新患問診票〈猫用〉　　年　　月　　日

■飼い主様のお名前:※振り仮名もお書き添えください

■ご住所:〒

■ご自宅電話番号:(　　)　　ー

■緊急連絡先:(　　)　　ー

■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がありますか？

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ください

■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？

ふくふく動物病院　〒754-1277 山口市阿知須岩倉上 1079-1　TEL 0836-65-1468