



大切な患者さんに代わってお答えください

● 飼い主様について

	フリガナ		フリガナ
お名前		ご住所	〒 -
電話	-	-	緊急時の ご連絡先 - -

● 患者様について

お名前		品種	毛色()	性別	オス・メス	生年月日	年 月 日頃
保険	未加入・加入(保険名:)			マイクロチップ	無・有(No.)		

(1) どこで飼っていますか？ ①室内のみ ②ケージ ③おもに室外(外出自由) ④その他

(2) 入手方法は？ ①ショップで購入 ②譲り受けた ③自宅で生まれた ④拾った ⑤住みついた

(3) 本日のご来院は？

- ① 具合が悪そうだから →
② 健康診断又は相談
③ 予防接種

いつ頃から？

どの辺りが？

どんな症状？

(4) 予防接種はしていますか？ ①はい ②いいえ

①はいと答えた方

接種したワクチンと時期は？

a. () 種混合(年 月頃)

b. 猫免疫不全ウイルス(年 月頃)

c. 猫白血病ウイルス(年 月頃) d. その他(^{ワクチン名})(年 月頃) e. 分からない

(5) 去勢や避妊の手術はしていますか？ ①はい(年 月頃) ②いいえ

(6) ふだん何を食べさせていますか？

① 缶詰(猫用) →

メーカー・商品名

② ドライフード(猫用) →

メーカー・商品名

③ 人の食べ物

具体的に

④ その他

(7) けがをしたことがありますか？(交通事故含む)

① はい(年 月頃) →

どんなけがですか？

② いいえ

(8) 過去に病気になったことはありますか？

① はい(年 月頃) →

どんな病気ですか？

② いいえ

(9) 過去に注射などで異常(ショック、アレルギーなど)が見られたことがありますか？

① はい →

具体的に

② いいえ

(10) その他、不安・心配・お気づきの点があればご記入ください。(食べ物アレルギー、性格など)

(11) 今回の治療はどこまでを希望されますか？ ①今回気になるところだけ ②悪いところはできるだけ ③相談して決めたい

(12) 当院からお知らせなどをお送りしてもよろしいですか？ ①はい ②いいえ

ご協力ありがとうございました。