

# 初診の方へ

20 年 月 日

## 飼い主様について

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(                  )	

## 動物について



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	
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

混合ワクチン接種・・・・・・ ☐接種済（最終接種日 年 月 日） / ☐未接種  
フィラリア予防・・・・・・ ☐予防済（最終予防日 年 月 日） / ☐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 \_\_\_\_\_

### ②飼育場所はどこですか？

☐室内：ケージ、カゴ ☐室内：放し飼い ☐屋外  
☐室内と屋外の両方 ☐その他 \_\_\_\_\_

### ③いつも何を食べていますか？

☐牧草 ☐ペレット ☐野菜： \_\_\_\_\_  
☐シード ☐ボレー粉 ☐その他(おやつ等) \_\_\_\_\_

### ④今まで病気、ケガ、手術などしたことはありますか？

☐はい ☐いいえ

※『はい』と答えた方は詳しくご記入ください

### ⑤薬による副作用がでたことはありませんか？

☐はい ☐いいえ

※『はい』と答えた方は詳しくご記入ください