

私たちの病院へようこそ！

お手数ですが、言葉を話せない患者さんに代わって、
以下の項目にご記入ください。

ふりがな 飼い主名		職業	
住所	〒	TEL	
緊急連絡先	〒	TEL	

ふりがな どうぶつ名			
犬・猫・ほか／品種：	オス・メス（去勢・避妊済み）		
生年月日	年 月 日	飼育開始日	年 月 日

☆今日はどうされましたか？（該当するものに○を付けてください。）

1. 具合が悪そう

いつから？ _____

どんな症状？ _____

2. ワクチン・健康チェック

3. 相談 _____

4. その他 _____

☆どのように当院をお知りになりましたか？

看板／通り道 ・ 電話帳 ・ インターネット

・ 紹介（紹介者 _____） ・ その他（ _____）

☆当院からのワクチン接種・健康診断などのお知らせの送付を希望しますか？

はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました！

☆ 入手方法は？ 1. 買った 2. 貰った 3. 拾った
4. 自宅で生まれた 5. その他（ ）

☆ 生活環境は？ 1. 室内 2. ケージ 3. 室外 4. 室内と室外
5. その他（ ）

☆ 同居動物は？ いる（ ）・ いない

☆ 家族構成は？ _____人（内、子供_____人）

☆ 食事について

・ 食事回数は？ 1日____回 朝・夕

・ 食事内容は？

1. ドライフード（メーカー又は商品名）
2. 缶詰（メーカー又は商品名）
3. 人間の食べ物（具体的に→）
4. その他・おやつなど（具体的に→）

☆ 性格は？ 1. 温和 2. 神経質 3. 噛む 4. 落ち着きがない
5. 怖がり 6. その他（ ）

☆ ワクチン接種はしていますか？

1. 混合ワクチン（_____年____月____日頃 ____種混合）
2. 狂犬病ワクチン（_____年____月____日頃）
3. したことがない
4. わからない

☆ フィラリアの予防はしていますか？

1. はい（月1回の飲み薬・注射・スポット・その他）
→ 最終予防日 _____年____月____日
2. いいえ
3. わからない

☆ 今までに病気をしたり、手術を受けたりしたことはありますか？

はい（具体的に）
いいえ

☆ 今までに薬や注射で異常が出たことはありますか？

はい（具体的に）
いいえ