

・ 飼い主様のお名前: ふりがなもお書き添えください。

・ ご住所: 〒

・ 電話番号: \_\_\_\_\_

・ Eメール: \_\_\_\_\_

・ 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)

・ 予防・ワクチンについて

狂犬病ワクチン 接種している \_\_\_\_\_ していない \_\_\_\_\_  
混合ワクチン 接種している( \_\_\_\_\_ )種混合、最終接種日( \_\_\_\_\_ )年( \_\_\_\_\_ )月( \_\_\_\_\_ )日 \_\_\_\_\_ していない \_\_\_\_\_  
ノミ・ダニ予防 している \_\_\_\_\_ していない \_\_\_\_\_  
フィラリア予防 している (錠剤・おやつタイプ・塗布剤・注射) \_\_\_\_\_ していない \_\_\_\_\_

・ 薬・注射・食事に対するアレルギーや異常所見が見られたことがありますか はい いいえ

・ 具体的に:

・ 同居する動物はいますか

はい 犬( \_\_\_\_\_ )頭、猫( \_\_\_\_\_ )頭、その他( \_\_\_\_\_ ) いいえ

・ どこで生活していますか

屋内 屋外 両方 その他( \_\_\_\_\_ )

・ 食事についてお聞かせください(複数回答可)

ドライフード 缶詰 手作り おやつ その他( \_\_\_\_\_ )

・ 食事の頻度についてお聞かせください

朝 昼 晩 一日( \_\_\_\_\_ )/回

・ 今まで病気になったことはありますか(既往歴) はい いいえ

病名: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_

・ 今回の来院理由、現在の主な症状はなんですか またそれはいつ頃からですか

症状: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_

・ 現在投薬中のお薬はございますか はい いいえ

そのお薬はなんですか

・ 当院をどの様にして知りましたか HP かかりつけ医からの紹介 知人 その他( \_\_\_\_\_ )

・ その他、気になることはありますか?

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公開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: \_\_\_\_\_