

カルテNo. _____
年 _____ 月 _____ 日

初診票

I □ R □ S □ C □

Registration Form

飼主様情報 / Client Information

Fill out below in print CLEARLY

名前 Name:	フリガナ _____	住所 Address	〒□□□-□□□□ _____	
	氏 Last Name 名 First Name			
生年月日 Date of Birth	_____ 年 _____ 月 _____ 日	電話 Phone	_____ - _____ - _____	
	yyyy mm dd	メールアドレス Email	_____	

★ Email required for stateside phone users

動物情報 / Patient Information

名前 Name	種類 Species		犬 ・ 猫 ・ その他 : Dog Cat Other:	
品種 Breed	マイクロチップ番号 Microchip No.	性別 Gender	オス ・ メス 去勢・避妊 Neutered/Spayed Male Female <input type="checkbox"/> はい YES <input type="checkbox"/> いいえ NO	
毛色 Fur Color	生年月日 Date of Birth	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 yyyy mm dd Age		

今後飼主様に代わって連れて来られる方の①お名前と②生年月日（複数可）

①Names ②DOB of those who may be bringing in Patient besides Client:

当病院グループ系列の医院を受診した事がありますか？もしある場合、どちらの医院ですか？Have you been to any other WOLVES HAND branches? If yes, which one?

病院： _____ カルテ番号： _____
Branch location: _____ Record No: _____

下記の項目の入力をお願いいたします Please fill out wherever appropriate below

1 飼われている場所は？ Where is the pet kept?
 室内 Indoor 屋外 Outdoor (loose in the yard) その他 Other (_____)

2 混合ワクチンは接種されていますか？ Is your pet current on shots?
 はい Yes 以前おこなっていた Not recently いいえ No

最近の予防接種日は？ Most recent shot:
_____ 年 _____ 月 _____ 日頃
yyyy mm dd (good for _____yr(s))

何種混合ワクチンですか？ What vaccine?
_____種混合ワクチン Vaccine series

3 狂犬病ワクチンは接種されていますか（犬）？ Has your pet received a rabies vaccine?
 はい Yes 以前おこなっていた Not recently いいえ No

最近の予防接種日は？ When was rabies administered last?
_____ 年 _____ 月 _____ 日頃
yyyy mm dd (good for _____yr(s))

狂犬病鑑札番号(登録番号) 市町村役場/City office:
Registration No. _____ 号

4 フィラリアの予防をしていますか？ Is your pet on heartworm prevention?
 はい Yes 以前おこなっていた Not recently いいえ No

飲み薬 Oral スポット Topical Solution 注射 Injection

最近の予防日は？ Last administered on:
_____ 年 _____ 月 _____ 日頃
yyyy mm dd

5 今までに病気や大きな怪我、手術をされたことはありますか？ Has he/she ever been seriously injured, or has been diagnosed for any illnesses?
 はい Yes いいえ No

いつ頃で、どんな病気や怪我、手術でしたか？ (if yes) When, and what kind of injury/illness?

6 今までにお薬やワクチンなどで副作用が見られたことはありますか？ Has he/she had any allergic reactions to past shots or medications?
 はい Yes いいえ No

具体的にどのような感じでしたか？ (if yes) Describe symptoms:

7 ペット保険に加入していますか？ Is your pet insured?
 はい Yes いいえ No

anicom i-pet その他 Other (_____)

当院では獣医療の発展のため、検査結果や治療経過などを学会やHPに発表することに飼主様のご理解・ご協力をお願いしております。
Please be kindly advised that treatments, test results etc. may be presented at veterinary conferences and websites to contributing to advances in veterinary medicine. Your understanding is highly appreciated.