



飼い主様のお名前(ふりがな)	電話番号	
(漢字)	携帯電話	
住所 〒	職業	

ワンちゃんのお名前	生年月日		
ちゃん	年	月	日(歳 ヶ月)
種類	性別	オス メス	去勢済み 避妊済み
毛色	性格	①大人しい ③噛んだことがある ②こわがり ④逃げる	

(今日はどうされましたか?)

具体的に _____

- ①健康チェック ②ワクチン・予防 ③相談したい

(いつも飼っている場所は?)

- ①室内のみ ②屋外の犬舎 ③屋外で放し飼い

(入手方法は?)

- ①ペットショップ(ショップ名 _____)
②ブリーダー ③もらった ④自宅で生まれた

(いつも食べているものは?)

- ①ドッグフードドライ ②ドッグフード缶詰
③ドッグフード半生 ④おやつ
(メーカー名または商品名) _____

(他に飼っている動物はいますか?)

犬 _____ 匹/猫 _____ 匹
その他 _____

(定期的な混合ワクチンは受けていますか?)

- ①毎年している 接種日 H・R 年 月 日
②生まれた年のみ ③時々している ④全くしていない

(最後に狂犬病予防接種を受けたのはいつですか?)

- ① H・R 年 月 日 ② 受けたことはない

(アレルギー症状が出たことはありますか?)

- ① ない ②ある(何の注射、薬ですか?) _____

(定期的なフィラリア予防をしていますか?)

- ① いいえ ②はい ③予防していない時期がある

(ノミ予防をしていますか?)

- ③ 滴下薬(フロントラインなど) ②ノミ取り首輪
② 服薬 ④何もしていない

(ペット保険には加入していらっしゃいますか?)

- ①はい _____ 保険 ② いいえ

(以前に大きな病気や事故をしましたか?)

(当院をどのようにお知りになりましたか?)

- ①紹介 _____ 様 _____ ちゃん
③ ホームページ ③看板 ④チラシ ⑤近所
⑥通りかかった ⑦その他(_____)

(病院からのお知らせを送っても構いませんか?)

- ① はい ②いいえ

★ご協力ありがとうございました★