



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。

てんかん/けいれん発作(薬:) 心臓疾患(薬:)

不整脈(薬:) 腎臓疾患(薬:) 尿路結石(薬:)

糖尿病(薬:) クッシング症候群(薬:) 眼疾患(薬:)

肝臓疾患(薬:) その他()

かかりつけの病院名:

はせ動物病院