

★おわかりになる範囲で構いませんのでできるだけ詳しくご記入下さい★

- 本日のご来院目的
- 下痢    血便    嘔吐    皮膚が痒そう    皮膚のできもの  
眼がおかしい    耳が痒そう    咳がでる    鼻水がでる  
呼吸が苦しそう    口が臭う    脚を痛めている  
予防接種    フィラリア予防    ノミダニ予防  
健康診断    避妊・去勢手術の相談    セカンドオピニオン・相談  
その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

- 混合ワクチン
- している（最終接種日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）  
幼少期のみしていた    していない    不明

- 狂犬病ワクチン
- している（最終接種日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）  
幼少期のみしていた    していない    不明

- フィラリア予防
- している（錠剤 ・ おやつタイプ ・ 注射 ・ スポット剤 ）  
していない    以前はやっていたが今はしていない

- ノミダニ駆除
- している（商品名： \_\_\_\_\_ ）  
していない    以前はやっていたが今はしていない

- いつもの食べているお食餌は？
- ドライフード    缶詰    療法食（商品名： \_\_\_\_\_ ）  
人の食べ物（具体的に： \_\_\_\_\_ )

- 現在治療中の病気やケガはありますか？    ある    ない  
（具体的に： \_\_\_\_\_ )

- 過去に大きな病気やケガ、手術をしたことはありますか？    ある    ない  
（具体的に： \_\_\_\_\_ )

- 過去に注射やお薬でショックなどの異常が見られたことがありますか？    ある    ない  
（具体的に： \_\_\_\_\_ )

- ペット保険には加入していますか？    はい（アニコム・アイペット・その他）    いいえ

- 動物病院は初めてですか？    はい    他院にかかっていた（病院名： \_\_\_\_\_ )