

初診質問票・猫

フリガナ

飼主氏名： _____ 電話： _____ 携帯： _____

〒

住所： _____ 御紹介者： _____

品種： _____ 色 _____ 呼名： _____ オス・メス

動物生年月日： _____ 年 月 日 飼育年月日： _____ 年 月 日～

1. 本日の来院理由は？
2. いつも住んでいる場所は？ ①室内 ②ケージ ③出入り自由 ④外猫
3. 入手方法は？ ①買った ②もらった ③自宅で生まれた ④拾った ⑤住みついた
4. ワクチンは接種してありますか？ ①はい（具体的に _____ ）
②いいえ ③わからない
5. 不妊手術（去勢、避妊）をしましたか？ ①はい（いつ？ _____ ） ②いいえ
6. 他に動物がいますか？ ①はい（犬、猫、小鳥、ウサギ、ハムスター、他、 _____ ）
②いいえ
7. 今までに他の病院にかかったことがありますか？
①はい（いつ？ _____ なぜ？ _____ ）
②いいえ
8. 他の病院にかかったことのある場合、注射、ワクチン、薬でショック、アレルギー症状等の異常がみられたことがありますか？
①はい（具体的に _____ ）
②いいえ
9. 当院に他の動物で来院したことがありますか？ ①はい（具体的に _____ ）
②初めて