

■飼い主様について

フリガナ	
氏名	様
職業	
住所	〒 -
電話	()
携帯電話	()



■動物について

お名前	ちゃん		
性別	オス ・ メス		
	去勢・避妊手術はしていますか？はい・いいえ		
品種		毛色	
生年月日	年	月	日 (才)
飼い始めた日	年	月	日
購入先	ペットショップ () ブリーダー・自家繁殖・知人から・保護した		

1) 今日はどうなさいましたか？

具合が悪い いつから？

どんな症状？

健康診断 ワクチン

2) 混合ワクチンは受けていますか？ はい ・ いいえ

() 種混合ワクチン 接種日 : 年 月 日

3) 狂犬病ワクチンは受けていますか？ はい ・ いいえ

接種日 : 年 月 日

4) フィラリア予防をしていますか？ はい ・ いいえ

予防期間 : 年 月 ~ 月

薬の種類 : 錠剤 お肉タイプ スポットタイプ 注射

5) いつもいる場所はどこですか？ 室内 屋外 両方

6) いつも食べているものはなんですか？ ドライフード 缶詰 半生 その他 ()

7) 今までに大きな病気をしたことがありますか？ はい ・ いいえ

病名 : 時期 :

8) 今までに注射や投薬などで異常が認められたことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方は具体的に

9) 動物保険に加入していますか？ アニコム その他 () いいえ

10) 同居動物はいますか？ はい ・ いいえ

『はい』の方 → 動物種 () 頭数 (頭)

11) ワンちゃんを飼う事は初めてですか？ はい ・ いいえ

12) 本日の来院理由以外に、日頃から気になっていることやご質問はございますか？

●最後に、当院を何でお知りになりましたか？

インターネット 電柱広告 新聞広告 通りがかり 紹介 (様 ちゃん)

病院からのお知らせをLINEにてお送り致します。宜しければQRコードにてご登録ください。



ご記入ありがとうございました。受付にお渡してください。

ご記入いただきました個人情報は診察のためにのみ使用し、法令その他の規範を遵守致します。

新習志野どうぶつ病院 年 月 日【カルテ No]