

No. _____

_____年 月 日



初診受付カード

ヒトの言葉が話せない動物達に代わってお答えください。

フリガナ

飼い主様氏名： _____ 様

(〒 -)

住所： _____

電話番号： _____ - _____

緊急連絡先： _____ - _____

ファックス： _____ - _____

以下の方は受付にお申し出ください

- ・他の動物で以前当院を受診したことがある
- ・三ツ池動物病院を受診したことがある

ペット名： _____ ちゃん

動物種： _____ 品種： _____

毛色： _____

性別： 男子(去勢済み・未) ・ 女子(避妊済み・未)

生年月日： _____年 月 日 (_____歳)

本日の来院理由： _____

今までに病気になったことはありますか？： ない ・ ある (下の欄に具体的に)

(病名： _____ 時期： _____ 年頃)

当院を何でお知りになりましたか？： ①広告 (_____) ②知人の紹介 (_____ 様)、
③ネット、HP ④その他 (_____)

★狂犬病ワクチン証明書(わんちゃん)・混合ワクチン証明書(わんちゃん・猫ちゃん)がございましたらお持ちください。(コピーでも可)

★ノミダニの予防をお願いします。まだ予防されていない方は、ご相談ください。

新横浜動物医療センター (TEL: 045-947-3191)

当院では個人情報に関する法令およびその他の規範を遵守します。