

飼い主様へ

記入日: \_\_\_\_\_ 診察券番号: \_\_\_\_\_

ハロー動物病院にご来院頂きどうもありがとうございます。  
カルテを作成しますので、お手数でございますが下記の欄にご記入下さい。  
当院は、個人情報の取り扱いに関して個人情報保護法を厳守いたします。

|  |                         |    |              |                              |      |             |   |
|--|-------------------------|----|--------------|------------------------------|------|-------------|---|
| フリガナ   |                         |    | お電話番号        |                              |      |             |   |
| 飼い主様<br>お名前  | 保険に加入している場合は同一名義でお願いします |    | ご自宅<br>緊急連絡先 |                              |      |             |   |
| ご住所  | 〒                       |    |              |                              |      |             |   |
| フリガナ   |                         | 品種 |              | 性別                           |      | 生年月日        |   |
| ペット<br>のお名前  |                         |    |              |                              |      | 年 月 日 (約 歳) |   |
| 動物種  | 犬・猫                     |    | 毛色           |                              | 不妊手術 | 済 ( 年 月 )   | 未 |
| マイクロチップの有無   | 有・無                     |    | マイクロチップ番号    |                              |      |             |   |
| 他の犬猫が 当院に受診した事がある、又は受診中である                         |                         |    |              | 無・有 (ペット名: _____)            |      |             |   |
| 当院を知ったきっかけを教えてください(○をお付け下さい)                       |                         |    |              | 看板、SNS (インスタ・LINE・Facebook)、 |      |             |   |
| 当院ホームページ、ご紹介(口コミ)、近所、他の動物で受診している、三咲FC、その他( _____ ) |                         |    |              |                              |      |             |   |
| 動物保険の加入: 有・無 (加入している場合は、カルテのご名義も同一でお願いします)         |                         |    |              |                              |      |             |   |

I.現在、治療中の病気やお薬・ワクチンなどで副反応（アレルギー）を起こしたことはありますか。

A ある (内容: \_\_\_\_\_) B ない

II.本日は、どうされましたか？。(具合が悪い方はいつから？どんな症状ですか？)

( \_\_\_\_\_ )

III.お連れ頂いた動物について。

予防歴  狂犬病ワクチン 1年以内に ( 接種 ( 月 日頃 ) ・ 未接種 ・ 不明 )  
 混合ワクチン 1年以内に ( 接種 ( 月 日頃 ) ・ 未接種 ・ 不明 )  
 フィラリア 予防している (最終投薬 月 ) ・ 予防していない ・ 不明  
 ノミダニ 1ヵ月以内に ( 予防している ・ 予防していない ・ 不明 )

検査歴  フィラリア検査 1年以内に ( 検査している ・ していない )  
 猫エイズ白血病検査 最終検査日 年 月 ・ 未実施 ・ 不明

手術歴  なし  あり (内容: \_\_\_\_\_)

当院に関するご要望がありましたらご自由にご記入ください。サービス改善の参考にさせていただきます。

\_\_\_\_\_

ご記入どうもありがとうございました