

ワクチン用問診票 (ネコちゃん)

スムーズに診察へご案内させていただく為にも、出来るだけ詳しくご記入頂けると助かります。

★飼主様の情報

ふりがな _____	住所 〒 _____
お名前 _____	
電話番号 _____	携帯電話番号 _____

★患者さんの情報

名前	品種	毛の色	生年月日	性別
			年 月 日	男の子・女の子
・どのような経緯で、お家へ来ましたか？	購入 (店名: _____) ・ 譲受け ・ 自宅出産 ・ 保護 ・ 住み着いた			
・お家に来た日は？	年 月 日			
・いつも過ごしている場所は？	室内のみ ・ 室内+屋外 ・ 屋外			
・他に同居している動物は居ますか？	居ない・居る (種類: _____)			
・食事の回数と内容は？	1日 (_____) 回 缶詰・ドライフード・半生フード・手作り (メーカーもしくは商品名: _____)			
・オヤツや人の食べ物は与えていますか？	いいえ・はい (種類: _____ 量: _____)			
・避妊・去勢手術は受けていますか？	いいえ・はい (手術を受けた日: _____ 年 月 日)			
・動物健康保険に加入されていますか？	いいえ・はい (会社名: _____)			

★これまでの予防、病気の情報

・ワクチン接種は受けていますか？	いいえ・はい (3・5種混合 接種日: _____ 年 月 日)
・フラリア予防はしていますか？	いいえ・はい (薬剤名: _____)
・ノミ予防はしていますか？	いいえ・はい (薬剤名: _____)
・エイズ・白血病検査を受けた事がありますか？	いいえ・はい (エイズ: 陰性・陽性 検査時期 _____ 年 月 日) いいえ・はい (白血病: 陰性・陽性 検査時期 _____ 年 月 日)
・現在治療中の病気はありますか？	いいえ・はい (病名: _____)
・これまでにかかった病気はありますか？	いいえ・はい (病名: _____ 時期: _____)
・注射やお薬でアレルギーが見られた事がありますか？	いいえ・はい (何に対して: _____ 時期: _____)

★他にご希望の内容はございますか？

・フィラリアのお薬が欲しい	錠剤・スポットタイプ (_____ ヶ月分)
・診察をして欲しい (気になる症状をお書き下さい)	症状: _____
・当院からのメール(お知らせ)は希望されますか？	いいえ・はい

★当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (**差し支えが無ければお答えください**)

電話帳 ・ 知人からの紹介 (_____ 様) ・ 通りがかり ・ インターネット ・ その他 (_____)
--

詳しいご記入、ありがとうございました。この問診票を当院受付でお出し下さい。



アニマート動物病院
Animato Animal Hospital

年 月 日 受付