



かわいい患者さんに代わってお答えください。

飼主	フリガナ	住所	〒 -		
電話	- -		緊急連絡	- -	
紹介	ホームページ・タウンページ・ペットショップ・ご友人( )・その他( )				
名前		品種	毛色( )	オスメス	生年月日 年 月 日頃
保険	未加入・加入 保険名	マイクロ チップ	無・有 No	飼育開始 年 月 日頃	

1. 飼主様から見た性格は？ (

2. 以前通っていた病院がありますか？

3. いつも住んでいる場所は？ ①室内 ②ケージ ③庭で放し飼い ④庭の犬舎 ⑤その他 (

4. 入手方法は？ ①購入 ②もらった ③自宅で生まれた ④拾った ⑤いつの間にか住み着いた

5. 本日の来院理由は？

- ①具合が悪そうだから
- ②健康チェック・相談
- ③ワクチン接種
- ④フィラリア予防

いつ頃からですか

どこが悪そうですか

どんな症状ですか

6. ワクチンは接種してありますか？

- ①はい →
- ②いいえ

接種したワクチンと時期は？

a. 狂犬病( 年 月頃) b. ( 種) 混合ワクチン( 年 月頃)

c. その他(ワクチン名 ) ( 年 月頃) d. わからない

7. フィラリア予防をしていますか？

- ①はい 月から 月まで
- ②いいえ

どんなタイプの薬ですか？ a. チュアブル(おやつ)タイプ b. 錠剤  
c. 粉末 d. スポットタイプ e. 注射

8. ノミの予防をしていますか？

- ①はい 月から 月まで
- ②いいえ

9. 不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？

- ①はい( 年 月頃)
- ②いいえ

10. いつも何を食べているますか？

- ①缶詰(犬用)
- ②ドライフード(犬用)
- ③人の食べ物
- ④その他

メーカーまたは商品名

メーカーまたは商品名

具体的に

11. 交通事故、その他のけがをしたことがありますか？

- ①はい( 年 月)
- ②いいえ

どんなけがですか？

12. 今まで病気になったことはありますか？

- ①はい( 年 月)
- ②いいえ

どんな病気ですか？

13. 今まで注射などでショックなどの異常が見られたことがありますか？

- ①はい( 年 月)
- ②いいえ

具体的に

14. その他、不安なことや心配なこと、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。

15. 当院からお知らせなどをお送りしてもよろしいですか？ ①はい ②いいえ