

・ 飼い主様のお名前: ふりがなもお書き添えてください。

・ ご住所: 〒

・ 電話番号:

・ 緊急連絡先:

・ ペットのお名前:

・ 品種: _____ ・ 年齢: _____ 才(_____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ)

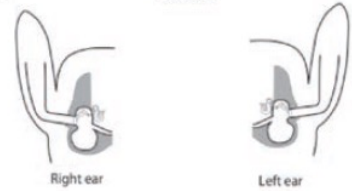
・ 性別: オス ・ 去勢済みオス ・ メス ・ 避妊済みメス (手術 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

以下のご質問にわかる範囲でお答えください。(該当する口に印をしてください)

・ みてもらいたい症状はなんですか？(みてもらいたい部位を○で囲んでください)



・ いつ頃から始まりましたか？



・ 原因として気になることはありますか？

・ 耳以外に気になることはありますか？

・ ご家族や同居動物に皮膚病がありますか？ はい いいえ

・ ご家族の中に喫煙者はいらっしゃいますか？ はい いいえ

・ どこで生活していますか？ 屋外 屋内自由 屋内ケージ その他

・ 食事やおやつ・ご褒美に何を与えていますか？

・ 排泄はどのようにしていますか？ 屋外 屋内自由 ベランダ その他

・ 散歩に出かけますか？ はい (1日 _____ 回・各 _____ 分・ 歩き 自転車 ドッグラン その他) いいえ

・ 好きな遊びはありますか？

・ いつから飼い始めましたか？ _____ 歳/ _____ ヶ月齢から

・ 犬を飼うのは初めてですか？ はい いいえ

・ 差し支えなければ動物を飼おうと思った理由を教えてください。

診療にあたって得られた診療情報、検査結果や検査材料を、獣医学の発展(医療技術の向上や教育、研究)のために学術利用(例:学会発表、教育講演、学術雑誌、学術論文、研究など)することがあります。なおこれに関し、ご家族様の個人情報が開示されることはありません。

ご理解・ご同意いただける場合にはこちらの署名欄にご署名ください。なお、非同意による診療上の不利益は一切ございません。

日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日 署名: _____