

飼主名	ふりがな		住所	〒 -		
電話	- -		緊急連絡先	- -		
E-mail	@		紹介	WEB・タウンページ・ペットショップ・ご友人・その他()		
ペット名	品種		性別	オス・メス	生年月日	年 月 日
保険	未加入・加入 (保険名)	マイクロチップ	有・無 (No.)	飼育開始	年 月 日	

- いつも住んでいる場所は？ ①室内 ②ケージ ③おもに室外(外出自由) ④屋外 ⑤その他()
- 入手方法は？ ①買った ②もらった ③自宅で生まれた ④拾った ⑤その他()
- 今まで通っていた病院はありますか？ ①ない(病院は初めて) ②ある(病院名)

4. 本日の来院理由は？

①調子が悪そうだから	・いつ頃からですか
②健康チェック・相談	・どこが悪そうですか
③ワクチン接種	・どんな症状ですか
④フィラリア予防	
⑤その他()	

5. ワクチンは接種してありますか？ ①はい ②いいえ
- a. ()種混合ワクチン(年 月頃) b. 猫免疫不全ウイルス(年 月頃)
- c. 猫白血病ウイルス(年 月頃) e. その他() d. わからない。

6. ノミやダニの予防はしていますか？ ①はい ②いいえ

7. 不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？ ①はい(年 月頃) ②いいえ

8. いつも食べている物は何ですか？
- ①缶詰(猫用) ②ドライフード ③人の食べ物 ④その他おやつなど
- メーカーや商品名()

9. 今までに大きな怪我をしたことはありますか？ ①はい ②いいえ

いつ頃、どんな怪我ですか？

10. 今までに手術を受けたことはありますか？ ①はい ②いいえ

いつ頃、どんな手術ですか？

11. 今までに病気になったことはありますか？ ①はい ②いいえ

いつ頃、どんな病気ですか？

12. 今までに注射や投薬でアレルギーなどの症状が見られたことはありますか？

①はい	いつ頃() ワクチンや薬の種類()
②いいえ	具体的な症状

13. その他、不安なことや心配なこと、お気づきの点がございましたらご自由にご記入ください。

14. 当院からお知らせなどをお送りしてもよろしいですか？ ①はい。 ②いいえ。