



# 受診票

フリガナ	
氏名	
住所	〒      —
緊急時病院から 連絡してもよい 電話番号	①      —      —      (ご連絡先名:      )
	②      —      —      (ご連絡先名:      )
	③      —      —      (ご連絡先名:      )

ペットのお名前		犬・猫	品種:
性別	男の子・去勢済み・女の子・避妊済み		
生年月日	西暦      年      月      日 / 不明 (約      歳)		
ペット保険	アニコム損保 ・ アイペット ※保険証のご提示をお願いいたします。		
	その他 (      ) ※保険請求の際に必要な書類があれば事前にお渡してください。 記入の際には別途料金がかかります。		

予防・ワクチン	狂犬病ワクチン 接種済み (最終接種日      年      月      日)・接種していない		
	混合ワクチン 接種済み (      種・最終接種日      年      月      日)・接種していない		
	ノミ・ダニ予防      している・していない		
	薬・注射・麻酔・お食事でアレルギーや異常所見が見られたことはありますか? はい (具体的な症状:      )・いいえ		

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか?      はい・いいえ	
はい と答えた方は下記の症状または病名にチェックを入れてください。 内服中の薬があればご記入ください。	
<input type="checkbox"/> てんかん/けいれん発作(薬:      )	<input type="checkbox"/> 心臓疾患(薬:      )
<input type="checkbox"/> 不整脈(薬:      )	<input type="checkbox"/> 腎臓疾患(薬:      ) <input type="checkbox"/> 尿路結石(薬:      )
<input type="checkbox"/> 糖尿病(薬:      )	<input type="checkbox"/> クッシング症候群(薬:      ) <input type="checkbox"/> 眼疾患(薬:      )
<input type="checkbox"/> 肝臓疾患(薬:      )	<input type="checkbox"/> その他(      )
かかりつけの病院名:	

はせ動物病院