

初診時間診票

ふりがな		職業	
飼い主名		TEL	
住所	〒	TEL	
緊急連絡先	〒	TEL	

ふりがな		品種：		毛色：	
猫の名前		性別：オス・メス（去勢・避妊済み）	同居動物：いる・いない（猫 頭 / 他の動物 頭）		
生年月日：	年 月 日	飼育開始日：	年 月 日		
生活環境： 1. 室内 2. ケージ 3. 室外 4. 室内と室外 5. その他（ ）					
性格： 1. 温和 2. 神経質 3. 落ち着きがない 4. 怖がり 5. 怒る 6. その他（ ）					
入手方法： 1. 買った 2. 貰った 3. 拾った 4. 自宅で生まれた 5. その他（ ）					

☆ 本日はどうなされましたか？

① 具合が悪い…具体的な期間と症状

④相談…

②健康チェック

③ワクチン

⑤その他…

☆ 今までに病気や手術を受けたことはありますか？

①ある…具体的に _____

②いいえ

☆ 今までに薬や注射で異常が出たことはありますか？

①ある…具体的に _____

②いいえ

☆ ワクチン接種はしていますか？

①している…最後にワクチンを接種したのはいつですか？

(年 月 日頃 種混合)

②接種しているかわからない ③未接種

☆ ノミとフィラリアの予防をしていますか？

①両方している

②ノミのみ

③フィラリアのみ

④両方していない

☆ 食事内…①ドライフード(商品名： _____)

②缶詰(商品名： _____)

③キャットフード以外(具体的に _____)

④その他・おやつ(_____)

☆ 猫ちゃんの特技や自慢など、ありましたら教えてください。

☆ 当院からのワクチン接種や予防、健康診断などの案内の送付を希望しますか？ ① はい ② いいえ