

<飼い主様 ご記入欄>

フリガナ

●飼い主のお名前 ●電話番号

●ご住所 〒 ●緊急連絡先(携帯電話)

●連絡可能なメールアドレス PC・携帯

フリガナ

●犬のお名前 ●犬種

●毛色 ●体重 kg ●性別 オス・メス

●生年月日 西暦 年 月 日 (歳)

<獣医師の先生 ご記入欄>

●去勢/避妊処置 ・済 (年 月 日) ・未処置

●ワクチン接種歴 混合ワクチン 年 月 日 (種)
※バルボ、ジステンパーは必須です。

●フィラリア予防歴 狂犬病ワクチン 年 月 日 ・未接種(理由)
最終フィラリア検査日 年 月 日 検査キット名()
検査結果 感染 無し・有り
その他

●ノミ・ダニ類外部寄生虫 予防薬最終塗布日 年 月 日 塗布薬名()
その他

●内部寄生虫 ジアルジア 検査日 年 月 日 検査方法()
コクシジウム 検査日 年 月 日 検査方法()
回虫 検査日 年 月 日 検査方法()
鉤虫 検査日 年 月 日 検査方法()
鞭虫 検査日 年 月 日 検査方法()
その他

●身体検査 口腔(歯石・歯肉炎・口臭など) 異常 無し・有り
耳介外耳道(耳垢・真菌など) 異常 無し・有り
四肢末端部(パッド・爪など) 異常 無し・有り
皮膚および被毛の状態 異常 無し・有り
肛門囊および生殖器(膣・包皮) 異常 無し・有り
目(結膜炎・充血など) 異常 無し・有り

●過去治療歴 年 月 日 治療済

●現在治療中 年 月 日~
治療薬など

●聴診所見

●その他

ご協力ありがとうございました。最後にご署名をお願いいたします。

獣医師 氏名 西暦 年 月 日

動物病院名

ご住所