

補完代替治療はいまかかりつけの病院の治療を受けながら、同時に治療をすることができます。

飼主さま情報

フリガナ	フリガナ	
氏名	住所 〒	
電話	FAX	携帯
メールアドレス		
当院を知ったきっかけ <input type="checkbox"/> ご紹介(知人()・他院) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 家が近だから <input type="checkbox"/> その他()		

患者さまについて

お名前	マイクロチップ <input type="checkbox"/> 登録済み <input type="checkbox"/> 興味あり <input type="checkbox"/> 興味なし	
品種	毛色()	生年月日
性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	不妊手術 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(手術日 年 月 日)	
性格 <input type="checkbox"/> 活発 <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人なつこい <input type="checkbox"/> 恐がり <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> その他()		

いままでに診断された病気の名前、病気になった時期・期間

--

いまの状態と心配になっているところを教えてください。また、いままでの治療に対する印象を教えてください。

--

いままで受けた処置、使用したお薬の種類、使い方、名前などを教えてください。

--

その他／ご希望事項など

--