

## 飼い主情報

お名前 *	電話番号（当日連絡がとれる番号） *
ご住所	メールアドレス
初診・再診（診察券番号：） どちらかに をつけてください	

## ペット情報

お名前（ペット） *	種類 *	品種
年齢・月齢 *	体重（わかれば）	
性別：		
オス（未去勢） オス（去勢済） メス（未避妊） メス（避妊済） 不明		

## 来院理由 当てはまるものすべてに してください

体調不良・病気の診察	定期健康診断	混合ワクチン接種
去勢・避妊手術の相談	手術・処置（相談含む）	狂犬病ワクチン接種
セカンドオピニオン	検査・薬・フードのみ	フィラリア予防
初めての受診（健康確認）	その他	ノミ・マダニ予防

## 症状・気になること（できるだけ詳しくお書きください）

## 症状の内容（具体的に） \*

症状が始まったのはいつ頃ですか？

今日 2～3日前 1週間前 2週間～1ヶ月 1ヶ月以上前 わからない

症状の経過は？

急に悪化した 徐々に悪化している 変わらない 良くなっている まちまち

食欲は？

普通 少し減った ほとんど食べない 全く食べない 増えた

水を飲む量は？

普通 増えた 減った わからない

排泄に変化は？

変化なし 下痢 血便 便秘 頻尿 血尿 おしっこが出ない わからない

嘔吐・吐き気は？

なし 1～2回 3回以上 吐きそうにしている

思い当たる原因（異物誤飲・転落・外傷・中毒など）

## ワクチン接種歴

## 【混合ワクチン】

接種状況： 接種済 未接種 不明  
最終接種： 年月頃  
今回は： 初めて 毎年継続 久しぶり（年ぶり） 確認したい  
前後後の体調変化： 特になし あり（内容：）

## 【狂犬病ワクチン（犬のみ）】

接種状況： 接種済 未接種 不明  
最終接種： 年月頃  
今回は： 初めて 毎年継続 久しぶり（年ぶり） 確認したい  
登録状況： 登録済（鑑札あり） 未登録（今回登録希望） 未登録（別途） 不明

## フィラリア・ノミダニ予防

## 【フィラリア予防（犬のみ）】

今回は： 今年初めて 継続（同じ薬） 継続（薬の変更希望） 久しぶり（検査必要） 相談したい  
剤型： 飲み薬（錠剤・チュアブル） 滴下薬（スポットオン） 注射（年1回） おまかせ  
薬の名前： 最終投薬： 年月頃

## 【ノミ・マダニ予防】

今回は： 今年初めて 継続（同じ薬） 継続（薬の変更希望） 未実施・相談したい  
剤型： 飲み薬（錠剤・チュアブル） 滴下薬（スポットオン） 首輪タイプ おまかせ  
薬の名前： 最終投薬： 年月頃

## 【オールインワン薬（フィラリア+ノミダニ）】

現在使用中 使用したい・相談したい 不要（別々でよい）  
薬の名前（わかれば）：

## 既往歴・現在の投薬

過去にかかった病気・手術歴  
特になし あり（下記）

現在の薬・サプリメント  
特になし あり

薬の名前：

アレルギー  
不明 なし あり（内容：）

## 獣医師へのご要望・その他

ご記入いただきありがとうございます。受付にお渡しください。