

初診記入カルテ

ID
※病院記入欄

(フリガナ) 飼主氏名	
住所	〒
電話番号	() -
緊急連絡先	() -

かかりつけ動物病院	担当医 先生
-----------	--------

動物名	
種類	犬 ・ 猫 ・ その他()
品種	
毛色	
生年月日	年 月 日 (歳)
性別	♂ ・ ♀ (去勢避妊 歳頃)

予防	混合ワクチン	狂犬病ワクチン	フィラリア予防	ノミ・ダニ予防
	済(種)・未	済 ・ 未	○ ・ ×	○ ・ ×
体内金属	なし ・ マイクロチップ ・ ペースメーカー ・ プレート/ピン ・ その他			

既往歴 (アレルギーなど)	

絶食絶水	12時間の絶食、朝から絶水はしていますか？ はい ・ いいえ
------	--------------------------------