

初診時間診表(イヌ)

飼主名	カナ	ご住所	〒	電話 () -
			市/区	FAX () -
				緊急時() -
				メールアドレス @
呼名	カナ	犬種		生年月日
			(毛色;)	年 月 日頃
性別	オス;去勢未/去勢済(年 月頃)		保険; 未加入/	マイクロチップ; 無/
	メス;避妊未/避妊済(年 月頃)		加入(会社名;)	有 (No.)

- ◇ 本日の来院目的は? 具合が悪そう(具体的に;)
健康診断/ワクチン/ノミ・フィラリア予防/その他()
- ◇ ワクチンは接種してありますか?
狂犬病ワクチン; 年 月に接種済/未接種
混合ワクチン; 種混合ワクチンを 年 月に接種済/未接種
ワクチンアレルギー; 有(主な症状;)/無
- ◇ フィラリアの予防はしていますか? はい/いいえ
- ◇ ノミの予防はしていますか? はい/いいえ
- ◇ ふだん生活している場所は? 室内/室外/室内外/その他()
- ◇ これまでに病気、交通事故、手術等をされた経験がありましたら教えてください。
()
- ◇ ワンちゃんの性格を教えてください(神経質、他の犬に友好的、甘えんぼう、など)
()
- ◇ ご飯は何を食べさせていますか? ドライフード/ウェット(缶詰)フード/手作り食
- ◇ ご飯のメーカー名または商品名は? また、手作り食の場合、具体的に内容を教えてください。
()
- ◇ お散歩はしていますか? はい; 分程度を、日に 回 /いいえ
- ◇ 他に動物を飼っていますか? はい; 犬 頭、猫 頭、その他()/いいえ
- ◇ 当院を知ったきっかけは?
ご紹介(様)/ホームページ/雑誌やテレビ/その他()
- ◇ ワクチン等のお知らせの葉書をご自宅にお送りしてよろしいですか? はい/いいえ
- ◇ その他、気になる事がありましたら教えてください。
()