

# 受診票

No. \_\_\_\_\_ 年 月 日

ふりがな

飼育者 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号(自宅) \_\_\_\_\_ 電話番号(携帯) \_\_\_\_\_

その他の連絡先 \_\_\_\_\_ その他の連絡先 \_\_\_\_\_

紹介者 HP・友人、知人(氏名: \_\_\_\_\_)・その他( \_\_\_\_\_ )

ペット名 \_\_\_\_\_ 種類 犬 猫 フェレット 品種 \_\_\_\_\_

性別 オス・メス 避妊・去勢 手術済み(手術日 \_\_\_\_\_ 年 月 日)・手術していない

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(現在 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ ヶ月) 毛色 \_\_\_\_\_

★ペットの入手先 知人 ・ 友人 ・ ブリーダー ・ 保護  
ペットショップ( \_\_\_\_\_ )・ その他( \_\_\_\_\_ )

★飼い始めた日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃(生後 \_\_\_\_\_ ヶ月の頃から)

★マイクロチップ 埋め込み済み( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)・埋め込みしていない

★予防を最後に実施した日をご記入ください。

何も予防していない

( \_\_\_\_\_ ) 種混合ワクチン \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

狂犬病 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フィラリア(注射 ・ 薬) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

★民間保険に加入していますか? いいえ ・ はい (アニコム・その他 \_\_\_\_\_ )

※アニコムに加入されている方は受付時に証券をお出し下さい。

当院では、健康管理のために、**予防注射・定期検査・定期処置等**の必要な時期をハガキでお知らせいたします。ご希望の方はお申し込みください。尚、費用は無料です。

★予防注射・定期検査・定期処置等の連絡を希望されますか?

希望する ・ 希望しない

※ 当院では個人情報保護法に基づき厳重に管理しております。

※ 皆様から頂いた個人情報は、当院からのお知らせ以外には使用いたしません。