

まつおか動物病院 初診問診票(猫)

No.

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	オス・メス	生年月日	年 月 日		
	毛色()					
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	
1.いつも住んでいる場所は？		①室内(自由) ②室内(ケージ) ③外出自由 ④その他()				
2.入手方法は？		①ペットショップ ②ブリーダー ③もらった ④自宅で生まれた ⑤拾った ⑥住みついた				
3.本日の来院理由は？ ①具合が悪そうだから ②健康チェック・相談 ③ワクチン接種 ④フィラリア予防		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				
4.ワクチンは接種してありますか？ ①はい ②いいえ		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				
5.フィラリアの予防をしていますか？ ①はい ②いいえ		どんなタイプの薬ですか？ a.チュアブル(おやつ)タイプ b.スポットタイプ c.その他()				
6.不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？		①はい(年 月頃) ②いいえ ③わからない				
7.いつも何を食べさせていますか？ ①缶詰(猫用) ②ドライフード(猫用) ③人の食べ物 ④その他		メーカーまたは商品名など具体的に				
8.交通事故、その他けがをしたことがありますか？ ①はい ②いいえ		どんなけがですか？				
9.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		どんな病気ですか？				
10.今までに注射などでショックなどの異常がみられたことはありますか？ ①はい ②いいえ		具体的に				
11. その他、不安なことや心配なこと、お気づきの点など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				
12.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				