

飼主様 お名前	フリガナ	ご自宅電話番号	携帯電話番号
------------	------	---------	--------

◆本日、来院された理由についてお聞かせください。

1. 具合が悪そう
症状はいつ頃からですか？

_____ 頃から

2. ワクチン
3. 健康チェック・相談
4. フィラリア・ノミダニ
5. 飼い方の相談
6. その他

*具体的な内容を教えてください。

◆当院に初めてかかれる、またはお久しぶりにかかれる場合は、これより下のご記入をお願いいたします

ご自宅 ご住所	〒 _____
飼主様のご職業	勤務先(緊急時のご連絡先)
※医療関係の方は、○をつけていただければ、専門用語を交えて説明させていただきます 1. 医師 2. 薬剤師 3. 看護師 4. その他()	

◆ワンちゃんについて教えてください

お名前	犬種	毛色
生年月日	性別	ペット保険
年 月 日	オス ・ メス	未加入 ・ 加入(保険名:)

性格的特徴はどのようですか？ ・ 友好的 ・ 普通 ・ 攻撃的 ・ おとなしい ・ こわがり ・ 神経質 ・ その他

マイクロチップを挿入していますか？ ・ はい ・ いいえ 登録確認

何を食べていますか？
 ・ 1日ごはんは何回ですか？
 1日に _____ 回

・ 犬ドライフード(全体の _____ 割) ・ 手作りご飯(全体の _____ 割)
 ・ 犬用缶詰(全体の _____ 割) ・ 大好きな食べ物を教えてください
 ・ 半生フード(全体の _____ 割) ()

普段の生活はどこですか？ ・ おもに室内 ・ 外の犬小屋 ・ 昼は犬小屋で夜だけ室内など

他に動物を飼っていますか？ ・ この子以外に 犬... _____ 匹 / 猫... _____ 匹 / その他

町が行う狂犬病予防ワクチンを
年に1回打っていますか？ ・ はい
・ いいえ

3種混合以上の伝染病予防
ワクチンを打っていますか？ ・ はい → 最近打ったのは 平成 _____ 年 _____ 月頃
・ いいえ

「フィラリア予防」はしていますか？ ・ はい ・ いいえ

不妊手術はされていますか？ ・ はい ・ いいえ
 もしくは、いずれ手術をしようと考えていますか？ ・ はい ・ いいえ ・ わからない
 メスの子は出産をさせたいとお考えですか？ ・ はい ・ いいえ ・ わからない

何か伝えておきたい事や相談したい事が
あればお書き下さい

今後、病気や健康に関する情報の提供を希望
されますか？(例えばワクチンやノミ駆除、市販の
フードから起こる皮膚疾患の話など)
※本日お話すわけではありませんのでご了承下さい。

・ 希望する →→ ・ 必要な情報は出来るだけ多くほしい
・ 希望しない ・ 必要な情報であれば聞いておきたい

当院をどのようにしてお知りになりましたか？
知人(_____ さん) ・ 近所から ・ 地域電話帳 ・ タウン誌 ・ インターネット ・ その他()

本日で希望の診察費の上限がございましたら、ご遠慮なくお申し付けください。上限額をもとにして、飼い主様とご相談の上
本日の診察内容をご提案いたします。ご希望の場合、右記に金額をご記入ください。 金額 _____ 円
※病気の重症度により、予算内で全てまかなえるものではなく、検査や処置が限られてしまう事を、あらかじめご了承ください。