

No. _____

年 月 日

ふりがな			
飼い主様のお名前			
ご住所	〒 _____		
お電話番号		携帯電話	
ご職業		ご紹介者	
ふりがな		性別	オス メス 去勢済 避妊済
動物のお名前			
動物の種類	イヌ ネコ	主な生活場所	室内 室外 両方
動物の品種		生年月日(才)	年 月 日(才)
同居動物	いない いる【イヌ 匹、ネコ 匹、他 匹】		

今日はどのような症状で来院されましたか。くわしくご記入ください。

以下もご記入をお願いいたします。ご不明な点は空白のまま結構です。

・ペット保険に加入していますか。

はい () ※「はい」の方は保険会社名をご記入願います。

いいえ

・混合ワクチンを接種されたのはいつごろですか。また、それは何種のワクチンですか。

年 月 日ごろ (種) 接種していない

・ノミの予防はされていますか。 はい いいえ

・過去に注射または飲み薬で異常な変化はありましたか。

はい どんなお薬ですか () いいえ

・過去に大きなケガや病気をしたことはありますか。

はい ケガ・病気名 ()

いいえ わからない

・去勢や避妊以外の手術を受けたことがありますか。

はい 病気名 () いいえ

・ワンちゃんを飼われている方のみご記入ください。

★狂犬病の予防接種をうけていますか。

毎年うけている 毎年うけているが、今年度はまだ 一度もうけたことがない

★フィラリアの予防はどのようなタイプを使用していますか・

飲み薬 チュアブル 首に液体をつけるタイプ 予防していない その他 ()

・ネコちゃんを飼われている方のみご記入ください。

★外に1匹で出かけることがありますか。 はい いいえ