



【飼い主様】

お名前	フリガナ	ご住所	〒		
電話	(自宅) - - (携帯) - -	勤務先	紹介	ホームページ ご紹介 () ご近所 その他 ()	

【愛犬】

名前		品種		毛色	
生年月日	20 年 月 日	飼育開始時期	年 月 日頃		
性別	オス ・ 去勢オス (歳頃) ・ メス ・ 避妊メス (歳頃)				
保険	未加入 ・ 加入(会社名:)		マイクロチップ挿入	あり ・ なし	

①本日の来院理由は？

混合ワクチン ・ 狂犬病ワクチン ・ フィラリア予防 ・ 健康診断 ・ その他(

具合が悪そうだから ⇒

いつ頃からですか？	日前から ・ 先週の	曜日頃から ・
どんな症状ですか？		

セカンドオピニオン ・ 相談 ⇒

内容をご記入ください。

②おもに生活している場所は？

室内 ・ ケージ ・ 室外の犬舎 ・ その他()

③入手方法は？

ペットショップ ・ ブリーダー ・ もらった ・ 自宅で生まれた

④他に動物を飼っていますか？

はい(犬 匹 ・ 猫 匹 ・ その他 匹) ・ いいえ

⑤ワクチンは接種していますか？

・はい ⇒	狂犬病 (年 月 日) ・ ()種混合ワクチン (年 月 日)
・いいえ	その他 (ワクチン名: 年 月 日) ・ 不明

⑥フィラリアの予防はしていますか？

・はい ⇒	お肉タイプ ・ 錠剤 ・ 滴下タイプ ・ 注射
・いいえ	(投薬期間 年 月 ~ 月)

⑦マダニ ・ ノミの予防をしていますか？

・はい ⇒	滴下タイプ ・ 錠剤 ・ チュアブル(おやつ)タイプ
・いいえ	(製品名:)

⑧いつもの食事は何ですか？

・犬用缶詰	商品名:
・犬用ドライフード	商品名:
・手づくり食	具体的に:
・犬用おやつ	商品名:

⑨今までに病気や手術をうけたり、現在治療中の病気はありますか？

(年 月頃)

⑩今までに注射や薬でアレルギー反応やショック症状などの異常がみられたことがありますか？

・はい ⇒	どんな事がありましたか？
・いいえ	

●その他、心配なことや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:性格・食べ物アレルギーなど)

--

ご協力ありがとうございました。

* 当院では個人情報保護法に基づき、記載された個人情報の適切な管理に努め、ご本人の同意がない限り病院業務以外の目的に一切利用いたしません。