

ワンちゃんの初診カード

言葉が話せないワンちゃんに代わって、お答えください。

飼主様 _____ ふりがな _____

ご住所 〒 _____

ご自宅電話番号 _____ 緊急時電話番号 _____

メールアドレス _____

ご職業 _____ 勤務先電話番号 _____

ワンちゃんの名前 _____ 種類 _____ 毛色 _____

生年月日 ____年 ____月 ____日 (____才 ____ヶ月) 飼い始めた日 ____年 ____月 ____日

性別 オス メス 去勢・避妊手術 していない している ____才頃

病院を知った理由 電話帳 病院の前を通った 紹介 (紹介者 _____)
地域新聞 バスの車内放送 インターネット その他 (_____)

どこから入手しましたか？

ペットショップ (店名 _____) もらった 保護した その他 (_____)

ワクチンはしてありますか？

・狂犬病 毎年 したことがない 以前に (____年前) 不明

・混合ワクチン (5種・6種・7種・8種・9種・その他)

毎年 (____月頃) したことがない 以前に (____年前) 不明

フィラリアの予防はしていますか？

毎年 したことがない 以前に (____年前) 不明

今年はノミの予防はしていますか？

毎年 (フロントラインプラス・ネオガード^ス・ネオガード^ト・レボリューション・その他) していない 不明

飼育場所は？ 室内 室外 両方 (室内 ____% 室外 ____%)

食事の内容は？ (_____)

過去の病歴は？ 無 有 (いつ、どんな？ _____)

過去に手術・麻酔は？ 無 有 (いつ、どんな？ _____)

過去に注射・薬・麻酔で、アレルギー・ケイレン・薬疹等が出たことは？

無 有 (いつ、どんな？ _____)

マイクロチップは装着していますか？ 無 有

☆本日はどうしましたか？ (_____)

例：下痢・皮膚かゆい・目ショボショボする・・・