No.

かわいい患者さんに代わってお答えください

年　月　日

飼い主	フリガナ	住所	フリガナ 〒　-				
電話	-　-	緊急時のご連絡先	-　-	勤務先			
メール	PC 携帯電話　@	紹介	ホームページ・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	毛色（　）	オス・メス	生年月日	年　月　日頃	
保険	未加入・加入（保険名：　）	マイクロチップ	無・有（No.　）	飼育開始日	年　月　日頃		

1.いつも住んでいる場所は？　①室内　②ケージ　③おもに室内（外出自由）　④その他

2.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いつのまにか住みついた

3.本日の来院理由は？

①具合が悪そうだから →
- いつ頃からですか
- どこが悪そうですか
- どんな症状ですか

②健康チェック・相談

③ワクチン接種

4.ワクチンは接種してありますか？

①はい →
- 接種したワクチンと時期は？　a.（　）種混合（　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）
- d.その他（ワクチン名：　）（　年　月頃）　e.分からない

②いいえ

5.不妊手術（去勢・避妊）はしましたか？

①はい（　年　月頃）　②いいえ

6.いつも何を食べさせていますか？

①缶詰（猫用） → メーカーまたは商品名

②ドライフード（猫用） → メーカーまたは商品名

③人の食べ物 →
④その他 →
- 具体的に

7.交通事故、その他けがをしたことがありますか？

①はい（　年　月頃） →
- どんなけがですか？

②いいえ

8.今までに病気になったことはありますか？

①はい（　年　月頃） →
- どんな病気ですか？

②いいえ

9.今までに注射などでショックなどの異常が見られたことがありますか？

①はい →
- 具体的に

②いいえ

10.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。（例：食べ物のアレルギー、性格など）

11.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

当院は、個人情報保護法に基づきここに記載された個人情報を適切に管理し、医療目的にのみ利用するとともに、本人の事前同意なしには、目的外の利用や第三者への提供などはいたしません。なお利用目的の範囲内で、上記希望欄で希望された方には、ご本人様宛にお知らせ等を送信することがあります。