



かわいい患者さんに代わってお答えください

年 月 日

No.

| | | | | | |
|------------|---|------------|-------|-------|-------|
| 動物のお名前 | | | ちゃん | 品種 | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 (オ) | 毛色 | |
| 性別 | オス・メス | 不妊手術 (済・未) | | 飼育開始日 | 年 月 日 |
| 入手方法 | 知人・ショップ【ブリーダー】 () 拾った・その他 () | | | | |
| 性格 | フレンドリー・おとなしい・抱っこが苦手・他の動物が苦手 他人が苦手・触られるのが苦手・怖がり・その他 () | | | | |
| 飼育環境 | 完全室内・完全室外・自由に出入り・その他 () | | | | |
| 同居動物 | なし あり (動物種: (頭、匹、羽)) | | | | |
| 普段食べているお食事 | *ドライ () | | | | |
| | *缶詰 () | | | | |
| | *その他 () | | | | |
| 既往歴 | | | | | |

その他ご意見・ご要望があればご記入ください

ご記入ありがとうございました

上桂動物病院



ここから下は病院記入欄

| | | |
|---------|-----------------------|-------------------|
| F/F | 未・済 (最終接種日: 年 月頃) | FIV/Felv. (/ .) |
| 混合ワクチン | 未・済 (最終接種日: 年 月頃) | |
| フィラリア | 未・済 (最終予防日: 年 月頃) | 薬の名前: |
| ノミマダニ | 未・済 (最終接種日: 年 月頃) | |
| 食物アレルギー | なし あり | |
| 薬剤アレルギー | なし | |
| | あり (薬剤名:) | |
| 動物保険 | 未加入・加入 (アニコム・その他 ()) | |