

No.



かわいい患者さんに代わってお答えください

年 月 日

印刷時の
ご注意

印刷はカラーでお願いいたします。
モノクロで印刷された場合、院内で再記入していただくようになってまいります。

飼い主	フリガナ	住所	フリガナ	緊急時のご連絡先	勤務先
電話	-	-	-	-	-
メールアドレス	PC モバイル	@	紹介	ホームページ・タウンページ・ペットショップ ご友人()・その他()	
犬種	犬種	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

摂取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:) (年 月頃) d. わからない

5. フィラリアの予防をしていますか？

- 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

6. 不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？ ① はい(年 月頃) ② いいえ

7. いつも何を食べていますか？

- 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

8. 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？

9. 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？

10. 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

11. 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)

