



■飼い主様について

フリガナ	
氏名	様
職業	
住所	〒 -
電話	()
携帯電話	()

■動物について

お名前	ちゃん		
性別	オス ・ メス 去勢・避妊手術はしていますか？ はい・いいえ		
品種		毛色	
生年月日	年	月	日
飼い始めた日	年	月	日
購入先	ペットショップ() ブリーダー・自家繁殖・知人から・保護		

①今日はどうなさいましたか？

☐ 具合が悪い ☐ いつから？

☐ どんな症状？

☐ 健康診断

☐ ワクチン

②混合ワクチンは受けていますか？

はい ・ いいえ

() 種混合ワクチン 接種日： 年 月 日

③免疫不全ウイルス・白血病ウイルスの検査をした事がありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 → ☐ 免疫不全ウイルス・陽性 ☐ 白血病ウイルス・陽性 ☐ 陰性

④いつもいる場所はどこですか？

☐ 室内 ☐ 屋外 ☐ 両方

⑤いつも食べているものは何ですか？

☐ ドライフード ☐ 缶詰 ☐ その他()

⑥今までに大きな怪我や病気をしたことがありますか？

はい ・ いいえ

病名：

時期：

⑦今までに注射や投薬などで異常が認められたことはありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方は具体的に

⑧動物保険に加入していますか？

☐ アニコム ☐ アイペット ☐ その他 ☐ いいえ

⑨同居動物はいますか？

『はい』の方 → 動物種() 頭数(頭)

⑩猫ちゃんを飼うのは初めてですか？

はい ・ いいえ

⑪本日の来院理由以外に、日頃から気になっていることやご質問はございますか？

●最後に、当院を何でお知りになりましたか？

☐ インターネット ☐ 通りがかり ☐ 紹介(様 ちゃん)

病院からのLINEにてお知らせをお送り致します。よろしければQRコード・IDよりご登録ください。



ご記入ありがとうございました。受付にお渡しく下さい。

LINE ID @mui3808x

ご記入いただきました個人情報診察のためにのみ使用し、法令その他の規範を遵守致します。

奏の杜どうぶつ病院

年 月 日【カルテ № 】