

No. \_\_\_\_\_



言葉が話せない患者さんに代わってお答えください

フリガナ								
飼主名		住所	〒			電話	-	-
ペット名		品種		オス・メス	生年月日			
勤務先等ご連絡先					ご紹介者			

1. いつも住んでいる場所は？ ①室内 ②ケージ ③庭で放し飼い ④庭の犬舎 ⑤その他( )

2. 入手方法は？ ①買った ②もらった ③自宅で生まれた ④拾った ⑤いつのまにか住みついた

3. 本日の来院は？ ①具合が悪そうだから

②健康チェック・相談

③ワクチン

どこが悪そうですか？

どんな症状ですか？

4. ワクチンは摂取してありますか？

①はい

②いいえ

何のワクチンをいつ接種しましたか？

a. 狂犬病 b. システンパー c. 肝炎 d. パルボ  
e. レプトスピラ f. 分からない g. 混合

5. フィラリアの予防をしていますか？

①はい

②いいえ

a. 薬を飲ませている 毎日 一日おき 毎月一回

b. 注射をしている

6. 不妊手術（去勢・避妊）はしましたか？

①はい

②いいえ

それはいつ頃ですか？

7. いつも何を食べさせていますか？

①缶詰（犬用） (メーカーまたは商品名 )

②ドライフード（犬用） (メーカーまたは商品名 )

③人の食べ物

④その他

具体的に

8. 交通事故その他けがをしたことがありますか？

①はい

②いいえ

それはいつ頃ですか？

どんなけがですか？

9. 今までに病気になったことはありますか？

①はい

②いいえ

それはいつ頃ですか？

どんな病気ですか？

10. 今までに注射などでショックなどの異常が見られたことはありますか？

①はい

②いいえ

具体的に