

越谷動物医療センター 初診問診票 ねこちゃん用



飼い主様の情報

フリガナ		ご連絡先(電話番号・携帯電話)
お名前		
ご住所	〒 -	

ねこちゃんの情報

お名前	生年月日 (歳)	性別
	年 月 日	オス メス
品種・毛色	※保険に加入していますか？	<input type="checkbox"/> アニコム
	はい いいえ	<input type="checkbox"/> ipet
		<input type="checkbox"/> その他()

ご来院の目的

具合が悪い・ワクチン接種・健康診断・相談
※具体的にお書き下さい

①入手方法は？

1、自宅で生まれた 2、譲り受けた 3、ブリーダーから 4、ペットショップから 5、拾った

②去勢・避妊をうけていますか？

1、はい 2、いいえ 3、わからない

③猫のウイルス検査をしたことはありますか？

1、はい 2、いいえ 3、わからない

④ワクチンを接種していますか？

1、はい 2、いいえ 3、わからない

⑤フィラリアの予防はしていますか？

1、はい 2、いいえ 3、わからない

⑥ノミの予防はしていますか？

1、はい 2、いいえ 3、わからない

⑦他に動物を飼っていますか？

1、はい(種類:) 2、いいえ

⑧飼育場所はどこですか？

1、室内のみ 2、室内・外 3、室外

⑨いつも何を食べさせていますか？

1、ドライフード (メーカー・商品名)
 2、ウェット・缶 (メーカー・商品名)
 3、人間の食べ物 ()
 4、その他 ()

⑩今までにケガをしたことはありますか？

1、はい(いつ: どのような:) 2、いいえ

⑪今までに病気になったことはありますか？

1、はい(いつ: どのような:) 2、いいえ

⑫今までに注射等でショック症状などが現れたことがありますか？

1、はい 2、いいえ

⑬当院をどこでしましたか？

1、知人の紹介 2、ホームページ 3、看板 4、その他()

★ご記入ありがとうございました。問診票を受付へお渡しください。