

ご家族代表者様の事について記入お願いいたします。(未成年は不可)

ふりがな		電話 番号	※緊急連絡先:
氏名			
住所	〒		

本日診察を希望される大切なご家族について教えてください

お名前	<small>※漢字の場合はふりがなもお願いします。</small>	品種		性別	男の子・女の子
生年月日	年 月 日	毛色		不妊 手術	去勢・避妊手術 処置済・未処置

① フィラリア予防について

フィラリア予防薬	お薬の品名	実施期間
予防している・していない		月～ 月頃まで

② ノミ・ダニ予防について(フィラリア予防と一緒に予防できる薬をのませている場合は記入しなくても大丈夫です)

ノミ・ダニ予防薬	お薬の品名	実施期間
予防している・していない		月～ 月頃まで

③ 狂犬病ワクチン接種について

狂犬病ワクチン接種	<small>※受けていない場合は理由を記載して下さい</small>	登録日	登録番号
受けている・受けていない		年 月 日	

④ 混合ワクチン接種について

混合ワクチン接種	ワクチンの種類	最新の接種日
受けている・受けていない		年 月 日 頃

⑤ 普段はどのような食事をしていますか？

ドライフード・ウエットフード・おやつ・手作り・その他()
○商品名や手作りの場合どんなものをあげているのか、わかる範囲で教えてください。

⑥ アレルギーについて

アレルギーはありますか？	※あるにチェックした方へ どんなアレルギーなのか記載して下さい。
ある・ない	

⑦ 普段の生活環境を教えてください。

室内《 畳・フローリング・絨毯・タイル・ケージ・その他() 》
野外《 放し飼い・ケージ・その他() 》

⑧ マイクロチップが入っている場合は番号の記入をお願いします。

No.() ・ 実施しているが番号わからない

⑨ 本日の来院理由を教えてください。

<small>【注意】具合が悪い場合は、いつから・どのような状態か・食欲はあるのか・排便排尿についてなど、詳しくお願いいたします。</small>

⑩ 今までに大きな病気・ケガ・事故にあったことはありますか？

--