

初診時間診表(ネコ)

飼主名	カナ -----	〒 市/区	電話 () -
			FAX () -
呼名	カナ -----	種類 (毛色:)	緊急時() -
			メールアドレス @
性別	オス;去勢未/去勢済(年 月頃)	保険; 未加入/ 加入(会社名;)	生年月日 年 月 日頃
	メス;避妊未/避妊済(年 月頃)		マイクロチップ; 無/ 有 (No.)

- ◇ 本日の来院目的は? 具合が悪そう(具体的に;)
健康診断/ワクチン/ノミ予防/その他()
- ◇ ネコちゃんの入手先は?
ペットショップで購入/自宅または知人宅で生まれた/野良猫を保護/その他()
- ◇ 混合ワクチンは接種してありますか?
混合ワクチン; 種混合ワクチンを 年 月に接種済/未接種
ワクチンアレルギー; 有(主な症状;)/無
- ◇ ノミの予防はしていますか? はい/いいえ
- ◇ ふだん生活している場所は? 室内/室外/室内外/その他()
- ◇ これまでに病気、交通事故、手術等をされた経験がありましたら教えてください。
()
- ◇ これまでに猫エイズ(FIV)やネコ白血病(FeLV)の検査をしたことがありますか? はい/いいえ
“はい”の方;猫エイズ:陽性/陰性(年 月頃) ネコ白血病:陽性/陰性 年 月頃)
- ◇ ネコちゃんの性格を教えてください(神経質、友好的、甘えんぼう、など)
()
- ◇ ご飯は何を食べさせていますか? ドライフード/ウェット(缶詰)フード/手作り食
- ◇ ご飯のメーカー名または商品名は?また、手作り食の場合、具体的に内容を教えてください。
()
- ◇ 他に動物を飼っていますか? はい;犬 頭、猫 頭、その他()/いいえ
- ◇ 当院を知ったきっかけは?
ご紹介(様) /ホームページ/雑誌やテレビ/その他()
- ◇ ワクチン等のお知らせの葉書をご自宅にお送りしてよろしいですか? はい/いいえ
- ◇ その他、気になる事がありましたら教えてください。
()