

病院受付カード

受付日 年 月 日 NO.

フリガナ	お電話番号	
飼い主様お名前	()	—
	携帯番号	
	()	—
飼い主様ご住所 〒 —		
犬 ・ 猫 ・ ウサギ ・ フェレット ・ ハムスター ・ その他 ()		
お名前 () 種類 () 毛色 ()		
生年月日 (西暦 年 月 日) (歳) 性別 (オス ・ メス)		
去勢・避妊の有無 (有 ・ 無) ペット保険加入 (有(会社) ・ 無)		
■当院をお選びになった理由をお聞かせください 項目に○をつけてください		
①ご紹介 (ご紹介者様) ②設備が整っている ③雰囲気明るい		
④駐車場がある ⑤インターネットを見て ⑥近所だから ⑦以前守田院長にかかっていた		
⑧その他 ()		