

■飼い主様

ご住所: 〒	
ふりがな お名前:	ご職業:
お電話: ( ) 携帯電話: - - ※緊急の場合につながりやすい連絡先をご記入ください	
E-mail @	
ダイレクトメール(ハガキ・メール)をお送りしてもよろしいですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

■ペット

ペットのお名前:	種類: 犬・猫
品種:	お誕生日: 年 月 日 ( <input type="checkbox"/> 推定 <input type="checkbox"/> 不明 )
毛色:	性別: 男の子 ( <input type="checkbox"/> 去勢済み ) 女の子 ( <input type="checkbox"/> 避妊済み ) 手術日 ( 年 月 )
マイクロチップ番号:	
ペット保険の加入: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険会社名:

1. 過去に病気・けが・手術などはしたことはありますか。

はい(いつ頃、病名、治療法等: \_\_\_\_\_ ) いいえ 不明

2. 過去にお薬で異常が出たことがありますか?

はい(詳細 \_\_\_\_\_ ) いいえ

3. いつ頃から飼われていますか? ( \_\_\_\_\_ )

4. 普段の食餌の内容を教えてください。

ペットフード : ドライ・缶詰・半生 (名称 \_\_\_\_\_ )

手作り その他: ( \_\_\_\_\_ )

5. いつも生活している場所はどこですか。

室内 屋外 (室内と屋外の比率 \_\_\_\_ : \_\_\_\_ )

6. 現在行われている予防を教えてください。(複数選択可)

混合ワクチン (接種日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) (種類: \_\_\_\_\_ 種)

狂犬病ワクチン (接種日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

フィラリア ノミ・ダニ その他 ( \_\_\_\_\_ )

7. ほかに同居しているペットはいますか。

はい(種類: \_\_\_\_\_ ) いいえ 不明

8. 当動物病院をどのようにしてお知りになりましたか?

知人からの紹介 動物病院からの紹介 インターネット 通りがかり その他 ( \_\_\_\_\_ )

9. 個人情報の取扱いについて。

飼主様に関する個人情報等につきましては、「個人情報の保護に関する法律」等の関連法令の定めに従って適切に取扱いいたします。

なお、ご記入いただいた情報は当院での診療及び保険金請求手続き、並びにアニコムグループ各社でのサービス開発等に使用させていただく場合がございます。

私は上記の個人情報の取扱いについて同意いたします。

年 月 日 同意者氏名: \_\_\_\_\_