



# 初診問診票 (猫用)



お手数ですができるだけ詳しくご記入ください。  
分からない箇所は空白のままお持ちください。

No. \_\_\_\_\_

## 飼い主さまについて

年 月 日

フリガナ		TEL	
氏名		携帯	
メールアドレス			
フリガナ			
住所	(〒 - )		

## 猫 ねこちゃんについて ご記入ください

名前			品種	
性別	男の子 去勢済	女の子 避妊済	生年月日	年 月 日

予防歴	混合ワクチン	していない・している	最近だと	年 月頃
	ノミ・マダニ	していない・している	3種 5種 6種 7種 8種	
	フィラリア	していない・している	毎年きちんと	時々

本日の来院目的は？ 当てはまる内容に チェックしてください	<input type="checkbox"/> 具合が悪そう <input type="checkbox"/> 健康チェック <input type="checkbox"/> ワクチン接種 <input type="checkbox"/> フィラリア予防 <input type="checkbox"/> その他	具体的にご記入をお願いいたします。
-------------------------------------	---	-------------------

飼育場所は？	室内 ・ ケージ ・ 室外 ・ その他 ( )
家族に迎えた方法は？	購入・もらった・拾った・自宅で生まれた・その他 ( )
いつも食事は何を あげていますか？	ドライフード ・ 缶詰 ・ 半生 ・ 手作り食 ・ 処方食 ・ おやつ メーカー( ) 1日 回
注射・薬でアレルギーを 起こしたことは？	ない ・ ある ( )
現在治療していますか？	いいえ ・ はい ( )
現在薬やサプリを 飲んでいますか？	いいえ ・ はい ( )
ワクチンや健診でお越し の方へ	猫ちゃんのことで気になる項目があれば ○をしてください 歯みがき ごはん お手入れ

●当院をどのようにお知りになりましたか？

近所  通りがかり  インターネット  電柱看板  ご紹介( )  その他

●予防シーズンをお知らせするお知らせや案内をご希望されますか？  希望する  希望しない

ありがとうございました。カルテ作成致しますのでお待ちください。

当院は個人情報保護法に基づき、ここに記載された個人情報を適切に管理し医療目的のみに利用するとともに、本人の事前同意なしには目的外的利用や第三者への提供などはいたしません。利用目的の範囲内で、当院から本人に文書などを送信することを予めご了承ください。