

本日はどうされましたか？

ワクチン  狂犬病ワクチン  フィラリア予防  ノミダニ予防

※診察・検査希望（症状等教えてください）  その他

【※診察希望の方のみ記入】

※気になる箇所に○をつけてください

★いつ頃から

★どんな症状ですか



現在続けているお薬・処方食・サプリメントはありますか？

ない

ある（名前・効能など教えてください）

今まで大きな病気やケガ、手術をしたことがありますか？

ない

ある（傷病名・時期を教えてください）

下記予防接種をされていますか？

ワクチンアレルギーを  
起こしたことはありますか？

混合ワクチン（種混合） 最終接種日 年 月 日

狂犬病予防接種  
（わんちゃんのみ） 最終接種日 年 月 日

ない☒

ある

下記の予防をされていますか？

予防薬は月に1回欠かさず  
使用できていますか？

ノミ・ダニ予防 最終接種日 年 月 日

フィラリア予防 最終予防日 年 月 日

できている☒

できていない

お薬（ワクチン以外）や食べ物のアレルギーが出たことがありますか？

ない

ある（何でどの様な症状が出たか教えてください）

苦手なお薬のタイプはありますか？

特にない  錠剤  粉  液体  その他

当院に伝えておきたい事・知っておいてほしい事がございましたらご自由にご記入ください。

- ・何かご不明点やご不安な点がありましたら、いつでもご相談ください。
- ・院内のパンフレットご希望の方はスタッフにお声がけください。
- ・ご優待券お持ちの方は事前にスタッフにお渡しください。

