

■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
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		

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何ですか？

☐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はありますか？ 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 ☐アイペット ☐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ワンちゃんを飼うことは初めてですか？

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 ☐通りがかり ☐紹介(様 ちゃん)LINEにて病院からお知らせやキャンペーン情報をお送り致します。
よろしければQRコード・IDよりご登録ください。

LINE ID @mui3808x

ご記入ありがとうございました。受付にお渡しください。

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 № 】