

No. _____

_____年 _____月 _____日



初診問診票

○飼い主様について

フリガナ	〒	
氏名	住所	
電話番号	緊急連絡先	ご職業

○ねこちゃんについて(わかる範囲でお答えください)

お名前	品種	毛色
生年月日 西暦 年 月 日	飼い始めた日 西暦 年 月 日	入手方法 <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 譲渡 <input type="checkbox"/> 保護
性別 <input type="checkbox"/> 男の子 <input type="checkbox"/> 女の子 <input type="checkbox"/> 去勢済男の子 <input type="checkbox"/> 避妊済女の子 <input type="checkbox"/> 不明	いつ去勢・避妊手術をされましたか？ 西暦 年 月 日	
ペット保険にご加入されていますか？	<input type="checkbox"/> はい⇒保険会社 () <input type="checkbox"/> いいえ	
マイクロチップは入っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
同居の動物はほかにいますか？	<input type="checkbox"/> はい⇒具体的に () <input type="checkbox"/> いいえ	
どんな生活環境ですか？	<input type="checkbox"/> 屋内のみ <input type="checkbox"/> 屋外にも行く <input type="checkbox"/> 主に屋外	
ワクチン接種はしていますか？	混合ワクチン ()種 <input type="checkbox"/> はい⇒最終接種 (西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	
ウイルス検査をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい⇒いつごろ？(西暦 年 月) 猫白血病 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) 猫エイズ (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> いいえ	
フィラリア予防はしていますか？	<input type="checkbox"/> はい⇒最終予防 (西暦 年 月) <input type="checkbox"/> いいえ	
ノミ・マダニ予防はしていますか？	<input type="checkbox"/> はい⇒最終予防 (西暦 年 月) <input type="checkbox"/> いいえ	
今までに病気をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい⇒いつ頃、どんな？ () <input type="checkbox"/> いいえ	
注射や内服などで具合が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒薬剤名 () 症状 ()	

○本日の来院理由は？

健康診断 混合ワクチン フィラリア・ノミ・マダニ予防 具合が悪い その他
症状、ご相談内容をなるべく具体的にご記入ください

○当院をどのような方法でお知りになりましたか？

インターネット 通りすがり 看板 知人の紹介()様 その他()

○その他、不安なことやねこちゃんの性格など、ご自由にご記入ください

