



◇飼主様氏名 フリガナ( ) ◇電話番号 ( )

様 ◇緊急連絡先 ( )

◇住所 〒 -

◇E-mail @

◇ワクチン接種時期や予防開始時期のご案内をご希望なさいますか？ はい ・ いいえ

※ 当院は個人情報保護法に基づきここに記入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共に、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。

◇ペット名 フリガナ( )  
ちゃん ◇誕生日 年 月 日( 歳)

◇品種 ( ) ・ MIX ・ 不明 ◇毛色 白 ・ 茶 ・ 黒 ・ ( )

◇性別 男の子(去勢済 ・ 未) ・ 女の子(避妊済 ・ 未) ◇ペット保険 加入 ・ 未加入

◇マイクロチップ 入り ・ なし ◇同居動物 なし ・ 犬 ・ 猫 ・ ( )

◇どのような経緯でご自宅に来ましたか？ 購入(ショップ ・ ブリーダー) ・ 保護した ・ 譲り受けた

◇性格 おとなしい～普通 ・ 怖がり ・ ( ) ◇生活環境 室内 ・ 屋外 ・ 両方

### 1、本日はどうなさいましたか？

- 具合が悪そう → 症状・経過に関する問診票もご記入下さい。  予防注射(狂犬病 ・ 混合ワクチン)  
 予防・駆除(フィラリア ・ ノミ ・ マダニ ・ 寄生虫)  健康チェック( )  
 ご相談・セカンドオピニオン( )

### 2、ワクチン接種はしてありますか？ 最終接種日はいつですか？

- 狂犬病( 年 月頃) ・ 毎年接種 ・ 何度か接種 ・ 未接種又は不明  
 混合ワクチン( 種混合、 年 月頃) ・ 毎年接種 ・ 何度か接種 ・ 未接種又は不明

### 3、定期的なフィラリア予防はしてありますか？ 最終予防日はいつですか？

- はい( 年 月～ 月まで) →  錠剤  おやつタイプ  スポットタイプ  注射  
 いいえ

### 4、定期的なノミ・マダニ予防はしてありますか？ 最終予防日はいつですか？

- はい( 年 月～ 月まで、製品名: )  いいえ

### 5、いつも食べさせているものは何ですか？

- ドライフード(品名 )  缶詰(品名 )  ヒトの食べ物( )  
 その他( )

6、現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？  はい( )  いいえ

7、今までにケガや病気になったことはありますか？  はい(病名 )  いいえ

### 8、以前、注射やお薬などで具合が悪くなったことはありますか？

- はい(具体的に )  いいえ