

(ふりがな)

飼い主様名: _____

ご住所: (〒 _____) 市・郡 _____ 町 _____

TEL: (_____) - _____ 緊急連絡先: (_____) - _____

お名前(動物名): _____ 種類: 犬・猫・ウサギ・ハムスター・(_____)

品種: _____ 性別: 雄 ・ 雌 ・ 去勢雄 ・ 避妊雌 ・ 不明

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才) 毛色: _____

ご紹介者名(ご紹介者様がいらっしゃる場合はご記入ください): _____

1. 本日はどうされましたか？

(例: 下痢、吐き気、食欲不振、ケガ、ワクチンなど)

2. 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

〈はいと答えられた方〉どのような病気をいつ頃しましたか？

3. 現在、何か薬を飲んでいますか？

はい ・ いいえ

〈はいと答えられた方〉どのようなお薬をいつから飲んで
いますか？

4. いつも食べているフードの種類は何ですか？

ドライフード ・ ウェットフード ・ その他

・ 1日の食事回数は何回ですか？

1回 ・ 2回 ・ 3回以上

5. ワクチンは接種していますか？

はい ・ いいえ

〈はいと答えられた方〉ワクチンの種類は何ですか？

.....
最終接種日はいつですか？

6. フィラリアの予防はしていますか？

はい ・ いいえ

〈はいと答えられた方〉お薬の種類(または形)は何ですか？

.....
最終投薬日はいつですか？

7. 普段いる場所はどこですか？

屋内 ・ 屋外 ・ どちらも

・他に同居の動物はいますか？

8. その他気になることがございましたらお書きください。

●当院は上記の内容に関し、個人情報保護法に則り適切に管理いたします。

※ DM(ワクチン・予防案内等)をご不要な方は右にチェックしてください