

初診の方へ 飼い主様について

20 年 月 日

フリガナ お名前	ご住所 〒
電話番号	当院に他のペットで来院したことはありますか?
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> はい(ちゃん) <input type="checkbox"/> いいえ
当院を知ったきっかけ <input type="checkbox"/> 当院HP <input type="checkbox"/> WEB <input type="checkbox"/> 紹介()	<input type="checkbox"/> その他()

ねこちゃんについて

フリガナ お名前	性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊メス <input type="checkbox"/> 不明	入手先(購入先など)
品種	毛色	マイクロチップ(あり・なし) 番号_____
生年月日 20 年 月 日 (歳)	飼い始めた日 20 年 月 日	

①予防・検査について

- 混合ワクチン接種・・・・・ 接種済(最終接種日 年 月 日) / 未接種
猫白血病ウイルス(FelV)検査・ 検査済→()陽性 ()陰性 / 未検査
猫エイズ(FIV)検査・・・・・ 検査済→()陽性 ()陰性 / 未検査
フィラリア予防・・・・・ 予防済(最終予防日 年 月 日) / 未予防
ノミ・ダニ予防・・・・・ 予防済(最終予防日 年 月 日) / 未予防

②本日はどうしましたか?

[いつから _____ どの部位ですか _____]

③飼育場所はどこですか?

室内 屋外 室内と屋外の両方

④今まで病気、ケガ、手術などしたことはありますか?

はい いいえ

[※『はい』と答えた方は詳しくご記入ください]

⑤薬による副作用がでたことはありませんか?

はい いいえ

[※『はい』と答えた方は詳しくご記入ください]