２０　　年　　月　　日

診察申込票（犬）

●ご家族の情報

お名前　　フリガナ	ご住所　〒	ご職業

電話番号	－　　－	携帯電話	－　　－

当院をどのようにお知りになりましたか？	電話帳・通りがかり・ご紹介（　　様） インターネット・その他（　　）

●動物の情報

名前	品種	性別	生年月日
フリガナ		オス・メス 去勢オス・避妊メス 手術日 （２０　　年　　月　　日）	２０　　年　　月　　日（　　歳）
	毛色		お家に来た日
ちゃん			２０　　年　　月　　日

・マイクロチップが入っていますか？	はい（15 ケタの番号：　　）・いいえ
・どのような経緯で、お家へ来ましたか？	ペットショップ・ブリーダー・愛護センター・その他（　　）
・他に同居している動物はいますか？	はい・いいえ（種類や頭数　　）
・現在の生活環境を教えてください。	屋内のみ・屋内＋散歩・内外・屋外のみ
・日中はどのように過ごしていますか？	家の人といる・留守番をしていることが多い（　　時～　　時頃）
・食事内容（種類・回数）を教えてください。	１日（　　）回　　ドライフード・缶詰・半生・手作り食 （メーカーなど　　）
・動物の健康保険には加入されていますか？	はい・いいえ（会社名　　）（ご契約者　　様）

●現在の状態について

・本日はどうされましたか？

●これまでの病気について

・現在、治療はされていますか？
はい・いいえ　　いつから（　　） 病名（　　）
・今までに病気で、治療や手術を受けたことがありますか？
はい・いいえ　　いつ（　　） 病名（　　）
・今までに輸血をしたことがありますか？
はい・いいえ　　（輸血をした・献血をした）
・薬や注射で体調を崩したことはありますか？
はい・いいえ　　いつ（　　） 何に対して（　　）

●予防について

・1 年以内に混合ワクチンは接種していますか？
はい・いいえ　　前回接種日（２０　　年　　月　　日） 種類（５種・６種・７種・８種・９種）
・狂犬病の予防接種はしていますか？
はい・いいえ
・フィラリア予防はしていますか？
はい・いいえ　　いつ（　　月～　　月まで） 種類（錠剤・チュアブル・スポット・注射）
・ノミ・マダニ予防はしていますか？
はい・いいえ　　いつ（　　月～　　月まで） 種類（錠剤・チュアブル・スポット）

ご記入ありがとうございます。書き終わりましたら受付までお持ちください。

※ご記入いただきました個人情報は病院業務以外で使用することはありません。