初めてご来院の方へ

初　診　問　診　表

言葉が話せないネコちゃんに代わってお答えください。診察をする上で大切な資料となります。
わかる範囲でお答えください。ご協力お願いいたします。

◆飼い主様

お名前	お電話番号
フリガナ	☎TEL　（　　）　　－ 携帯電話など　　－　　－

ご住所　（マンション・アパート名もご記入ください）	
〒　　－	
メールアドレス	ご職業
@	

◆ネコちゃん

お名前	猫の種類	性別（Vをつけてください）
ちゃん		□オス　□メス □去勢済　□避妊済
お誕生日	毛色	性格（Vをつけてください）
年　月　日（　歳）		□おとなしい　□怖がり □噛むことあり　□その他

●当院をどのようにお知りになりましたか？

□ご紹介（　　様　　ちゃん）

紹介コメント＿＿＿＿＿＿＿＿

□看板　□ご近所　□電話帳　□インターネット

□チラシ　□その他（　　）

①本日の来院の理由は？

□具合が悪そうだから

どこが悪そうですか？＿＿＿＿＿＿＿＿

どんな症状ですか？＿＿＿＿＿＿＿＿

いつからですか？＿＿＿＿＿＿＿＿

□健康チェック　□ワクチン接種

□フィラリア予防　□ノミの予防・駆除

□その他＿＿＿＿＿＿＿＿

②定期的に混合ワクチンを接種していますか？

□はい、毎年している　（３・４・５種）

□時々している（最後はいつ？　　年前）□いいえ

③ネコちゃんの入手方法は？

□購入した　（ペットショップ　・　ブリーダー）

□もらった　□拾った　□自宅で生まれた

□いつの間にか住みついた

⑤定期的なノミ予防はしていますか？

□はい（市販の薬　　動物病院の薬　　）

□いいえ

⑥大きな病気やケガをしたことがありますか？

□はい＿＿＿＿＿＿＿＿

□いいえ

⑦ウイルス検査を受けたことがありますか？

□はい　猫エイズＦＩＶ　陽性　・　陰性

猫白血病ＦｅＬＶ　陽性　・　陰性

□いいえ

ご協力ありがとうございました。もうしばらくおまちください。

クレア動物病院