

桃園分署犬貓隔離檢疫問卷 Questionnaire for Pet Quarantine

請務必詳填！ All information should be provided!

犬貓入境日期/Arrival Date of pet : y_____ /m_____ /d_____

飼主資訊 (寵物登記必須) /Owner Information for Pet Registration

姓名 Name of Owner _____	生日 Birthday yyyy/mm/dd _____/_____/_____	性別/Gender <input type="checkbox"/> 男 M / <input type="checkbox"/> 女 F	國籍/Nationality _____
<input type="checkbox"/> 身分證號碼 R.O.C. ID/ <input type="checkbox"/> 護照號碼 Passport No./ <input type="checkbox"/> 居留證號碼 ARC No. _____	電話 Phone No. in Taiwan : (手機/Cell phone) _____ (住家/Home) _____		
	戶籍地址/Permanent Address in Taiwan : _____		
	通訊地址/Correspondence Address in Taiwan : _____		
	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 Same as Permanent Address		
繳費單寄送用電子信箱 Email Address for delivering payment slip : _____			

犬貓資訊 (寵物登記必須) / Pet Information for Pet Registration

種別/Species <input type="checkbox"/> 犬 Dog / <input type="checkbox"/> 貓 Cat 犬貓名/ Pet Name _____ 品種/Breed _____	晶片號碼/Microchip No. _____	生日 / Birthday y____/m____/d____	性別/Gender <input type="checkbox"/> 雄 M <input type="checkbox"/> 雌 F	絕育/Neutered <input type="checkbox"/> 是 Y <input type="checkbox"/> 否 N	曾居住過臺灣/ Ever stayed in Taiwan <input type="checkbox"/> 是/Y / <input type="checkbox"/> 否/N
請簡述犬貓的個性/Briefly describe your pet's character. _____ _____					

其他資訊/Other Information

曾注射其他非狂犬病疫苗 Vaccinated with Vaccines (Rabies vaccine excluded)	<input type="checkbox"/> 沒有/None <input type="checkbox"/> 有，最近接種其他非狂犬病疫苗 的日期/Yes, the latest Vaccination date : y____/m____/d____ 廠牌及種類/ Manufacturer & Name of vaccine : _____
內外寄生蟲預防/ Parasites prevention	<input type="checkbox"/> 沒有/ None <input type="checkbox"/> 有，最後一次使用防蚤/蟲/心絲蟲藥物的日期/ Yes, Prevention for anti-flea/tick/heartworm date : y____/m____/d____ 廠牌及種類/Manufacturer & Name of prevention : _____
檢疫期間飲食需求/ Diet requirement during the quarantine period	<input type="checkbox"/> 使用檢疫中心提供乾糧/Consume the dry pet food offered by the quarantine center 每日次數/Times Daily _____ ; 每次總量(公克)/Quantity of each meal (gram) _____ <input type="checkbox"/> 自備乾糧/Consume the dry pet food offered by owner 每日次數/Times Daily _____ ; 每次總量(公克)/Quantity of each meal (gram) _____ <input type="checkbox"/> 自備其他 Others offered by owner : _____
特殊疾病病史/ Any specific medical history	<input type="checkbox"/> 行為/Behavior <input type="checkbox"/> 飲食/Diet <input type="checkbox"/> 眼/Eyes <input type="checkbox"/> 耳/Ears <input type="checkbox"/> 口腔/Oral <input type="checkbox"/> 皮膚/Skin <input type="checkbox"/> 骨骼/Skeletal <input type="checkbox"/> 呼吸道/Respiratory <input type="checkbox"/> 排泄/Urinary/Fecal <input type="checkbox"/> 慢性疾病/Chronic Disease 請詳述/Please describe : _____
日常使用藥物/ The prescription for medication	<input type="checkbox"/> 沒有/ None <input type="checkbox"/> 有，疾病/Yes. Disease : _____ 使用藥物/Medicine : _____ 使用方法/Usage : _____

填寫人簽名/Signature _____