



年 月 日 カルテ No. (スタッフ記入)

お手数ですが、ご記入お願い致します。

○飼主様

フリガナ	フリガナ
氏名	ご住所〒
電話	携帯
当院をどのようにして知りましたか？ <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 (病院名 ) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 建物をみて <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人の紹介 ( 様 ちゃん) <input type="checkbox"/> その他 ( )	

○ワンちゃんについて

お名前	品種	毛色
西暦 年 月 日 生まれ ( 歳)	性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢済 (いつ頃 ) <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊済 (いつ頃 ) <input type="checkbox"/> 不明	
お家に来た日 西暦 年 月 日	入手方法 <input type="checkbox"/> 購入 (ショップ名 ) <input type="checkbox"/> 保護する <input type="checkbox"/> もらう (誰から ) <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた	

- ①ペット保険に加入していますか？  はい (保険会社 )  いいえ
- ②マイクロチップは入っていますか？  はい  いいえ
- ③同居している動物は他にいますか？  はい (種類 )  いいえ
- ④どんな生活環境ですか？  室内  庭  車庫  その他 ( )
- ⑤いつも何を食べていますか？  市販 (ドライ・缶詰・その他)⇒ 商品名 ( )  
 病院食 (療法食)⇒ 商品名 ( )  
 手作りごはん  その他 ( )
- ⑥ワクチン接種はしていますか？ ●混合ワクチン ( 種)  
 はい ⇒ いつ頃？ (西暦 年 月頃)  いいえ  不明  
 ●狂犬病  
 はい ⇒ いつ頃？ (西暦 年 月頃)  いいえ  不明
- ⑦フィラリアの予防はしていますか？  はい (他院名 )  いいえ
- ⑧ノミ・ダニの予防はしていますか？  はい  いいえ
- ⑨本日のご来院理由は？  健康診断  ワクチン・狂犬病接種  具合が悪い  フィラリア予防

●ご相談、症状などなるべく詳しくご記入ください

その症状はいつからですか？ ( )

- ⑩今まで病気・怪我・手術をしたことはありますか？ かかりつけの病院 ( )  
 ない  ある (いつ頃 ) (どんな )  
 現在も治療中 (治療方法や薬名 )
- ⑪今まで注射・内服薬でショックやアレルギー等の異常がみられたことはありますか？  
 ない  ある (薬剤名 ) (症状 )

●その他なにかご希望等ございましたらご記入ください

ご記入ありがとうございました。

