



飼い主さんの情報

ふりがな  
**名前** \_\_\_\_\_ **電話番号 (自宅)** \_\_\_\_\_  
 〒  
**ご住所** \_\_\_\_\_  
**緊急連絡先 (携帯)** \_\_\_\_\_ **ご職業** \_\_\_\_\_  
**携帯メール** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

・ 本日の来院理由は？

- ① 具合が悪いから
- ② 健康診断・相談
- ③ ワクチン接種
- ④ フィラリア予防

具体的に…

ペットの情報

- ・ **ペット名** \_\_\_\_\_ ・ **性別** オス ・ メス
- ・ **生年月日** \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ・ **飼育開始日** \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- ・ **動物の種類** 犬 ・ 猫 その他 ( \_\_\_\_\_ ) ・ **品種** \_\_\_\_\_ ・ **色** \_\_\_\_\_
- ・ **避妊・去勢はしていますか？** ・ はい ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ) ・ いいえ
- ・ **飼育環境は？** 室内 ( \_\_\_\_\_ % ) 室外 ( \_\_\_\_\_ % )
- ・ **保険加入** 未加入 ・ 加入 (保険名 \_\_\_\_\_ ) ・ **マイクロチップ** 無 ・ 有 (No, \_\_\_\_\_ )
- ・ **入手方法は？** ペットショップ (店名 \_\_\_\_\_ ) ・ 保護 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・ **フードは何を食べていますか？** ①ドライフード ②缶 ③人間食 ④その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・ **ワクチン接種はしていますか？** ・ はい ( \_\_\_\_\_ ) 種混合ワクチン (いつ頃 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )  
 ・ 狂犬病ワクチン (いつ頃 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )
- ・ **フィラリア予防はしていますか？**  
 ・ はい 薬の種類は？ ①チュアブル (おやつタイプ) ②錠剤 ③粉末 ④スポットタイプ ⑤注射  
 ・ いいえ
- ・ **いままでに病気にかかったことはありますか？**  
 ・ はい (具体的に \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ
- ・ **当院をご利用されたことはありますか？** ・ はい ・ いいえ
- ・ **当院はどのようにお知りになりましたか？** ・ 知人の紹介 ( \_\_\_\_\_ 様 ) ・ タウンニュース ・ 通りがかり  
 ・ インターネット ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・ **必要に応じ、鍼灸や漢方を用いた治療を希望しますか？** ・ はい ・ いいえ
- ・ **当院からのお知らせなどお送りしてもよろしいですか？** ・ はい ・ いいえ

ご記入ありがとうございました。