

# 問診票

年 月 日

フリガナ	
飼い主様氏名	
住所	〒 _____ 市 _____ 区
電話番号	
緊急連絡先	
職業	
知ったきっかけ	

フリガナ		お家に来た時期・年齢	
ペットの名前			
品種		毛色	
年齢	歳( 年 月 日) ・ 不明		
性別	オス	去勢オス	メス 避妊メス
マイクロチップ	無 有 番号:		
動物保険	無 有 保険名:		

①本日の来院理由(具体的に記入お願い致します)

--

②症状はいつからですか？

--

③以前にも同じ様な症状が出たことはありますか？

無 有:
------

④その症状で治療またはお薬の処方がありましたか？

無 有:
------

⑤治療で改善はみられましたか？

無 有:
------

⑥今まで手術をしたことはありますか？

無 有:
------

⑦今まで注射やお薬であわなかったものはありますか？

無 有:薬剤名
---------

⑧現在、お薬やサプリメントなどは服用していますか？

無 有:薬剤名
---------

# ねこちゃんについてお聞きします

①飼育環境を教えてください。

屋内飼育 屋外飼育 両方 ベランダなどには出る

②購入場所はどこですか？

ショップ ブリーダー ノラ(保護) 知人から

③どのような物を食べていますか？

・ドライフード:商品名

・缶詰, パウチ:商品名

・療法食:商品名

・おやつ, 人の食べ物:

④お食事に何かトッピングはしていますか？

無 有:

⑤お食事のアレルギーはありますか？

無 有:

⑥他に動物は飼っていますか？

無 有:

⑦猫エイズ・猫白血病などのウイルス検査はしていますか？

いいえ はい 検査した年: 年頃 陰性・陽性

⑧混合ワクチンは接種していますか？

いいえ はい 最終接種日: 年 月 日

ワクチンの種類: 種

⑨フィラリアの予防はしていますか？

いいえ はい 最終投与日: 年 月 日

薬剤名:

⑩ノミ・マダニの予防はしていますか？

いいえ はい 最終投与日: 年 月 日

薬剤名:

※獣医師記入欄

NO.

BW:

T:

P:

R:

処方