



初診問診票【ねこちゃん】

◎飼主様

フリガナ	フリガナ
氏名	住所  _____
	電話番号 : _____
	職業 : _____

◎ねこちゃんについて

名前	品種:	毛色:
生年月日	西暦 年 月 日 生まれ	性別
		<input type="checkbox"/> 男の子 <input type="checkbox"/> 女の子 <input type="checkbox"/> 去勢♂ <input type="checkbox"/> 避妊♀ <input type="checkbox"/> 手術していない
飼育開始	年 月 日	
◎マイクロチップは入っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
◎同居している動物は他にいますか？	<input type="checkbox"/> はい (頭) <input type="checkbox"/> 種類 ()	
◎どんな生活環境ですか？	<input type="checkbox"/> 主に屋内 <input type="checkbox"/> 主に屋外 <input type="checkbox"/> 内外半々	
◎いつも何を食べていますか？	<input type="checkbox"/> 市販(ドライ・缶詰・その他) <input type="checkbox"/> 商品名 <input type="checkbox"/> 病院食(処方食) <input type="checkbox"/> 商品名 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
◎ワクチン接種はしていますか？	<input checked="" type="checkbox"/> 混合ワクチン(種) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> (西暦 年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ	
◎ノミ・ダニの予防はしていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 最終投薬期間(西暦 年 月~ 月)	
◎ウイルス検査をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 猫白血病(陰性・陽性)・猫エイズ(陰性・陽性) <input type="checkbox"/> いいえ	
◎本日のご来院理由は？	<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> 具合が悪い <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 ()	
◎ご相談、症状などなるべく具体的に記入ください。		
◎今までに病気の治療をしましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いつ頃、どんな？	
◎注射、内服薬で副反応を起こした事がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬剤名 () 症状 ()	
◎ペット保険を利用しますか？	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (※明細書のみ発行になります。ご了承ください)	

当院をどのような方法でお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人の紹介(_____ さん) <input type="checkbox"/> その他(_____)
