

飼主名	ふりがな		住所	〒 -		
電話	- -		緊急連絡先	- -		
E-mail	@		紹介	WEB・タウンページ・ペットショップ・ご友人・その他()		
ペット名	品種		性別	オス・メス	生年月日	年 月 日
保険	未加入・加入 (保険名)	マイクロチップ	有・無 (No.)	飼育開始	年 月 日	

- 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()
- 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その他()
- 今まで通っていた病院はありますか？ ①ない(病院は初めて) ②ある(病院名)
- 本日の来院理由は？

①調子が悪そうだから	・いつ頃からですか
②健康チェック・相談	・どこが悪そうですか
③ワクチン接種	・どんな症状ですか
④フィラリア予防 ⑤その他()	
- ワクチンは接種してありますか？ ①はい ②いいえ
a. 狂犬病(年 月頃) b. ()種混合ワクチン(年 月頃) c. その他() d. わからない。
- フィラリア予防はしていますか？ ①はい ②いいえ
予防薬の種類は？ 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
- ノミやダニの予防はしていますか？ ①はい ②いいえ
- 不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？ ①はい(年 月頃) ②いいえ
- いつも食べている物は何ですか？
①缶詰(犬用) ②ドライフード ③人の食べ物 ④その他おやつなど
メーカーや商品名()
- 今までに大きな怪我をしたことはありますか？ ①はい ②いいえ
いつ頃、どんな怪我ですか？
- 今までに手術を受けたことはありますか？ ①はい ②いいえ
いつ頃、どんな手術ですか？
- 今までに病気になったことはありますか？ ①はい ②いいえ
いつ頃、どんな病気ですか？
- 今までに注射や投薬でアレルギーなどの症状が見られたことはありますか？
①はい ②いいえ
いつ頃() ワクチンや薬の種類()
具体的な症状
- 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記入ください。
- 当院から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。