

犬猫

カルテ NO.

●初診日:西暦 年 月 日			
お名前	フリガナ	ペットのお名前	フリガナ
		性別	♂ ・ ♀ ・ 去勢♂ ・ 避妊♀
ご住所	〒	種類(品種)	
		毛色(カラー)	
TEL	ご自宅	生年月日	西暦 年 月 日
	携帯	飼育開始日	西暦 年 月 日
FAX			

★該当する項目に☑を入れてください。

■食餌は、なにを与えていますか？(複数回答可)

□ドライフード □ウェットフード □その他()

■どのような環境で飼育されていますか？

□屋外 □屋内 / □放し飼い □ケージ飼い □その他()

■温度管理はしていますか？

□していない □している: 温度(~ °C)

■予防接種はしていますか？

□していない □過去にしていた □毎年している

最終接種日:西暦 年 月 日

■フィラリアの予防はしていますか？

□していない □過去にしていた □毎年している

投与期間(最も最近のもの):西暦 年 月 ~ 年 月

■ノミやダニの予防はしていますか？

□していない □過去にしていた □毎年している

投与期間(最も最近のもの):西暦 年 月 ~ 年 月

■交配や出産の経歴はありますか？(ある場合は、具体的にご記入ください)

□ない □ある→()

■同居している動物はいますか？

□いない □いる→()

■当院への来院は、初めてですか？(複数回答可)

□初診 □再診(3年以内) □再診(3年以上前)

□他のペットで受診したことがある(3年以内)→(動物種 名前)

□他のペットで受診したことがある(3年以上前)

■本日は、どうされましたか？(複数回答可)

□食欲がない・少ない (いつもを 100 とすると、.....%)

□食べ方がおかしい→

□元気がない→

□便に異常がある→

□尿に異常がある→

□呼吸に異常がある→

□怪我をしている→

□しこりができている→

□動きがおかしい→

□その他→

■既往歴がある場合は、具体的にご記入ください。

.....
.....

■マイクロチップを入れている場合は、番号をお書きください。

.....

■動物病院からのご紹介の方は、紹介元の病院名をお書きください。

病院名() TEL()