

No. _____

診察・治療に反映させるために、空欄が無いようにご記入をお願い致します。

年 月 日

飼主様	フリガナ			自宅電話番号	携帯電話番号	
	名前	様 () - -		() - -		
	住所	〒			緊急連絡先	
					() - -	
	職業		勤務先			
	紹介者					
※ 当院では飼主様にご本人様確認をさせて頂いておりますので、身分証(免許証・保険証など)の準備をお願い致します。						
動物	犬・ネコ・ウサギ・鳥・フェレット・ハムスター・その他()					
	名前	ちゃん		種類	色	
	生年月日	誕生日・購入日・その他() 年 月 日 (歳)			性別	オス・メス・去勢済・避妊済
	ペット保険	無・有(会社名:)				

- ① どこから来ましたか？
買った・もらった・自宅で産まれた・拾った(いつ頃)・その他()
- ② どこで飼っていますか？また、一緒に暮らしている動物はいますか？
室内(ケージ・サークル・自由)・室外・その他()
- ③ 他に一緒に住んでいる動物はいますか？()に数を記入して下さい。
犬()・猫()・鳥()・ウサギ()・その他()
- ④ 食事は何を食べていますか？また食品でのアレルギーはありますか？
ドライフード・缶詰・半生・病院処方食()・人と同じ・その他()
アレルギー 無・有(食品名:)
- ⑤ 他院にて手術、予防接種などを受けた事はありますか？
手術 無・有(手術内容:)
輸血歴 無・有(いつ頃:)
ワクチン したことが無い・最近はしていない・毎年接種している
狂犬病(犬のみ) したことが無い・最近はしていない・毎年接種している
マイクロチップ 無・有(No:) ※Noが分からない場合は当院で確認させていただきます
- ⑥ フィラリア症の予防はしていますか？また予防薬の種類をご記入下さい。
したことが無い・最近はしていない・毎年している(錠剤タイプ・チュアブルタイプ・予防注射・その他)
- ⑥ 現在治療中の病気、又は内服中のお薬・サプリメントはありますか？
無・有(病名:) (薬・サプリメント:)
- ⑦ 今日はどうされましたか？
ワクチン・狂犬病予防接種・フィラリア予防・ノミ、ダニ予防・セカンドオピニオン(他院からの治療相談)
※上記以外の診察希望の場合は内容を詳しくご記入下さい。
- ⑧ 治療はどのような形態を望まれますか？ ※飼主様のご希望がない場合、家族の一員として積極的な獣医療を行わせて頂きます。
 費用を抑えて、出来るだけ自宅で投薬や看病をしたい
 通院治療も可能だが、費用面は考慮したい
 必要であれば、通院・入院を考慮した治療を行いたい
 家族の一員として、積極的に治療を行いたい
- ⑨ 検診をお得に受けられるクーポンや予防のご案内などのダイレクトメールをご希望されますか？
希望する・希望しない
- ⑩ どちらで当院をお知りになりましたか？
ホームページ・看板・広告チラシ・電話帳・知人・その他()
※個人情報保護について、当院では個人情報の保護に関する法律や法律施行令等を尊重・遵守し、飼主様の個人情報の適正な取り扱いと保護に努めます。