



飼 い 主	フリガナ		住 所	〒 _____ 市 _____ 町		
電 話	_____ - _____		携 帯	_____ - _____		緊急時の連絡先
						_____ - _____
メ ー ル	パソコン _____ @ _____			紹 介	ご紹介(_____ 様 _____ ちゃん)・前を通して	
	携帯 _____				ホームページ・タウンページ・広告・その他	
ペ ット 名			品 種	毛 色	誕生日	_____ 年 ____ 月 ____ 日頃
性 別	オス・メス	去勢・避妊手術	している(_____ 年 ____ 月頃)・していない			普段の生活
						室内・室外
保 険	未加入・加入(保険名 _____)		マイクロチップ	なし・有り(No. _____)		家に来た日
					_____ 年 ____ 月 ____ 日頃	

1 今日はどうされましたか？

- 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？
どんな症状ですか？
その他に何かありますか？

2 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. (_____)種混合ワクチン(_____ 年 ____ 月頃)
c. その他(ワクチン名: _____)(_____ 年 ____ 月頃) d. 分からない

3 フィラリアの予防はしていますか？

- 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. スポットタイプ d. 注射

4 ノミ・ダニの予防はしていますか？

- ① はい →
- ② いいえ

どんなタイプの薬ですか？
a. スポットタイプ b. 錠剤 c. 首輪

5 いつも何を食べさせていますか？

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

メーカーまたは商品名
メーカーまたは商品名
具体的に
具体的に

6 今まで病気、ケガをしたことがありますか？

- ① はい(_____ 年 ____ 月頃) →
- ② いいえ

どんな病気、ケガですか？

7 今まで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(_____ 年 ____ 月頃) →
- ② いいえ

具体的に

8 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:食べ物のアレルギー、性格など)

--

9 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

当院は、個人情報保護法に基づきここに記載された個人情報を適切に管理し、医療目的にのみ利用するとともに、本人の事前同意なしには、目的外の利用や第三者への提供などはいたしません。なお利用目的の範囲内で、上記希望欄で希望された方には、ご本人様宛にお知らせ等を送信することがあります。

ご協力ありがとうございました。

