新患問診票〈犬用〉　　年　　月　　日

■飼い主様のお名前：※振り仮名もお書き添えください

■ご住所：〒

■ご自宅電話番号：（　　）　　ー

■緊急連絡先：（　　）　　ー

■わんちゃんのお名前：

■品種：　　■ 年齢：　　才（　　年　　月　　日生まれ）

■毛色：　　■ 性別：オス・去勢済みオス・メス・避妊済みメス・不明

■ワクチン（予防接種）は行っていますか？

1. 混合ワクチン　接種済み（種類　　）・未接種・不明
   前回の接種はいつ頃ですか？（　　年　　月）・不明
2. 狂犬病ワクチン　接種済み・未接種・不明
   前回の接種はいつ頃ですか？（　　年　　月）・不明

■ノミ・ダニの予防は行っていますか？

はい（薬剤名　　）・いいえ・不明

■フィラリア症（蚊が媒介する病気）の予防は行っていますか？

予防している（予防薬の種類　　）・いいえ・不明

■普段何を食べていますか？

療法食・市販品（商品名　　）・手作り・その他（　　）

■これまで病気にかかったことはありますか？（交通事故・ケガ等も含めて）

ある（内容　　）・ない・不明

■現在治療中の病気や服用中の薬などがあればご記入ください

■ペット保険に加入されていますか？

はい（保険会社名　　）・いいえ

■本日はどのような症状でご来院なさいましたか？

ふくふく動物病院　〒754-1277　山口市阿知須岩倉上 1079-1　TEL　0836-65-1468