



大切な患者さんに代わってお答えください

● 飼い主様について

	フリガナ		フリガナ
お名前		ご住所	〒 -
電話	-	-	緊急時の ご連絡先 - -

● 患者様について

お名前		品種	毛色()	性別	オス・メス	生年月日	年 月 日頃
保険	未加入・加入(保険名:)			マイクロチップ	無・有(No.)		

(1) どこで飼っていますか? ①室内のみ ②ケージ ③庭で放し飼い ④外の犬小屋 ⑤その他

(2) 入手方法は? ①ショップで購入 ②譲り受けた ③自宅で生まれた ④拾った ⑤住みついた

(3) 本日のご来院は?

- ①具合が悪そうだから →
②健康診断又は相談
③予防接種
④フィラリア予防

いつ頃から?

どの辺りが?

どんな症状?

(4) 予防接種はしていますか?

- ①はい →
②いいえ

接種した

ワクチンと時期は?

c. その他(ワクチン名

a. 狂犬病(年 月頃)

b. ()種混合(年 月頃)

)(年 月頃)

e. 分からない

(5) フィラリアの予防をしていますか? ①はい ②いいえ

①はいと答えた方 どんなタイプの薬ですか?

a. チュアブル(おやつ)タイプ

b. 錠剤

c. 粉末

d. スポットタイプ

e. 注射

(6) 去勢や避妊の手術はしていますか? ①はい(年 月頃) ②いいえ

(7) ふだん何を食べさせていますか?

①缶詰(犬用) →

メーカー・商品名

②ドライフード(犬用) →

メーカー・商品名

③人の食べ物

④その他

具体的に

(8) けがをしたことがありますか?(交通事故含む)

①はい(年 月頃) →

どんなけがですか?

②いいえ

(9) 過去に病気になったことはありますか?

①はい(年 月頃) →

どんな病気ですか?

②いいえ

(10) 過去に注射などで異常(ショック、アレルギーなど)が見られたことがありますか?

①はい →

具体的に

②いいえ

(11) その他、不安・心配・お気づきの点があればご記入ください。(食べ物アレルギー、性格など)

(12) 今回の治療はどこまでを希望されますか? ①今回気になるところだけ ②悪いところはできるだけ ③相談して決めたい

(13) 当院からお知らせなどをお送りしてもよろしいですか? ①はい ②いいえ

ご協力ありがとうございました。



湯木どうぶつ病院

☎ 052-694-1125