

● 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"/> ご紹介（ご紹介元： _____ ） <input type="checkbox"/> ^{くち} ココミで <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 街で見かけて <input type="checkbox"/> 以前に利用していた <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
ペット保険の加入	<input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> i-Pet <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
同居動物	<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"/> 室外 <input type="checkbox"/> 自由に外出 <input type="checkbox"/> ケージ <input type="checkbox"/> ベランダ
お食事内容	<input type="checkbox"/> 缶 <input type="checkbox"/> ドライ <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（ _____ ）
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 <input type="checkbox"/> していない <hr/> 種類： _____ 時期： _____ 年 _____ 月
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"/> 検査を受けた（ _____ 年 _____ 月） <input type="checkbox"/> 予防している（ _____ 年 _____ 月）より <input type="checkbox"/> 予防していない

予防薬の種類： _____

個人情報の取り扱いについて：

収集した個人情報は、ご本人の同意がない限り、病院業務以外の目的に利用しないとともに、第三者に提供および預託いたしません。 岸上獣医科病院 院長