

年 月 日

オハナペットクリニック 初診問診票 【ネコちゃん】

◎飼い主様について

フリガナ	フリガナ
お名前	ご住所 〒
電話番号：	携帯番号：
ご職業：	Email アドレス：

◎ネコちゃんについて 該当項目に○をつけてください。（複数可）

お名前	猫種：	毛色：
生年月日 西暦 年 月 日 (歳 ヶ月)	性別 男の子 女の子 去勢済 避妊済	

●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 ●マイクロチップは入っていますか？ ・はい ・いいえ
--

●他に一緒に暮らしているペットはいますか？ ・はい→動物種 () ・いいえ ●どんな生活環境ですか？ ・主に屋外 ・主に屋内 ・内外半々
--

●ごはんについて ・市販（ドライ・缶詰・その他） ・病院食（療法食） ・手作りごはん ・その他 ●商品名 () ●ご飯は1日何回ですか？ ・1日1回 ・1日2回 ・1日3回 ・その他

裏面のご記入もお願いします。→

◎予防について

- ワクチン接種はしていますか？ ・はい ・いいえ ・不明
→ () 種ワクチン いつ頃？ (西暦 年 月頃)
- ノミ・ダニの予防はしていますか？ ・はい ・いいえ
→最終投薬期間 (西暦 年 月～ 月まで)

- 本日のご来院理由は？ ・健康診断 ・混合ワクチン ・具合が悪い
※ご相談・症状など具体的にご記入ください。

- 今までに病気の治療をしましたか？ ・いいえ ・はい→いつ頃 どのような？
- 現在飲まれているお薬はありますか？ ・いいえ ・はい→薬剤名

- 注射やお薬で副反応を起こしたことは？ ・ない
・ある→薬剤名 () 症状 ()

- 診療に関してご希望があればご記入ください。

- 当院をどのような方法で知りましたか？
・広告 ・看板 ・インターネット ・知人の紹介 (様)
・その他 ()

◎DM について

予防や健康診断等の案内はがきを希望されない方はチェックをしてください。□