

かわいい患者さんに代わってお答えください

フリガナ		〒		
飼主氏名		住所		
Tel	() -	携帯電話	- -	紹介者
ペット名	ちゃん	種類	犬・猫・()	品種
生年月日	年 月 日頃 (歳)	性別	オス・メス 去勢済・避妊済	毛色
携帯電話 メールアドレス			<input type="checkbox"/> 病院からのお知らせメールを受け取る	

1. 今日はどうされましたか？

- 具合がわるそう
いつからどんな症状ですか？
- ワクチン接種
 健康相談
 去勢・避妊手術の相談
 その他

2. ワクチン接種はしていますか？

- はい ()種混合ワクチン (年 月)
 狂犬病ワクチン(年 月)*わんちゃんのみ
- いいえ

3. フィラリア予防はしていますか？(蚊からの感染)

- はい お薬のタイプ (チュアブル・錠剤・滴下・注射)
 予防期間 (年 月 ~ 年 月 まで)
- いいえ

4. 去勢・避妊手術をしていますか？

- はい (年 月頃)
- いいえ

5. 今までに病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？

- はい [いつ頃、どのような]
- いいえ [輸血を受けたことはありますか？ → はい いいえ]

6. いつもいる場所はどこですか？

- 屋内 (ケージ・放し飼い) 屋内外
- 屋外 (ケージ・放し飼い)

7. 何を食べてますか？

- ドライフード (商品名:)
- 缶詰タイプ (商品名:)
- 人の食べ物 (具体的に:)
- その他 ()

9. 他に同居動物はいますか？

- はい (犬 頭・猫 頭・その他)
- いいえ