

●ご家族（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：（　　—　　）　　●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（去勢・避妊手術日　　年　　月　　日）

以下のご質問にわかる範囲でお答え下さい。 \*該当する□にチェックを入れて下さい

●今回の来院理由、現在の主な症状はなんですか？ またそれはいつからですか？

来院理由：

主な症状：

いつ頃から：

●入手方法：ペットショップ ブリーダー 自宅で生まれた 保護 その他（　　）

●予防・ワクチンについて

狂犬病ワクチン している していない  
混合ワクチン している（　）種混合（最終接種日　　年　　月　　日） していない  
フィラリア予防 している していない

●薬・注射・食事に対するアレルギーや異常所見を認めたことはありますか？ 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（　）

\*フードのメーカー・品名や手作り色の内容など、なるべく詳細に書いて下さい

●今まで病気になったこと（既往歴）はありますか？ はい いいえ  
病名：　　いつ頃：

●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

署名