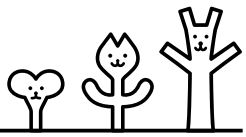
新患問診票［猫用］　　年　　月　　日



● 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（　　）

※ 問診票に記入された個人情報の取り扱いは、当院の「個人情報取り扱い規則」に則り、適正に管理します。 あさか台どうぶつ医療センター　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