

飼い主様のお名前 (フリガナ)	電話番号（自宅、携帯すべてご記入をお願いします） 優先① ( ) ② ( ) ③ ( )
ご住所 〒	
メールアドレス	

ペットのお名前	品種	ペット保険	性別	生年月日	性格
		加入 未加入	オス（去勢未） オス（去勢済） メス（避妊未） メス（避妊済）	年 月 日 才	・ おとなしい~普通 ・ 人なつっこい ・ 神経質 ・ 攻撃的
マイクロチップ装着	未 ・ 済 ・ 不明	個体識別番号			

## ● 今日はどうなさいましたか？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● 継続治療が必要な場合についてご希望を教えてください  
下記のいずれかに○をつけてください

- ① ガーデン動物病院での継続治療を希望する
- ② かかりつけ病院が特に決まっていない為、相談したい

- ③ かかりつけ病院での継続治療を希望する  
\*本日の検査所見や治療内容をまとめたお手紙をお渡しする事ができます（文書代：別途1500円）  
【 手紙を希望する ・ 希望しない 】  
→準備の為、診察後に少しお時間を頂きます。

(かかりつけ病院名) \_\_\_\_\_

## ● 現在治療中であれば治療内容などをご記入ください

\_\_\_\_\_

## ● 過去に大きな病気などがあればご記入ください

\_\_\_\_\_

## ● いつも食べているものを教えてください

ドライフード ・ 缶詰 ・ その他  
(銘柄、内容) \_\_\_\_\_

## ● 生活環境を教えてください

室内 ・ 屋外 ・ 室内と屋外を出入りする

## ● どのような経緯でご自宅に来ましたか？

購入 ・ 保護した ・ 譲り受けた

## ● 混合ワクチン接種について

毎年接種 ・ 未接種 ・ わからない

<最終接種日 年 月 日>

## ● 注射後にアレルギー症状がでたことがありますか？

ない ・ ある (何の注射ですか) \_\_\_\_\_

## ● 定期的なノミ予防をしていますか？

- ・ 動物病院で購入した（スポット薬、内服薬）
- ・ ペットショップなどで購入した製品
- ・ 何もしていない ・ わからない

## ● ウイルス検査を受けたことがありますか？

猫免疫不全ウイルス（FIV）／猫白血病ウイルス（FeLV）  
ない ・ ある 結果： FIV（陰性・陽性）  
FeLV（陰性・陽性）

## ● 他にペットはいますか？何頭いますか？

いない ・ いる（下記にご記入ください）

犬 頭 ・ 猫 頭 ・ 他 頭

## ● 当院をお知りになったきっかけは？（複数回答可）

- ・ ご紹介 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ ちゃん
- ・ 近所 ・ 通りがかり ・ 看板
- ・ インターネット
- ・ 動物病院からの紹介（ \_\_\_\_\_ 動物病院）
- ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

ご協力ありがとうございました。  
受付スタッフまでお渡しください。  
猫専用待合室もございます。  
ご利用ください。