

# 初診の方へ 飼い主様について

20 年 月 日

フリガナ お名前	ご住所 〒
電話番号	当院に他のペットで来院したことはありますか?
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> はい( ちゃん ) <input type="checkbox"/> いいえ
当院を知ったきっかけ <input type="checkbox"/> 当院HP <input type="checkbox"/> WEB <input type="checkbox"/> 紹介( ) <input type="checkbox"/> その他( )	

## わんちゃんについて



フリガナ お名前	性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊メス <input type="checkbox"/> 不明	入手先(購入先など)
品種	毛色	マイクロチップ(あり・なし) 番号_____
生年月日 20 年 月 日 ( 歳 )	飼い始めた日 20 年 月 日	

## ①予防について

- |          |       |  |
|----------|-------|--|
| 狂犬病予防接種  | ・・・・・ | <input type="checkbox"/> 接種済(最終接種日 年 月 日) / <input type="checkbox"/> 未接種 |
| 混合ワクチン接種 | ・・・・・ | <input type="checkbox"/> 接種済(最終接種日 年 月 日) / <input type="checkbox"/> 未接種 |
| フィラリア予防  | ・・・・・ | <input type="checkbox"/> 予防済(最終予防日 年 月 日) / <input type="checkbox"/> 未予防 |
| ノミ・ダニ予防  | ・・・・・ | <input type="checkbox"/> 予防済(最終予防日 年 月 日) / <input type="checkbox"/> 未予防 |

## ②本日はどうしましたか?

いつから \_\_\_\_\_ どの部位ですか \_\_\_\_\_

## ③今まで病気、ケガ、手術などしたことはありますか?

※『はい』と答えた方は詳しくご記入ください

## ④薬による副作用がでたことはありませんか?

※『はい』と答えた方は詳しくご記入ください