



ノミ・ダニの予防はしていますか？	製品名( )最終投与日( 年 月 ) はい・いいえ・わからない
いつもどこで過ごすことが多いですか？	製品名( )最終投与日( 年 月 ) 室内で放し飼い・室内のケージ飼い・外出自由
どんな食事をしていますか？	ドライフード( ) 缶詰フード( ) おやつ( ) 人間の食べ物・その他( )
他に動物を飼育していますか？	犬・猫・その他( )
今までに病気やケガをしたことはありますか？	はい・いいえ・わからない
それはいつ頃、どのようなものでしたか？	( )
注射・お薬で具合が悪くなったことはありますか？	はい・いいえ・わからない →はいの場合(薬剤名： ) (症状： )
現在使用中のお薬はありますか？	はい・いいえ・わからない →はいの場合(薬剤名： ) (いつから： )

●ご関心のあることをお聞かせください(該当箇所に○をつけてください)

- (1)予防医療(ワクチン・フィラリア・ノミダニ・健康診断)
- (2)避妊去勢手術
- (3)スキンケア
- (4)ハミガキ
- (5)食事、おやつ
- (6)ダイエット
- (7)しつけ
- (8)高齢期ケア
- (9)その他( )

●その他、心配なこと、お気づきの点がございましたらご自由にご記入下さい。

(例：食べ物のアレルギー、性格など)

ご記入ありがとうございました。記入後は受付へお願いします。

当院は、個人情報保護法に基づきここに記載された個人情報を適切に管理し、医療目的のみに使用するとともに、本人の事前同意なしには、目的外の利用や第三者への提供などはいたしません。なお、利用目的の範囲内でご本人様宛に予防やキャンペーンのお知らせ等を送信することがあります。