

# カルテ

ID: \_\_\_\_\_

		日付	20	年	月	日
ふりがな		ご職業				
飼い主様のお名前		電話番号	( )			
		緊急連絡先	( )			
ふりがな						
ご住所	〒 -					
ふりがな		性別	オス ・ オス去勢			
ペットのお名前			メス ・ メス避妊			
生年月日	20 年 月 日 (満 歳) <input type="checkbox"/> 推定	ペット種	犬 ・ 猫			
飼育開始日	20 年 月 頃	犬種・猫種				
	ペットショップ・ブリーダー・自宅で生まれた・譲渡・保護 その他 ( )	毛色				
マイクロチップ	なし・あり (No. : )	保険加入	未加入 加入 ( )			
本日の来院目的	グルーミング ・ ホテル ・ トレーニング					
既往歴 (病名、発症時期、手術日等)						
アレルギー	ない ある ( )					
予防 (しているものに☑)	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン ( 種) <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミ・マダニ <input type="checkbox"/> その他 ( )					
生活環境	室内 (放し飼い) ・ 室内 (ケージ) ・ 主に室内 (出入自由) ・ その他 ( )					
同居ペット	いない いる (犬: 匹、猫: 匹、その他 )					
当施設を 知ったきっかけ	チラシ ・ 近所 ・ ホームページ ・ Instagram ・ ご紹介 ( 様) その他 ( )					
以前かかりつけの 動物病院名		DM送付	可 ・ 不可			
今まで通っていた サロンや幼稚園名						
身分証明書確認	未 ・ 済 ( 運転免許証 ・ 健康保険証 ・ マイナンバーカード ・ 在留カード ・ パスポート ・ その他 )					