

カルテNo. _____

初診問診表 (子猫用)

初診日 年 月 日 (:)

フリガナ _____

生後 6 ヶ月以内

※わかる範囲で簡単に御記入ください

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・電話帳・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

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

○ いつ、どちらで購入・譲渡されましたか? いつ _____ 年 月 日 どちらで _____

○ 寄生虫の虫下しはしましたか? いいえ / はい

○ 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 _____

○ ワクチンを接種していますか? いいえ / はい

はいの場合: 3種混合 1回目 _____ 年 月 日 2回目 _____ 年 月 日

猫白血病 1回目 _____ 年 月 日 2回目 _____ 年 月 日

○ 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