

# 初診カード

ID No. :

年 月 日

池田動物病院

|          |                        |        |  |
|----------|------------------------|--------|--|
| フリガナ     |                        |        |  |
| 飼い主様のお名前 | (保険に入られている場合、保険者様のお名前) |        |  |
| ご住所      | 〒                      |        |  |
| 電話番号     | 自宅：<br>携帯：             | 緊急連絡先： |  |

診察の際に参考にさせていただきますので、差し支えなければご記入お願い致します。

○同居しているペットの総数を教えてください。

犬： 猫： 他：

○ペットは普段飼い主様と一緒ですか

a：いつも一緒にいる b：昼間はお留守番をしている（約 時間） c：その他

○当院をどのようにお知りになりましたか

a：インターネット b：SNS c：ご紹介 d：以前かかっていた  
e：近所・散歩時

○家族構成

( )

○ご職業

a：会社員 b：主婦 c：学生 d：その他 ( )  
職場のご連絡先 ( )

ご協力誠にありがとうございました