

初診問診票 (ネコちゃん)

わかる範囲でお答えください



★ 飼い主様情報

ふりがな	お電話番号
お名前	
ご住所(アパート・マンション名などもご記入ください)	緊急連絡先(携帯電話など)
〒	

★ ペットの情報 (□にレ印をつけてください)

お名前	ちゃん	品種: <input type="checkbox"/> 純血種() <input type="checkbox"/> 日本猫、雑種
<input type="checkbox"/> オス	<input type="checkbox"/> 去勢済み	生年月日(だいたいの年齢)
<input type="checkbox"/> メス	<input type="checkbox"/> 避妊済み	年 月 日 (才)
毛色:		生活スタイル: <input type="checkbox"/> 完全室内飼育 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 主に室内(外出自由)
入手方法:		性格: <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 活発 <input type="checkbox"/> こわがり <input type="checkbox"/> 咬む <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 購入	<input type="checkbox"/> もらった	
<input type="checkbox"/> 捗った	<input type="checkbox"/> その他	

- ウィルス検査を受けたことがありますか? 検査結果を○で囲んでください

はい → [猫エイズ FIV 陽性 · 陰性
 いいえ 猫白血病 FeLV 陽性 · 陰性

- 定期的に混合ワクチンを接種していますか?

はい → 種類と最後に接種した時期をご記入ください
 いいえ 年 月 日
 わからない

- ノミ、ダニの予防はしていますか? はい いいえ わからない

- マイクロチップは入っていますか? はい いいえ わからない

- 今迄に注射やお薬で具合が悪くなったことがありますか?

はい 注射や薬名がわかれれば記入してください
 いいえ _____

- 今迄に大きなケガや病気をしたことがありますか?

はい → [いつ頃:
 いいえ どんな病気:

- 本日のご来院の理由は?

具合が悪そだから(いつから? どんな症状?)

健康チェック ワクチン接種 爪切り、肛門腺等
 その他 相談等 _____

- ペット保険に入っていますか? はい いいえ

- ★ 最後にどのように当院をお知りになりましたか教えてください(複数回答可)

通りがかり インターネット検索 電柱広告
 紹介 他の子で来ていた その他

本票を受け付けに来てお待ちください。

ナ力動物病院

院長 樋口 朋子