



飼い主	フリガナ	住所	フリガナ 〒
電話		緊急時のご連絡先	勤務先
メール	PC 携帯電話	@	紹介 ホームページ・タウンページ・ペットショップ ご友人()・その他()
名前	品種	毛色 ()	オス・メス
生年月日	年 月 日頃		
保険	未加入・加入 (保険名:)	マイクロチップ	無・有 (No.)
飼育開始日	年 月 日頃		

1.いつも住んでいる場所は？ ①室内 ②ケージ ③庭で放し飼い ④庭の犬舎 ⑤その他

2.入手方法は？ ①買った ②もらった ③自宅で生まれた ④拾った ⑤いつのまにか住みついた

3.本日の来院理由は？

①具合が悪そうだから	いつ頃からですか
②健康チェック・相談	どこが悪そうですか
③ワクチン接種	どんな症状ですか
④フィラリア予防	-----

4.ワクチンは接種してありますか？

①はい	接種したワクチンと時期は？
②いいえ	a.狂犬病(年 月頃) b.()種混合(年 月頃)
	c.その他(ワクチン名: (年 月頃) d.分からない

5.フィラリアの予防をしていますか？

①はい	どんなタイプの薬ですか？
②いいえ	a.チュアブル(おやつ)タイプ b.錠剤 c.粉末 d.スポットタイプ e.注射

6.不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？ ①はい(年 月頃) ②いいえ

7.いつも何を食べさせていますか？

①缶詰(犬用)	メーカーまたは商品名
②ドライフード(犬用)	メーカーまたは商品名
③人の食べ物	具体的に
④その他	-----

8.交通事故、その他けがをしたことがありますか？

①はい(年 月頃)	どんなけがですか？
②いいえ	-----

9.今までに病気になったことはありますか？

①はい(年 月頃)	どんな病気ですか？
②いいえ	-----

10.今までに注射などでショックなどの異常が見られたことがありますか？

①はい	具体的に
②いいえ	-----

11.その他、不安なことや心配なこと、お気づきの点がございましたらご自由にご記入ください。(例:食べ物のアレルギー、性格など)

12.当院からお知らせなどをお送りしてもよろしいですか？ ①はい ②いいえ