

猫ちゃん初診問診票

フリガナ
★飼い主様 お名前 _____ 様
ご住所 〒 _____

電話番号（ご自宅） _____
（緊急連絡先） _____

★患者様 お名前 _____ ちゃん
種類 _____
生年月日 _____（ 歳）
性別 オス メス 去勢・避妊済
毛色 _____

★混合ワクチン歴 最終接種年月日 _____

★フィラリア予防 している していない

★ノミダニ予防 している していない

★エイズ・白血病検査 したことがある ない

★性格 活発 怖がり 噛むことあり 大人しい その他

★生活環境 外に出る 家の中のみ

★ペット保険に加入されていますか？ はい（ _____ 保険） いいえ

★同居の動物さんの有無（犬 猫 うさぎ 他）

① 今日はどうされましたか？

健康診断 ワクチン フィラリア ノミダニ予防

診察（ _____ ）

その他（ _____ ）

② 「診察」を選ばれた方・・・

●その症状はいつからですか？（ _____ 頃から）

●その症状について他院での診断はありますか？ はい いいえ

（病院名 _____ ）
（診断 _____ ）

③ 当院をどこでお知りになりましたか？（複数可）。

広告チラシ インターネット検索 パソコン スマートフォン

看板広告 家 or 職場から近い 知人の紹介（ _____ 様）

他院からの紹介（病院名 _____ ）