

No. \_\_\_\_\_



かわいい患者さんに代わってお答えください。

\_\_\_\_\_年 月 日

飼主	フリガナ	住所	フリガナ			☎ - -
呼名		品種		♂・♀	生年月日	年 月 日 頃
紹介	☎ - -			勤務先など ご連絡先	☎ - -	

- いつも住んでいる場所は？ ①室内 ②ケージ ③おもに室内(外出自由)  
④その他 \_\_\_\_\_
- 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いつのまにか住みついた
- 本日の来院は？ ①具合が悪そうだから⇒どこが悪そうですか？ \_\_\_\_\_  
どんな症状ですか？ \_\_\_\_\_  
②健康チェック・相談  
③ワクチン
- ワクチンは接種してありますか？  
①はい⇒何のワクチンをいつ接種しましたか？  
a. 伝染性腸炎(猫ジステンバー) \_\_\_\_\_  
b. FVR-CP(猫かぜと腸炎) \_\_\_\_\_  
c. わからない \_\_\_\_\_  
②いいえ
- 不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？ ①はい⇒それはいつごろですか？ \_\_\_\_\_  
②いいえ
- いつも何を食べさせていますか？  
①缶詰(猫用)⇒メーカーまたは商品名 \_\_\_\_\_  
②ドライフード(猫用)⇒メーカーまたは商品名 \_\_\_\_\_  
③人の食べ物⇒具体的に \_\_\_\_\_  
④その他⇒具体的に \_\_\_\_\_
- 交通事故その他けがをしたことがありますか？  
①はい⇒それはいつごろですか？ \_\_\_\_\_  
どんなけがですか？ \_\_\_\_\_  
②いいえ
- 今までに病気になったことはありますか？  
①はい⇒それはいつごろですか？ \_\_\_\_\_  
どんな病気ですか？ \_\_\_\_\_  
②いいえ
- 今までに注射などでショックなどの異常が見られたことがありますか？  
①はい⇒具体的に \_\_\_\_\_  
②いいえ