

・ ご家族様のお名前:ふりがなもお書き添えてください。

・ ご住所:〒

・ 電話番号: _____ ・ 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(_____)

・ 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

・ 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: _____