

かわいい患者さんに代わってお答えください 年 月 日

飼い主	フリガナ	住所	〒 — — — —				
TEL	— —	緊急のご連絡先	☎ — — — —				
ペット名	犬・猫 その他	品種	毛色	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	無・有(No.)		飼育開始日	
						年 月 日	

1、いつも住んでいる場所は？ 室内 ケージ 庭の犬舎・庭で放し飼い
 主に室内(外出自由) その他()

2、入手方法は？ 買った もらった 自宅で生まれた
 拾った いつの間にか住みついた

3、本日の来院理由は？

- 具合が悪そうだから
 健康チェック・相談
 ワクチン接種
 ノミダニ・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？

- はい
 いいえ

接種したワクチン時期は？

狂犬病(年 月頃) ()混合接種(年 月頃)

猫免疫不全ウイルス(年 月頃) 猫白血病ウイルス(年 月頃)

5、ノミダニ・フィラリアの予防をしていますか？

- はい
 いいえ

どんなタイプの薬ですか？

チュアブル(おやつ)タイプ 錠剤 粉末

スポットタイプ 注射 その他()

6、不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？ はい(年 月頃) いいえ

7、いつも何を食べさせていますか？

- 缶詰
 ドライフード
 人の食べ物
 おやつ・褒美・その他

メーカーまたは商品名:

具体的に:

8、今までに病気・ケガはありますか？

- はい(年 月頃)
 いいえ

どんな病気やケガですか？

9、今までに注射などのショックで異常がみられた事がありますか？

- はい
 いいえ

具体的に:

10、その他、不安な事や心配な事、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:アレルギーや性格など)

12、当院からお知らせなどをお送りしてもよろしいですか？ はい いいえ

