



## 飼い主様の情報

ふりがな				〒		
お名前					ご住所	
メール	@					
ご連絡先	( )	携帯	( )	勤務先		
紹介	ホームページ	ご友人 ( )	情報サイト	ご近所	その他 ( )	

## わんちゃんの情報

ふりがな			品種			毛色		
お名前								
生年月日	年	月	日 (推定・確定)	飼育開始日	年	月	日	
性別	オス (去勢済み 年 月頃)			メス (避妊済み 年 月頃)				
保険	未加入	加入 (保険名 )			マイクロチップ	有 無		
入手経路	買った (ペットショップ/ブリーダー)			もらった (里親/知人)			自宅で生まれた	
	自宅で生まれた			拾った			いつの間にか見ついた	
						その他 ( )		

## 本日の来院理由

健康診断	相談	ワクチン接種 (混合ワクチン/狂犬病)	フィラリア予防	具合が悪い	その他
具合が悪い場合、いつからどんな様子が詳しくご記入ください					

## 該当する項目に○をつけて分かる範囲で記入してください

-----

ワクチン接種はしていますか? ( ) 種混合ワクチン ( 年 月 日) 狂犬病 ( 年 月 日) 未接種

ノミダニ予防はしていますか? チュアブル (おやつ) スポット 錠剤 その他 ( ) していない

商品名 \_\_\_\_\_ 最終投薬日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

-----

フィラリア予防はしていますか? チュアブル (おやつ) スポット 錠剤 注射 その他 ( ) していない

商品名 \_\_\_\_\_ 最終投薬日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

-----

いつも居る場所はどこですか? 室内で放し飼い 室内のケージ 庭の犬舎 その他 ( )

-----

どんなご飯をあげていますか? ドライ (商品名 \_\_\_\_\_ )

ウェット・缶 (商品名 \_\_\_\_\_ )

人間の食べ物 (種類 \_\_\_\_\_ )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

-----

他に動物を飼っていますか? 飼っていない 犬 猫 ハムスター 鳥 うさぎ その他 ( \_\_\_\_\_ )

怪我や病気になったことはありますか? はい いいえ

→はいに○をつけた方 \_\_\_\_\_ 年 月頃 どのような ( \_\_\_\_\_ )

-----

お薬や注射で異常が出たことはありますか?

→はいに○をつけた方 \_\_\_\_\_ 年 月頃 どのような ( \_\_\_\_\_ )

-----

かかりつけの病院はありますか? はい (病院名 \_\_\_\_\_ )

-----

当院からお知らせなどをお送りしてもよろしいですか? はい いいえ

ご記入ありがとうございました。受付へお渡してください。