

# 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： 緊急連絡先： 携帯：

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