

NO. _____



かわいい患者さんに代わってお答えください

年 月 日

飼主	フリガナ		住所	フリガナ		緊急時のご連絡先	勤務先
電話	- -						
メール	PC 携帯電話 @				紹介	ホ-ムペ-ジ・タウンペ-ジ・ペットショップ ご友人()・その他()	
名前		品種	毛色()		オス・メス	生年月日	年 月 日頃
保険	未加入・加入(保険名:)		マイクロチップ	無・有(No.)		飼育開始日	年 月 日頃

1.いつも住んでいる場所は？ ①室内 ②ケージ ③庭で放し飼い ④庭の犬舎 ⑤その他

2.入手方法は？ ①買った ②もらった ③自宅で生まれた ④拾った ⑤いつのまにか住みついた

3.本日の来院の理由は？

- ①具合が悪そうだから
- ②健康チェック・相談
- ③ワクチン接種
- ④フィラリア予防

いつ頃からですか

どこが悪そうですか

どんな症状ですか

4.ワクチンは接種してありますか？

- ①はい
- ②いいえ

接種したワクチンと時期は？

a. 狂犬病(年 月頃)

b. ()種混合(年 月頃)

c. その他(ワクチン名:)

d. 分からない

5.当院から(予防ハガキなど)お知らせなどをお送りしてもよろしいですか？

- ①はい
- ②いいえ

6.フィラリアのお薬を今月飲んでいますか？

- ①はい
- ②いいえ

どんなタイプの薬ですか？

a. チュアブル(おやつ)タイプ b. 錠剤 c. 粉末 d. スポットタイプ e. 注射

7.不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？

- ①はい(年 月頃)
- ②いいえ

8.いつも何を食べさせていますか？

- ①缶詰(犬用)
- ②ドライフード(犬用)
- ③人の食べ物
- ④その他

メーカーまたは商品名

メーカーまたは商品名

具体的に

9.交通事故・その他けがをしたことがありますか？

- ①はい(年 月頃)
- ②いいえ

どんなけがですか？

10.今までに病気になったことはありますか？

- ①はい(年 月頃)
- ②いいえ

どんな病気ですか？

11.今までに注射などでショックなどの異常が見られたことがありますか？

- ①はい
- ②いいえ

具体的に

12.その他、不安なことや心配なこと、お気づきの点がございましたらご自由にご記入ください。(例:食べ物アレルギー、性格など)