

カルテNo. _____

初診問診表（成猫用）

初診日 年 月 日（ : ）

※わかる範囲で簡単に御記入ください

フリガナ _____

飼主氏名 _____ 職業 _____ 緊急Tel _____ - _____

住所 〒 _____ TEL _____ - _____

越谷市/ _____ 市

当院を知った理由 近所,通りがかり・チラシ・ご紹介(ご紹介者名: _____)・その他(_____)
(複数回答可) インターネット[検索キーワード: _____]・ぱど

ペット名 _____ ちゃん 生年月日 _____ 年 月 日生(_____ 歳 _____ ヶ月)

性別 オス・メス 去勢、避妊 している・していない

種類(_____) 毛色 黒・白・灰・赤トラ・キジトラ・サハトラ・雲形・豹・黒白・赤白・キジ白・サハ白・
三毛・ベッコウ・サビ・その他(_____)

過去に動物病院にかかるような病気になったことがありますか？ いいえ / はい
はいの場合: いつ _____ 年 _____ 月 _____ 病院名 _____

内容 _____

去勢・避妊手術をしている場合 いつ手術しましたか？ いつ _____ 年 _____ 月 病院名 _____

避妊手術をしていないメスの場合 : 最後の発情は? _____ 年 _____ 月 _____ 日
出産をしたことがありますか? いいえ / はい: 最後の出産は? _____ 年 _____ 月

ワクチンを接種していますか? いいえ / はい
はいの場合(最終接種): (3・5)種混合 _____ 年 _____ 月

ノミの予防はしていますか? いいえ / はい: 首輪・スポットタイプ・飲み薬・スプレー・注射・その他(_____)

飼育している場所は? 室内 / 室外 / その他(_____)

他に飼っている動物は? なし / 犬(_____ 匹) / 猫(_____ 匹) / その他(_____)

1日の食事の回数・内容は? 1日 _____ 回 _____ 缶詰/ドライフード/その他(_____)

薬に対するアレルギーはありますか? いいえ / はい / わからない(_____)

マイクロチップは装着していますか? いいえ / はい / わからない(_____)

《本日の来院理由》

健康診断希望 ワクチン希望 その他予防を希望(ノミなど) ペットホテル
 処置希望(トリミング、爪切り、その他: _____)

病気 _____ いつ頃から _____

内容 _____

麻の葉動物病院 カルテNo. _____ ペット名 _____ ちゃん