

(フリガナ)		〒		-		-		町 村 区		
飼主様氏名			ご住所		市 郡					
ご職業		TEL		ご自宅： - -		携帯： - -				
ペット名		ペット年齢	才	生年月日		西暦 年 月 日 生まれ		飼育開始日	西暦 20 年 月 日	
動物種類	犬・猫・その他( )		品種	色調(毛色)		性別	オス・メス	避妊・去勢	未・済み	

● 予防についてお聞きします

- ① 混合ワクチンはされていますか？ はい【 年 月頃 種混合接種】 ・ いいえ
- ② (ワンちゃん)狂犬病予防ワクチンはされていますか？ はい ・ いいえ
- ③ (ワンちゃん・フェレットちゃん)フィラリア予防はされていますか？ はい ・ いいえ



◇ 食事についてお聞きします

食事内容( ) 1日の食事回数( )回 量( )

◇ 治療中の病気・使用中的お薬はありますか？

内容( )

◇ 飼育環境についてお聞きします 普段過ごしている場所はどこですか？ 室内 ・ 屋外 ・ その他( )

◇ 同居についてお聞きします

なし ・ あり(犬・猫・その他( )) → \*『あり』の場合、日常生活でその子との接触はありますか？ はい ・ いいえ

□ 来院の目的をお選びください

1. ワクチン
2. 健康診断
3. 具合が悪い

・いつから \_\_\_\_\_ ・症状 \_\_\_\_\_

- ① その症状でどちらかで治療を受けられていましたか？  
いいえ ・ はい (治療内容: \_\_\_\_\_)
- ② 普段かかりつけの動物病院さんが他にありますか？  
いいえ ・ はい (病院名: \_\_\_\_\_ 当院来院理由: \_\_\_\_\_)