

# 新患問診票 [猫用]

年 月 日



● 飼い主様のお名前：※ふりがなもお書き添えください

● ご住所：〒

● ご自宅電話番号：( ) — ● 緊急連絡先：( ) —  
● 勤務先： ● ご職業： ● 勤務先電話番号：( ) —

● ねこちゃんのお名前：

● 品種： ● 年齢： 才( 年 月 日生まれ)  
● 毛色： ● 性別： オス・去勢済みオス・メス・避妊済みメス・不明

● ワクチン(予防接種)は行っていますか？

1. 混合ワクチン 接種済み(種類 )・未接種・不明  
前回の接種はいつ頃ですか？( 年 月)・不明

● ノミ・ダニの予防は行っていますか？

はい(薬剤名 )・いいえ・不明

● 過去に猫エイズ、猫白血病などのウイルス検査を受けたことはありますか？

ある(結果 )・なし・不明

● 普段何を食べていますか？

療法食・市販品(商品名 )・手作り・その他( )

● 今まで注射や内服薬などで副反応を起こしたことはありますか？

ある(薬剤名 )・ない・不明

● これまで病気にかかったことはありますか？(交通事故・ケガ等も含めて)

ある(内容 )・ない・不明

● 現在治療中の病気や服用中の薬などがあればご記入下さい。

● ペット保険に加入されていますか？

はい(保険会社名 )・いいえ

● 本日はどのような症状でご来院なさいましたか？

● 当院をどのような方法でお知りになりましたか？

看板・電話帳・知人の紹介・かつて来院したことがある・インターネット等・その他( )

※ 問診表に記入された個人情報の取り扱い、当院の「個人情報取り扱い規則」に則り、適正に管理します。 あさか動物病院 院長

ASAKADAI ANIMAL MEDICAL CENTER 351-0022 埼玉県朝霞市東弁財3丁目16-13 ● TEL 048-460-5522  
 TSURUSE ANIMAL CARE CENTER 354-0021 埼玉県富士見市鶴馬3507-7 ● TEL 049-251-9882