



かわいいわんに代わって以下のご質問に可能な限りお答えください



年 月 日

1. 基本情報について									
オーナー様	お名前	フリガナ			住所	フリガナ			
	ご連絡先	お電話				緊急時ご連絡先			
		Mail (差し支えなければ)					@		
	当院に来院されたきっかけは？	ホームページ、動物病院紹介サイト(カルーペット、Eparkペットライフ、その他()) 検索サイト(Google yahooなど)、ご紹介(様)、通りがけ、その他()							
わんこ	お名前	犬種			性別	毛色			
	生年月日	年	月	日	飼育開始日	年	月	日	
	ご自宅にやってきた経緯は？	購入(から)、拾った、貰った、保護施設、自宅で生まれた							
	ペット保険	未加入	加入(保険名:)	マイクロチップ	なし	あり(No.)			
2. 予防医療について									
①	狂犬病ワクチン接種はされていますか？	いいえ	はい (最終接種日 年 月頃)						
②	混合ワクチン接種はされていますか？	いいえ	はい ()種混合、(最終接種日 年 月頃)						
③	フィラリア予防はされていますか？	いいえ	はい (種類:)(年 月頃まで)						
④	ノミ・マダニ予防はされていますか？	いいえ	はい (種類:)(年 月頃まで)						
⑤	不妊(避妊・去勢)手術を受けていますか？	いいえ	はい (手術時期 年 月頃)						
⑥	おうちでハミガキはしていますか？	いいえ	はい (日に1回、 歳頃から)						
3. 生活環境について									
①	いつも生活している場所はどこですか？	室内、室外、室内/室外							
②	お散歩にはどれくらい行きますか？	行かない (日に 回、1回あたり 分程度)							
③	いつも何をどれくらい食べていますか？	ドッグフード(商品名:)(1回 を1日 回)							
		ドッグフード(商品名:)(1回 を1日 回)							
		おやつ(商品名:)(1回 を1日 回)							
④	ご自宅に他に同居動物はいますか？	いいえ	はい (が 匹、 が 匹)						
4. 既往歴について									
①	何か病気をしたことがありますか？	いいえ	はい (どのような:)(年 月頃)						
②	何か手術を受けたことがありますか？	いいえ	はい (どのような:)(年 月頃)						
③	何か事故やケガにあったことがありますか？	いいえ	はい (どのような:)(年 月頃)						
④	注射などでショックが起きたことがありますか？	いいえ	はい (どのような:)(年 月頃)						
5. 主訴について									
本日はどうされましたか？									
健康チェック、セカンドオピニオン、狂犬病ワクチン接種、混合ワクチン接種、フィラリア・ノミ・マダニ予防、その他									
具合が悪そう	どこが悪そうですか？(具体的に)								
	いつからですか？	日前から / 徐々に悪化している・変わらない・改善している							
	その症状は今回が初めてですか？(初めて、再発:前回は 年 月頃、 何度も再発を繰り返している)								
6. 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									
7. 当院から予防接種やフィラリア予防のお知らせを送らせていただいてもよろしいでしょうか？									
いいえ はい									
当院では個人情報保護法に基づきここに記載された個人情報を適切に管理するとともに本人の事前同意なしには、目的外の利用は致しません。なお利用目的の範囲内で、上記希望欄で希望された方には、ご本人様宛にワクチンやフィラリア予防に関するお知らせなどを送らせて頂くがございます									

ご来院の際にはワクチン接種証明書や予防歴のわかるもの、過去に実施された検査結果などがお手元にごございましたらご持参ください
また、便や尿、吐物など、気になるものがありましたら併せてご持参ください
ノミやマダニの寄生、感染症などが疑われている場合には来院時に必ず受付にお申し出ください

