

初診の方へ

20 年 月 日

飼い主様について

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
