


※お手数ですが、点線の大きさを裁断してください。

〔Dog〕  言葉を話せない患者さんに代わってお答えください。

Chart#

年 月 日

飼主	フリガナ	住所	〒 -		<input checked="" type="checkbox"/> - -
呼名		犬種	♂・♀ オス メス	生年月日	年 月 日頃 (才くらい)
毛色		紹介	ホームページ・タウンページ 看板・知人・その他	勤務先など 緊急ご連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> - -

- いつも住んでいる場所は？ 室内 ゲージ 室外
その他 →
- 入手方法は？ 買った もらった 自宅で生まれた 拾った
いつの間にか住みついた 飼育日 年 月
- 同居動物はいますか？ はい → 種類
いいえ 匹数
- 本日の来院は？ 具合が悪そうだから → どのような状態ですか？
健康チェック・相談
ワクチン
- ワクチンは接種してありますか？ はい → 最近いつ接種しましたか？
いいえ 狂犬病 年 月頃
混合ワクチン 年 月頃
(ジステンパー、パルボ、レプトスピラ、肝炎)
わからない
- フィラリアの予防はしていますか？ はい → 血液検査→毎年している/してない
いいえ 薬をのませている
→毎月1回 1日おき 毎日
注射をしている
- 不妊手術（去勢・避妊）はしましたか？ はい → それはいつ頃ですか？
いいえ 年・才・年前 頃
- いつも何を食べさせていますか？ 缶詰（犬用） → メーカー名または商品名
ドライフード（犬用） → メーカー名または商品名
人の食べ物 → 具体的に
その他
- 交通事故、その他けがをしたことがありますか？ はい → それはいつ頃ですか？
いいえ どのようなけがですか？
- 今までに病気・手術をしたことがありますか？ はい → それはいつ頃ですか？
いいえ どのような病気・手術ですか？
- 今までに注射などでショックなどの異常が見られたことがありますか？ はい → 具体的に
いいえ