



お名前 (ふりがな) : _____
ご住所 : _____
連絡先 : 電話番号① _____ 携帯電話・ご自宅・その他 (_____)
電話番号② _____ 携帯電話・ご自宅・その他 (_____)
Email _____
ご職業 : _____ 勤務先 : _____
動物名 (ふりがな) : _____ ♂・♀ (避妊済・去勢済)
犬種 : _____ 毛色 : _____ 生年月日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (歳)

あてはまる項目にチェックをつけてください

1. お家に迎えた経緯を教えてください
 ペットショップ ブリーダー 譲り受けた 拾った その他 (_____)
2. いつ頃から飼育していますか？ _____ 年 _____ 月から
3. ワクチン接種はうけていますか？
 受けていない 受けている (_____ 種混合ワクチン) 狂犬病ワクチン
4. フィラリアの予防はしていますか？
 していない している (おやつタイプ 錠剤 滴下剤 注射)
5. ノミマダニの予防はしていますか？
 していない している (おやつタイプ 錠剤 滴下剤)
6. 飼育環境について教えてください。
 屋内 屋外 その他 (_____)
7. 食事について教えてください。
 ドライフード ウェットフード 手作り その他 (_____)
商品名 (_____)
8. どんなおやつを食べていますか？ (_____)
9. お散歩は行きますか？
 行かない 行く (毎日 週 _____ 回 _____ 分)
10. うんちおしっこはどのようにしていますか？ 屋内 屋外
11. 他に動物はいますか？ 犬 猫 その他 (_____)
12. 今までにケガや病気はありますか？ ない ある
13. いつ頃どのような病気をしましたか？ (_____)
14. 今までワクチンやお薬で具合が悪くしたことはありますか？ ない ある (_____)
15. 当院を何で知りましたか？
 通りかかった ホームページ 看板 広告 紹介 その他 (_____)
16. 出産、交配歴はありますか？ ない ある (_____)
17. 差し支えなければお名前の由来を教えてください (_____)
18. ペット保険へ加入していますか？ なし アニコム アイペット その他 (_____)

- 本日はどうされましたか？
 予防 (混合ワクチン 狂犬病予防接種 フィラリア ノミ・マダニ) 健康診断
 不妊手術の相談 具合が悪い その他 (_____)
- 下記の症状であてはまる項目にチェックをつけてください
 目 (白い・赤い・目やに) 皮膚 (かゆみ・脱毛) 耳 お腹 (下痢・嘔吐・便秘)
 食べない (いつもの食欲を100%とすると _____ %) 食べ方がおかしい 痩せてきた 元気がない
 咳 鼻水 くしゃみ 痛みがある しこりがある おしっこ (頻尿・血尿・でない・尿もれ)
 その他 (_____)
- 検査、治療について
 必要な検査はすべて行いたい 検査と費用を相談して決めたい 検査はあまり望まない
- 具合が悪い場合いつからどのような様子が詳しく記入してください