

● もう少しお聞かせください

当てはまるものにチェックを入れてください（複数可）

ご来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 他院より 病院名： _____ <input type="checkbox"/> 獣医師 _____ 先生 <input type="checkbox"/> ご紹介： ご紹介元 _____ <input type="checkbox"/> 当院飼い主 _____ 様 <input type="checkbox"/> 他院飼い主 _____ 様 <input type="checkbox"/> ペットショップやサロン：ご店名 _____ <input type="checkbox"/> 岸上代表 <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> コミ <input type="checkbox"/> 再来院 <input type="checkbox"/> TV や書籍 <input type="checkbox"/> その他： _____
	<input type="checkbox"/> 保険加入なし <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他（ _____ 保険会社 _____ ）
同居動物	<input type="checkbox"/> 同居動物なし <input type="checkbox"/> 犬： _____ 匹 <input type="checkbox"/> 猫： _____ 匹 <input type="checkbox"/> その他： _____
飼育環境	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 自由に外出 <input type="checkbox"/> ケージ <input type="checkbox"/> ベランダ
おトイレについて （普段の場所）	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外： <input type="checkbox"/> どこでもできる <input type="checkbox"/> 電柱・木・壁などにする <input type="checkbox"/> 土・砂の上でする <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
おトイレについて （タイミング）	<input type="checkbox"/> 好きな時にする <input type="checkbox"/> 散歩の時にする <input type="checkbox"/> 食後にする <input type="checkbox"/> かけ声で教えている（フレーズ： _____ ） <input type="checkbox"/> その他、特別なタイミング（ _____ ）
お食事内容	<input type="checkbox"/> 缶 <input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> 手作り食 <hr/> 商品名や内容など： _____
入手先	<input type="checkbox"/> ペットショップ（店名： _____ ） <input type="checkbox"/> 知人より <input type="checkbox"/> ブリーダーより <input type="checkbox"/> 保護した <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
お迎えした日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
ノミ・ダニ駆除	<input type="checkbox"/> している 時期： _____ 年 _____ 月 _____ <input type="checkbox"/> していない <hr/> 使用している予防薬名：○をしてください ・ネクスガード ・クレデリオ ・フィプロスポット ・その他（ _____ ）
今までに重い病気にかかったことはありますか？ _____ _____	
現在服用しているお薬はありますか？ _____ _____	



犬の診察をご希望の方におうかがいします



※ すべて最終の接種日・検査日をご記入ください。

ワクチン接種は 受けていますか	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン（ _____ 種 ）（ _____ 年 _____ 月） <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン（ _____ 年 _____ 月） <input type="checkbox"/> 接種していない
フィラリア予防は どうされていますか	<input type="checkbox"/> 予防している（ _____ 年 _____ 月）より 使用している予防薬の種類： ・ミルベマイシン ・ネクスガードスペクトラ ・イベルメック ・クレデリオプラス ※ ○を付けてください ・レボリューション ・その他（ _____ ） <hr/> <input type="checkbox"/> 検査を受けた（ _____ 年 _____ 月） <input type="checkbox"/> 予防していない