



言葉が話せない患者さんに代わってお答え下さい



患い主様の <small>ふりがな</small> お名前	ご住所 〒
TEL	携帯電話その他の連絡先

ねこちゃんのお名前	品種	毛色	性別 (○印) オス ・ メス 去勢 ・ 避妊	生年月日 年 月 日 (才 ヶ月)
飼育開始日	年 月 日			

当てはまる番号に○をしてください

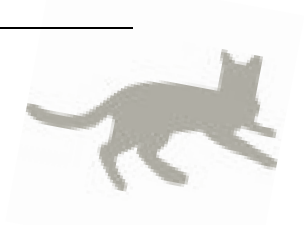
●本日のご来院は？

- 1.具合が悪そうだから いつから？ _____
 どこが悪そうですか？ _____
 どんな症状ですか？ _____

2.健康チェック・相談

3.ワクチン

4.その他 ()



●いつもの生活環境はどこですか？

- 1.室内 2.ケージ 3.庭で放し飼い 4.庭の犬舎 5.その他 ()

●入手方法は？

- 1.買った 2.もらった 3.自宅で生まれた 4.拾った 5.いつのまにか住みついた

●ワクチン接種はしていますか？

<混合ワクチン>

- 1.はい (年 月 日頃 種混合)

↳証明書はお持ちですか？

- 【1.はい 2.いいえ 3.今持っていない】

2.いいえ

3.わからない



●いつもの食事は？

1.ドライフード → (メーカー又は商品名)

2.缶詰 → (メーカー又は商品名)

3.人の食べ物 (具体的に) _____

4.その他・おやつ等 (具体的に) _____

●今までに病気やケガ、手術などで病院にかかったことはありますか？

1.はい → (具体的に) _____

2.いいえ

●今までに注射や飲み薬などで異常がでたことがありますか？

1.はい → (具体的に) _____

2.いいえ

●その他、診察前に伝えておきたいことがあればお書き下さい

