

狂犬病予防注射受付票

令和 年 月 日

住 所 市川市

所有者 電話番号

ふりがな

氏 名

鑑札番号 または マイクロチップ番号	
犬の種類	
犬の名前	
性別	

あらかじめ愛犬の健康状態を記載していただくことにより、安全かつ迅速に狂犬病予防集合注射を行うことができます。

また、問診の結果、注射を受けられない場合がありますので、その場合は健康状態の良いときに別会場で受けるか、開業獣医師で受けてください。

(公社)千葉県獣医師会

◎下記1～7で1つでも該当した場合は、集合注射会場では注射が出来ません。

◆あなたの愛犬について、注射当日にチェック を行ってください。

1. 現在、重い病気にかかっている。または病気の治療中である。
2. 過去に予防注射等によりアレルギーなどの異常を起こしたことがある。
3. 飼い主または代理人が犬をおさえられない。
4. 人を咬んだことがあり現在狂犬病鑑定中である。
5. メス犬で発情中・妊娠中・授乳中である。
6. 過去1ヶ月以内に他の予防注射を受けている。
7. 1年以内に海外へ行く予定。

() 番に該当する → 本日の集合注射会場では、注射ができません。

上記7項目に該当しない。

令和 年 月 日

◆あなたの愛犬について、注射当日にチェック を行ってください。

1. 普段と比べ、食欲がない。
2. 普段と比べ、元気がない、あるいは動作がにぶい。
3. 最近、咳が出る。
4. 最近、嘔吐や下痢をする。
5. その他健康上、気になることがある。

() 番に該当する。 上記5項目に該当しない。

飼主氏名 _____ 住所市川市 _____

電話番号 _____ 犬名 _____ 性別 オス・メス

種類 _____ 生年月日 H・R 年 月 日

獣医師記入欄	接種可	・	接種不可
--------	-----	---	------

※ 記入漏れがある場合は、受付や注射の順番が遅れることがあります。