

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



かわいい患者さんに代わってお答えください

\_\_\_\_\_年 月 日

**印刷時の  
ご注意**印刷はカラーでお願いいたします。  
モノクロで印刷された場合、院内で再記入していただくようになってまいります。

飼い主	フリガナ	住所	フリガナ	緊急時のご連絡先	勤務先
電話	-	-	-	-	-
メール	PC	@	紹介	ホームページ・タウンページ・ペットショップ ご友人( )・その他( )	
ペット名	品種	毛色( )	オス・メス	生年月日	年 月 日頃
保険	未加入・加入(保険名)	マイクロチップ	無・有(No. )	飼育開始日	年 月 日頃

1. 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 

2. 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

3. 本日の来院理由は？

- ① 具合が悪そうだから  
② 健康チェック・相談  
③ ワクチン接種

いつ頃からですか？  
どこが悪そうですか？  
どんな症状ですか？

4. ワクチンは接種してありますか？

- ① はい  
② いいえ

摂取したワクチンと時期は？ a. ( )種混合( 年 月頃)  
b. 猫免疫不全ウイルス( 年 月頃) c. 猫白血病ウイルス( 年 月頃)  
d. その他(ワクチン名: ) ( 年 月頃) e. わからない

5. 不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？ ① はい( 年 月頃) ② いいえ

6. いつも何を食べていますか？

- ① 缶詰(猫用)  
② ドライフード(猫用)  
③ 人の食べ物  
④ その他

メーカーまたは商品名

メーカーまたは商品名

具体的に

7. 交通事故、その他けがをしたことがありますか？

- ① はい( 年 月頃)  
② いいえ

どんなけがですか？

8. 今までに病気になったことはありますか？

- ① はい( 年 月頃)  
② いいえ

どんな病気ですか？

9. 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  
② いいえ

具体的に

10. その他、不安なことや心配なこと、お気づきの点がございましたら、ご自由にご記入ください。(例: 食べ物アレルギー、性格など)

