

| | | | |
|------------|------|---------|--------|
| 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(_____) | |

本日も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。