

フリガナ		TEL①	—	—
		TEL②	—	—
飼主様氏名：		様	FAX	—
Eメールアドレス：				
〒 — 住所：				
勤務先：		TEL	—	—
ペット名：		種類：	毛色：	
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	生年月日： 年 月 日生まれ		
<input type="checkbox"/> 去勢手術済 <input type="checkbox"/> 避妊手術済		年齢： 年 月		
ご紹介者・またはご紹介病院：				
・・・・・・・・・・必ず以下の質問にお答え下さい。・・・・・・・・・・				
●他に動物は同居していますか： <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（ ）				
●いつもどこにいますか： <input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> 両方(室内 %・室外 %)				
●いつも何を食べていますか：主食名（ ）1日__回 他（ ）				
●今までに抗生物質などのお薬に副作用（アレルギー、下痢など）を起こしたことはありますか： <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）				
●フィラリア予防はしていますか： <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 過去していた <input type="checkbox"/> はい（薬品： ）（投与期間： 月～ 月まで）				
●ノミに対して何かしていますか： <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（薬品： ）（最終投与： 年 月）				
●3種混合ワクチンは1年以内に接種していますか： <input type="checkbox"/> はい（ 年 月） <input type="checkbox"/> いいえ				
●白血病ワクチンは1年以内に接種していますか： <input type="checkbox"/> はい（ 年 月） <input type="checkbox"/> いいえ				
●今までウイルス検査を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある《いわゆる猫エイズFIV(陰性・陽性)・猫白血病ウイルス感染症Felv(陰性・陽性)》				
●過去に病気はしましたか： <input type="checkbox"/> はい（ ） <input type="checkbox"/> いいえ				
★今日はどうしましたか？				

急患の場合は速やかに受付にお申し出下さい。