

飼主様	フリガナ	ご住所	〒	TEL
呼称		品種		・ 去勢済み ・ 避妊済み 年 月 日生
		毛色		

1. いつもいるところは？

屋内（ケージの中・自由）
 屋外（庭などで放し飼い・リードにつないでいる）

2. 入手先

ペットショップ・ブリーダー・知人から譲り受けた
 拾った・いつの間にか居付いた・自宅で生まれた

3. 混合ワクチンは接種していますか？

はい
 いいえ

最後に接種したのはいつですか？
 年 月頃
 何種混合でしたか？： 種混合

4. フィラリア予防はしていますか？

はい
 いいえ

最後に投与したのはいつですか？
 年 月 日頃
 お薬の種類は？ _____

5. 本日ご来院された目的

具合が悪そう
 健康チェック
 ワクチン・フィラリア予防等
 ご相談

具体的に
 (_____)

6. 不妊手術（去勢・避妊）はされましたか？

はい
 いいえ

それはいつごろですか？
 才 力月の頃

7. いつも食べているご飯は？

缶詰
 ドライフード
 その他（具体的に

銘柄 _____
 銘柄 _____)

8. 今までの病歴，体質など

9. 過去にお注射や，内服薬の服用後などに異常が見られたことはありますか？

10. 当院をお知りになったきっかけは？

ご紹介（ 様）・通りすがり・近所・インターネット・タウンページ・その他()