

# 新規診察申込書

フリガナ

飼主名 \_\_\_\_\_ 住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ 勤務先 \_\_\_\_\_

勤務先所在地 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

ペット名 \_\_\_\_\_ 種類 犬・猫・他( \_\_\_\_\_ )

品種 \_\_\_\_\_ 毛色 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 性別 オス・オス去勢済み・メス・メス避妊済み

避妊・去勢手術( 年 月 日 / オ ケ月)

ペットが家族になった日 \_\_\_\_\_ 入手先(ペットショップ/ブリーダー・知人・その他 \_\_\_\_\_)

## 登録について

鑑札番号 \_\_\_\_\_ 狂犬病予防注射の接種年月日 \_\_\_\_\_ 注射済票番号 \_\_\_\_\_

マイクロチップは装着していますか？ (装着済み・未装着)

飼育環境 室内 \_\_\_\_\_ % 屋外 \_\_\_\_\_ % 出入り自由

他に飼ってるペットは？ いない・いる (犬 頭・猫 頭・その他 \_\_\_\_\_ 匹)

食餌 1日 \_\_\_\_\_ 回 ドライフード・缶詰・半生・自家調理・人の食べ物(残り)・他 \_\_\_\_\_

ペット保険に加入していますか？ 【はい(保険会社名 \_\_\_\_\_ )・いいえ】

今日の来院の理由は？ \_\_\_\_\_

かかりつけの動物病院はありますか？ \_\_\_\_\_

現在、通院や投薬治療をうけていますか？ ( はい ・ いいえ )

何と診断されていますか？ \_\_\_\_\_

処方されているお薬の名前はわかりますか？ \_\_\_\_\_ 持参していたら受付へ。

## 既往歴について

・医薬品などで(ワクチンや内服薬、注射、外用薬)アレルギーを起こしたことはありますか？ ( はい ・  
いいえ ) 医薬品の名前はわかりますか？ \_\_\_\_\_

・ワクチンを受けたことがありますか？(狂犬病除く) ( はい ・ いいえ )

ワクチンの種類 \_\_\_\_\_ 最後に受けた時期 \_\_\_\_\_ 頃

・フィラリア予防を受けたことがありますか？(犬のみ) ( はい ・ いいえ )

フィラリアに感染していたことはありますか？ ( はい ・ いいえ )

最後に予防した時期と種類は？ \_\_\_\_\_ 頃 (内服薬・滴下薬・注射薬)

・今までに病気や手術をしたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

病名や症状 \_\_\_\_\_

時期 \_\_\_\_\_