

予防診療予診票（ワンちゃん用）

予防診療を受けられるワンちゃんのご家族様へ

下記の質問にお答えいただき、受付までご提出ください。

■ 注意事項

- ・ 予防診療（混合ワクチン、狂犬病ワクチン、フィラリア予防、ノミ・マダニ予防）のみを行います。
- ・ 体調不良や病気のご相談、フィラリア・ノミ・マダニ予防薬以外のお薬の処方については別途ご予約をお取りください。
- ・ 爪切り、肛門腺絞り、耳掃除等のお手入れも別途ご予約が必要です。
- ・ 混合ワクチンと狂犬病ワクチンの同時接種はできません。
- ・ 本日の体調等により予防接種を見合わせる場合があります。

1. 上記注意事項をお読みいただき、理解しましたか
【 はい ・ いいえ 】
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか
【 はい（具体的に： ） ・ いいえ 】
3. 当院以外で治療中の病気がありますか
【 はい（具体的に： ） ・ いいえ 】
4. 下記のうち、希望される診療内容に○をつけてください（複数選択可）
【 混合ワクチン ・ 狂犬病ワクチン ・ フィラリア予防 】
【 健康診断血液検査（ドッグドック） ・ ノミマダニ予防 】

混合ワクチンまたは狂犬病ワクチンの接種を希望される方にお聞きします。

5. 1ヶ月以内に当院以外で予防接種を受けていますか
【 はい（予防接種名・接種日： ） ・ いいえ 】
6. 今まで予防接種を受けて体調を崩したことがありますか
【 はい（予防接種名・症状： ） ・ いいえ 】
7. （混合ワクチン接種を希望される方）どのワクチンを希望されますか
【 昨年と同じもの ・ 5種混合 ・ 7種混合 】
8. （習志野市、船橋市在住で狂犬病ワクチンを希望される方）自治体への代行登録は希望されますか
※登録まで1ヶ月程度お時間をいただく場合がございます
【 はい ・ いいえ 】

このまま裏面にお進みください

フィラリア予防を希望される方にお聞きします

9. 今年中に当院以外でフィラリア検査を受けていますか

【 はい ・ いいえ 】

10. フィラリア予防薬は何ヶ月分処方希望されますか

※関東地域のフィラリア予防期間は最短で5月～12月の8ヶ月間です

【 _____ヶ月分 ・ 本日は処方を希望しない 】

11. (予防薬の処方を希望される方) どの予防薬を希望されますか

【 昨年と同じもの ・ ネクスガードスペクトラ (オールインワン) 】

【 イベルメック ・ パナメクチン ・ その他 (薬剤名: _____) 】

ノミ・マダニ予防を希望される方にお聞きします

※フィラリア予防薬でネクスガードスペクトラを希望される方は記入不要です

12. 予防薬は何ヶ月分の処方を希望されますか

【 _____ヶ月分 】

13. どの予防薬を希望されますか

【 昨年と同じもの ・ ネクスガード ・ フロントライン 】

【 その他 (薬剤名: _____) 】

お連れいただいた方のお名前 : _____

ワンちゃんのお名前 : _____

ご記入日 : _____年 _____月 _____日

ご記入いただきありがとうございました。

このまま受付までお渡してください。

ご記入いただきました個人情報は予防診療の予診に関するのみ使用致します。

新習志野どうぶつ病院 奏の杜どうぶつ病院