

初診 20 年 月 日

カルテ番号

飼い主様	ふりがな 氏名	電話番号 自宅 携帯	
	ご住所 〒	ご職業	
動物について	ふりがな 名前	動物種 ネコ	品種
	生年月日 年 月 日 (初診時年齢 歳 ヶ月)	性別 雄 去勢雄 (才頃) 雌 避妊雌 (才頃)	
	生活環境 室内 室外 室内外	食事 キャットフード・缶詰 商品名	
	入手方法 購入・譲り受けた・保護した 自宅で生まれた	ウイルス検査：行っていない FIV (ネコエイズウイルス) 陰性・陽性 FeLV (ネコ白血病ウイルス) 陰性・陽性	
	同居動物		
	ペット保険に加入されていますか？ <input type="checkbox"/> はい (保険会社名) <input type="checkbox"/> いいえ		
マイクロチップID:			

Year	Vac	FIV Vac	F予防	ノミ・ダニ 予防	Year	Vac	FIV Vac	F予防	ノミ・ダニ 予防

[今日はどうされましたか？]

- ①具合が悪い
(いつ頃から？どんな症状ですか？)

[今まで病気や怪我をしたことはありますか？]

- ①いいえ
②はい (具体的に記入下さい)

- ②予防接種
③避妊・去勢手術の相談
④健康診断
⑤その他 (具体的に記入ください)

[ワクチン・注射・内服薬等で
具合が悪くなったことがありますか？]

- ①いいえ
②はい (具体的に記入ください)

[当院を何でお知りになりましたか？]

- ①ご紹介 _____ 様 _____ ちゃん
②ご近所・通りがかり
③ホームページ、FB 等
④その他

[病院からハガキをお送りしてよろしいでしょうか？] はい いいえ