

お話のできないわんちゃん・ねこちゃんに代わって教えてください（おわかりになる範囲でご記入ください）

ふりがな		〒	
飼い主様のお名前		ご住所	
お電話	緊急( )	e-mail	

当院からのご案内など、メールやLINEでも受け取ることができます

## わんちゃん・ねこちゃんについて

ふりがな		動物種	イヌ・ネコ	品種	
お名前	ちゃん	性別	オス・メス	避妊去勢（未・済）	
		生年月日		年	月
ペット保険	<input type="checkbox"/> 加入なし <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> その他			マイクロチップ	<input type="checkbox"/> している・していない
性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 人懐こい <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> かむことがある <input type="checkbox"/> さわられるのが苦手 <input type="checkbox"/> わからない				
食事	1日.....回	療法食を食べている場合→商品名( )		おやつ	あり・なし
生活場所	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方(外出自由)	同居動物	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる( )		
おうちにきた経緯	ペットショップ / ブリーダー / もらった / 拾った・保護 / その他 ( )				

## 🐾 本日はどうされましたか

- 具合が悪い
- 健康チェック・相談
- 狂犬病または混合ワクチン
- フィラリア、ノミ・ダニ予防

いつから・どこが・どんな様子か など

## 🐾 予防歴について

狂犬病	<input type="checkbox"/> している (前回接種日 年 月)	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> わからない
混合ワクチン	<input type="checkbox"/> している .....種 (前回接種日 年 月)	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> わからない
フィラリア	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> わからない	
ノミ・ダニ	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> わからない	

## 🐾 今までに大きなケガ・病気・手術はありましたか あれば下記にわかる範囲でお願いします

過去の病気等		手術の経験	
現在の病気等		現在の投薬	

## 🐾 ワクチン、薬、食べ物等で具合が悪くなった(アレルギーが出た)ことはありますか

- ある → いつ頃・何に対して・具体的な症状
- ない

## 🐾 来院したきっかけを教えてください（複数可）

- ホームページ
- ご近所
- 病院を見て
- SNS
- 以前かかっていた
- トリミング
- 知人の紹介 ( 様 )
- その他 ( )

◎当院から予防のご案内などを希望されますか？  不要  要 → (  ハガキ  メール  LINE )

◎治療の様子や経過など個人が特定できない範囲でHPやSNSに掲載してもよろしいですか？  はい  いいえ

※そのほかに気になること、相談したいことがあれば記載してください

