はじめて来院された方へ
下記の質問になるべく詳しくお答えください

問診票・猫

年　　月　　日

● 飼主様情報

フリガナ 飼い主様のお名前	様		
ご住所	〒　　ー		
電話番号 [自宅]	(　　)　　ー	その他連絡先	(　　)　　ー
電話番号 [携帯]	(　　)　　ー	e-mail	
お勤め先		電話番号	(　　)　　ー
業種			

ペットの医療の上で何か決断をしていただく場合、どなたがその決定をなさいますか
☐ ご本人　　☐ その他(お名前　　)

当院をどちらでおしりになりましたか？
a. 電話(電話帳)　b. 病院を直接みて　c. 看板　d. ホームページ　e. Calooペット等の検索サイト
f. SNS　g. 知人の紹介(　　様)

● 患者情報

お名前	ちゃん	生年月日	年　　月　　日(約　　歳)
品種		毛色	
性別	☐ オス　☐ メス　☐ 不明 去勢・避妊手術は受けてますか：☐ 受けている(　　年　　月)　☐ 受けていない　☐ 不明		
飼育開始	年　　月　　日から		
入手方法	☐ 購入　→ペットショップ名　またはブリーダー名：＿＿＿＿＿＿より ☐ 譲渡　→お名前＿＿＿＿＿＿様より　☐ 自宅で生まれた　☐ 保護した		
ペット保険	☐ 加入している(保険会社名：　　)　☐ 加入していない		
飼育場所	☐ 完全室内のみ　☐ 完全屋外　☐ 屋内外自由　☐ その他(　　)		
その他の飼育動物	☐ いない　☐ いる (犬＿＿＿頭 ／ 猫＿＿＿頭 ／ その他　　)		
食事はいつも何を与えていますか	☐ 市販 (缶詰・ドライ・その他) → 商品名 (　　) ☐ 自家製ごはん　☐ 処方食 (　　)		
ワクチン接種は受けていますか	☐ はい　→種類は？ ☐ 混合ワクチン(　　種)→ いつ頃？(　　年　　月) ☐ 猫白血病ワクチン　→ いつ頃？(　　年　　月) ☐ いいえ　※すべて、最終の接種日をご記入ください		
ウイルス検査をしたことはありますか？	☐ はい　→ 結果 ： 猫エイズ/FIV(陽性 ・ 陰性) ☐ いいえ　猫白血病/FeLV(陽性 ・ 陰性)		
今までに病気の治療したことはありますか	☐ はい　→ いつ頃、どんな？(　　) ☐ いいえ		

● 本日の診療の目的について、ご記入下さい

☐ ワクチン等の予防　☐ 健康診断　☐ 去勢・避妊手術　☐ セカンドオピニオン　☐ その他

その他、身体の具合が悪い場合には、できるだけ詳しくご記入ください

当院は個人情報保護法に基づき、ここに記載された個人情報を適切に管理し、医療目的のみに利用するとともに、本人の事前同意なしには目的外の使用や第三者への提供などはいたしません。尚、利用目的の範囲内で、当院から本人に文章などを送付することを予めご了承下さい。
当院からの文章送付に関して、不都合が在る方は受付までご連絡下さい。