で治療を受けたことはありますか? なし・あり (理由: )																							
その他、特記事項がありましたらご記入ください																							

■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)

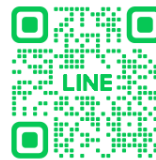
- A 治療内容/治療費に関しては事前に詳しく説明してもらいたい
- B 必要最低限の治療をしてもらいたい
- C 出来る限りの検査・治療をしてもらいたい
- D 治療以外の相談もしたい
- E セカンドオピニオンをお願いしたい

病院からのお知らせをハガキ又はLINEでお送りしております  
以下の中から、いずれかに○をお願いいたします

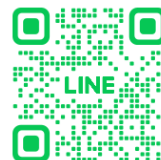
ハガキ希望 ・ LINE 希望 ・ お知らせを希望しない

※ワクチンのお知らせはハガキでお送りいたします  
※お知らせを希望しない…ワクチンやフィラリアなどの予防に関する  
お知らせも全てお送りできなくなります

LINEをご希望の方は、  
以下のQRコードをご確認下さい



東浦和院



浦和美園院