

※本日はご予約されていますか？ はい いいえ		カルテ番号：	年 月 日
ふりがな：		当院を知ったきっかけ（該当項目に○を付けて下さい）	
飼い主様のお名前：		ホームページ/ネット検索/通りがかり/看板チラシ/SNS 紹介（ 様）/その他（ ）	
住所：〒			
電話番号：		緊急連絡先： 飼主様との関係（ ） 本人・その他	
ふりがな：		種類： 犬 ・ 猫	飼育環境：
動物のお名前：		毛色：	
性別：オス ・ メス	去勢・避妊：未 ・ 済 済の場合（ 歳頃）	品種：	その他（ ）
生年月日：	混合ワクチン：過去1年以内	狂犬病ワクチン：過去1年以内	フィラリア症予防：本年度
年 月 日	あり ・ なし ・ 不明	あり ・ なし ・ 不明	あり ・ なし ・ 不明
推定 ・ 不明	（ 年 月頃）	（ 年 月頃）	
マイクロチップID：			
今回のご来院目的（いつから？きっかけ、症状など）：			
ペット保険に入っていますか？ はい（会社名： ） いいえ			
今まで他の動物病院で治療を受けたことはありますか？ なし・あり（理由： ）			
そのほか特記事項がございましたらご記入ください			

■診察に関するご希望をお聞かせください（該当項目に○を付けてください 複数回答可）

- A 治療内容/費用に関して事前に詳しく説明してもらいたい
- B 必要最低限の治療をしてもらいたい
- C 出来る限りの検査・治療をしてもらいたい
- D 治療以外の相談もしたい
- E セカンドオピニオンをお願いしたい

病院からのお知らせをハガキ又はLINEでお送りしております
以下の中から、ご希望のお知らせ方法に○をお願いいたします。

ハガキ希望 ・ LINE配信希望 ・ お知らせ全てを希望しない

※ワクチン等のお知らせは一律ハガキでお送りいたします

※お知らせを希望しない…ワクチンやフィラリアなどの予防に関する
お知らせも全てお送り出来なくなります



くすの木動物病院LINE

ラインは基本配信用と
なっております。