



より良い治療を行うために、言葉が話せない患者さんに代わってお答えください。

ご記入日： 年 月 日

お名前 (飼い主名)	ふりがな.....	ご住所	〒.....		☎ご連絡先	
				自宅	-	-
呼び名・愛称		種類		オス・メス・去勢済み・避妊済み	生まれた日 年 月 日	
					携帯	-

1. 当院を知ったきっかけは？

- ①タウンページ ②インターネット ③近所 ④ご紹介 ⑤その他

(※その他の方は詳細をご記入ください。)

2. 今回、診察を受ける患者様がおうちに来られた経緯は？

- ①購入した ②もらった ③拾った ④その他 ()

3. いつ頃から飼われてますか？

西暦： 年 月 日 頃から

4. どこで飼っていますか？

- ①室内 ②室外 ③両方 ④その他 ()

5. 本日の来院理由は？

- ①健康チェック・相談 ②各種予防注射・各種予防薬

③具合が悪そう。(どんな症状ですか?)

6. いつも何を食べさせていますか？

- ①缶詰 ②ドライフード ③人の食べ物 ④その他 ()

7. ワクチン接種はしていますか？

- ①いいえ ②はい ⇒ (最後に接種したのはいつですか?)

年 月 日)

8. 元気・食欲はありますか？

- ①元気(ある・ない) ②食欲(ある・ない)

9. 便の状態は？

- ①普通 ②軟便 ③下痢 ④その他 ()

10. 尿の状態は？

- ①普通 ②出てない ③その他 ()

----- ■ 犬・フェレットを飼われてる方のみお答えください。 ■ -----

11. フィラリア(蚊が媒介する寄生虫)の予防はしていますか？

②の方は、毎年何月から何月までされてますか記載をお願いいたします。

- ①いいえ ②はい ⇒ (月～ 月までしている。)