

受付用紙

年 月 日

【飼い主様の情報】

お名前. _____

ふりがな. _____

住所. ☎□□□-□□□□
市・町・郡

TEL. () - 携帯 / PHS. - -

FAX. () -

E-mail. _____ @ _____

年齢. _____ 才

★職業. 会社役員・会社員・公務員・自営業・医者・弁護士・税理士・
看護婦・美容師・農林漁業・パート・学生・主婦・無職・その他

会社名. _____

★住居状況. 持家一戸建・持家マンション・公団・アパート・
賃貸一戸建・賃貸マンション・社宅・その他 ()

間取り. _____ LDK

飼育経験年数. _____ 年

★当院来院動機. 知人紹介 ()・近所だから・外観で・電話帳・
看板・ペットショップから・その他 ()

★困っていること. 不在時の世話・怪我や病気・汚物の処理・
トイレのしつけ・その他のしつけ・その他 ()

★は、あてはまるものに、○をつけて下さい。

2枚目につづく

【ペットの情報】

1. 分類 犬・猫・フェレット・ハムスター・小鳥・ウサギ・カメ・リス・プレリードック・その他（ ）
2. 種類 雑種・その他（ ）
3. 呼び名（ ）
4. 性別 オス・去勢済み・メス・避妊済み・不明
5. 生年月日 西暦 年 月 日（ 才 ヲ月）
6. 飼い方 室内・ケージ・おもに室内で外にも出ず（室内外）
庭で放し飼い・庭の犬舎・のら・
7. 入手の方法 買った・もらった・拾った・自宅で生まれた
いつの間にか住み着いた・その他（ ）
8. 一番慣れている人は？（ ）
9. 他に飼っている動物は？（ ）
10. ワクチンをしてありますか
はい・種類（ ）時期（ ）
いいえ
11. フィラリア症の予防をしていますか（犬のみ）
はい・具体的な方法（ ）
いいえ
12. 食事は？ 缶詰・ドライフード・人の食べ物・その他（ ）
13. 交通事故の経験はありますか はい（いつ頃 ）・いいえ
14. いままでにかかった病気は？
（ ）
15. 注射でショックなど異常がみられた事がありますか
はい・具体的な状態（ ）
いいえ
16. 本日の来院理由は？
健康診断・ワクチン・その他（ ）
具合が悪い（症状 ）

ありがとうございました。2匹以上連れて来ている方は、お申し出下さい