

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(様) その他()																	
住所：〒																			
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	飼育環境： 室内 ・ 室外 たまに外に出る 外出自由																
		毛色：																	
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></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																			

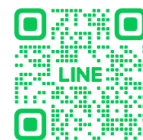
■診察に関するご希望をお聞かせ下さい(該当項目に○を付けて下さい 複数回答可)

- 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 ・ DM を希望しない

*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