

初診問診票 (ねこちゃん)



飼い主様の情報

フリガナ			
お名前			
ご住所	〒 -		
ご連絡先	ご自宅	携帯	
勤務先	名称	電話番号	

ペットの情報

お名前				生年月日	年 月 日 (または約 才)		
品種		色		性別	オス ・ メス		
				去勢・避妊はお済みですか? はい (才頃) ・ いいえ			

ご来院の目的

具合が悪い ・ ケガ ・ 皮膚 ・ 眼 ・ 歯 ・ その他
混合ワクチン ・ フィラリア予防 ・ ノミ, マダニ予防 ・ 爪切りなど ・ 健康診断
具合が悪い場合、いつからどんな様子が詳しく教えてください

当てはまる項目に○をつけて、分かる範囲で記入してください。

1. お家に来た時期はいつ頃ですか? また、どのような経緯で来ましたか?	年 月 日頃 ペットショップ (ショップ名)	知人から・拾った・自宅で産まれた・ブリーダー・愛護センター
2. かかりつけの病院はありますか?	はい ・ いいえ (病院名)	
3. 病院や、他の人に対して緊張しますか?	はい ・ いいえ	
4. 混合ワクチンの接種はしていますか?	はい ・ いいえ ・ わからない	年 月頃 (種)
5. 白血病, エイズの検査はしたことはありますか?	はい ・ いいえ	
6. フィラリアの予防はしていますか?	はい ・ いいえ ・ わからない	年 月 ~ 月
7. ノミ, マダニの予防はしていますか?	はい ・ いいえ ・ わからない	年 月 ~ 月
8. 今までに予防接種や飲み薬で具合が悪くなったことはありますか?	はい ・ いいえ	
9. いつも過ごしている場所はどこですか?	室内で放し飼い・室内のケージ・室外自由・その他 ()	
10. どんな食事をしていますか? 分かる範囲でご記入ください。	ドライフード (メーカー・商品名)	()
	ウェット・缶詰 (メーカー・商品名)	()
	人間の食べ物 (種類)	()
	特に好きな食べ物 (種類)	()
11. 排泄はどのようにしていますか?	猫用トイレ ・ 外でしている	
12.他に動物を飼っていますか?	はい ・ いいえ (動物種・頭数)	()
13. 大きな病気やケガをしたことはありますか? ある場合、時期、内容について教えてください。	はい ・ いいえ	()
14. 当院をどこで知りましたか?	電話帳など・ホームページ・知人の紹介・看板・通りがかり	
15. 動物保険には加入していますか?	はい ・ いいえ (アニコム・アイペット・その他)	()
16. マイクロチップは入っていますか?	はい ・ いいえ (番号:)	()
17. 当院から予防の時期をお知らせするご案内をお送りしてよろしいですか?	はい ・ いいえ	