

飼主様 お名前	フリガナ	ご自宅電話番号	携帯電話番号
------------	------	---------	--------

◆本日、来院された理由についてお聞かせください。

1. 具合が悪そう
症状はいつ頃からですか？
_____ 頃から
2. ワクチン
3. 健康チェック・相談
4. フィラリア・ノミダニ
5. 飼い方の相談
6. その他

*具体的な内容を教えてください。

◆当院に初めてかかれる、またはお久しぶりにかかれる場合は、これより下のご記入をお願いいたします

ご自宅 ご住所	〒 _____
飼主様のご職業	勤務先(緊急時のご連絡先)
※医療関係の方は、○をつけていただければ、専門用語を交えて説明させていただきます 1. 医師 2. 薬剤師 3. 看護師 4. その他()	

◆猫ちゃんについて教えてください

お名前	品種	毛色
生年月日	性別	ペット保険
_____ 年 _____ 月 _____ 日	オス ・ メス	未加入 ・ 加入(保険名: _____)
性格的特徴はどのようですか？	・ 友好的 ・ 普通 ・ 攻撃的 ・ おとなしい ・ こわがり ・ 神経質 ・ その他	
マイクロチップを挿入していますか？	・ はい ・ いいえ <input type="checkbox"/> 登録確認	
何を食べていますか？ ・ 1日ごはんは何回ですか？ 1日に _____ 回	・ 猫ドライフード(全体の _____ 割) ・ 手作りご飯(全体の _____ 割) ・ 猫用缶詰(全体の _____ 割) ・ 大好きな食べ物を教えてください ・ 半生フード(全体の _____ 割) (_____)	
普段の生活はどこですか？	・ おもに室内 ・ 主に外飼い ・ 室内と屋外を自由に移動	
他に動物を飼っていますか？	・ この子以外に 犬... _____ 匹 / 猫... _____ 匹 / その他	
3種混合以上の伝染病予防 ワクチンを打っていますか？	・ はい → 最近打ったのは 平成 _____ 年 _____ 月頃 ・ いいえ	
伝染病にかかっていると 診断された事がありますか？	・ はい → 風邪のような症状 ・ 猫白血病ウイルス感染症・ 猫エイズ ・ いいえ	
猫のフィラリア予防はしていますか？	・ はい ・ いいえ	
不妊手術はされていますか？ もしくは、いずれ手術をしようと考えていますか？ メスの子は出産をさせたいとお考えですか？	・ はい ・ いいえ ・ はい ・ いいえ ・ わからない ・ はい ・ いいえ ・ わからない	
何か伝えておきたい事や相談したい事が あればお書き下さい		
今後、病気や健康に関する情報の提供を希望 されますか？(例えばワクチンやノミ駆除、市販の フードから起こる皮膚疾患の話など) ※本日お話すわけではありませんのでご了承下さい。	・ 希望する →→ ・ 必要な情報は出来るだけ多くほしい ・ 希望しない ・ 必要な情報であれば聞いておきたい	
当院をどのようにしてお知りになりましたか？	知人(_____ さん) ・ 近いから ・ 地域電話帳 ・ タウン誌 ・ インターネット ・ その他(_____)	

本日ご希望の診察費の上限がございましたら、ご遠慮なくお申し付けください。上限額をもとにして、飼い主様とご相談の上
本日の診察内容をご提案いたします。ご希望の場合、右記に金額をご記入ください。 金額 _____ 円
※病気の重症度により、予算内で全てまかなえるものではなく、検査や処置が限られてしまう事を、あらかじめご了承ください。