

質問事項	回答欄	
輸血を受けたことがありますか。	はい	いいえ
現在または過去に何か病気にかかったことはありますか。 はいと答えた方はご記入ください 病名 ()	はい	いいえ
継続的に飲んでいるお薬はありますか。 はいと答えた方はご記入ください ()	はい	いいえ
ワクチン接種は受けていますか。 はいと答えた方はご記入ください 最終接種 年 月頃	はい	いいえ
ノミ、マダニの予防はしていますか。※	はい	いいえ
国内・海外旅行に行ったことはありますか。 はいと答えた方はご記入ください ()	はい	いいえ
逃走したことはありますか。※	はい	いいえ
数年以内に、新たに動物を飼う予定はありますか。	はい	いいえ
未避妊雌のみ：今後の交配予定はありますか。	はい	いいえ
※のすべての質問に同居動物全員が当てはまりますか。	はい	いいえ

飼主様記入欄

飼い主様氏名		動物のお名前	
ご住所			
ご連絡先※			
ご連絡のつきやすい曜日			

※献血にご協力頂く際にご連絡させていただく電話番号となります。

獣医師記入欄

血液型	ミクロフィラリア	カルテ番号	
体重	身体一般 検査所見		
既往歴			
登録	可	不可	担当獣医師