



【飼い主様】

言葉の話しえない愛犬に代わってご記入ねがいます

お名前	フリガナ	ご住所	〒				勤務先
電話	-	-	緊急時	-	-	紹介	ホームページ・ご紹介 ()
	-	-	連絡先	mail:	@		電話番号・通りがかり・その他 ()

【愛犬】

名前		品種	毛色 ()	オス・メス	生年月日	年 月 日頃
保険	未加入・加入 (会社名:)			去勢済・避妊済	飼育開始	年 月 日頃

🐾 おもに生活している場所は？ ①室内 ②ケージ ③室外の犬舎 ④室内外 ④その他 ()

🐾 入手方法は？ ①ペットショップ ②ブリーダー ③もらった ④拾った ⑤自宅で生まれた

🐾 他に動物を飼っていますか？ ①はい (犬 匹・猫 匹・その他 匹) ②いいえ

🐾 本日の来院理由は？ ①ワクチン接種 ②フィラリア予防 ③健康診断 ④けが・北二枚・相談

⑤具合が悪そうだから ➡

どこがおかしいですか？	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 元気消失	<input type="checkbox"/> 呼吸・咳	<input type="checkbox"/> 尿
	<input type="checkbox"/> 便	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 耳
	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 腫瘍	<input type="checkbox"/> 行動
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
どんな症状ですか？				
いつ頃からですか？				

🐾 ワクチンは接種してありますか？

①はい ➡ 狂犬病 (年 月頃) () 種混合 (年 月頃)

②いいえ その他 (ワクチン名:) (年 月頃) 不明

🐾 フィラリアの予防をしていますか？

①はい ➡ a ち1アブル(おやつ)タイプ b 錠剤 c スポットタイプ d 注射

②いいえ (投薬期間 年 月~ 月)

🐾 マダニ・ノミの予防をしていますか？

①はい ➡ a スポットタイプ b 錠剤 c ち1アブル(おやつ)タイプ

②いいえ 動物病院の薬 市販薬 (製品名)

🐾 いつも食べているものは？

①犬用缶詰 メーカー又は商品名【 】

②犬用ドライフード メーカー又は商品名【 】

③自家製 具体的に【 】

④犬用おやつ メーカー又は商品名【 】

🐾 今までに病気や手術をうけたり、現在治療中の病気がありますか？

(年 月頃)

🐾 今までに注射などでショックなどの異常がみられたことがありますか？

①はい ➡ どのような事がありましたか？

②いいえ

🐾 その他、心配なことやお気付きの点がございましたらご自由にご記入ください。(例：性格、食べ物のアレルギーなど)

ご協力ありがとうございました。