

初診カード

カルテNo. (スタッフ記入欄) _____

★言葉が話せない患者さんに代わってご記入下さい。

年 月 日

ふりがな	
飼い主名	
住所 (〒)	
電話番号	自宅
	携帯
動物種	犬 ・ 猫
品種 ()	呼び名 ()
性別 公 双	生年月日 西暦 年 月 日
本日の来院は？ ① 具合が悪そう ② ワクチン・予防 ③ 健康チェック・相談 いつから、どんな症状ですか？	
今後、健康管理についてのダイレクトメールをお送りしてもよろしいですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ご紹介者名	

飼い主様名

ネコちゃん名

年 月 日



はじめまして、あなたの大切な猫ちゃんを診察させていただく機会を与えてくださった事を感謝いたします。 よりよい診察が出来ますよういくつかの質問をさせていただきます。

該当する□に印をお付けください。

*猫ちゃんの入手方法について

- ペットショップで購入 ノラ猫を保護した 知人の飼い猫だった
 その他 (_____)

*お食事について (当てはまる物全てに印をつけてください)

・ 回数

- 1日1回 1日2回 それ以上
 いつでも食べられるように置いておく

・ 内容

- 乾燥フード 缶づめ 人間の食べ物
 その他 (具体的には? _____)

*飼育環境について

- 室内のみ 室内と屋外を自由に出入りしている ほとんど屋外

*避妊・去勢手術をしましたか?

- はい いいえ 不明

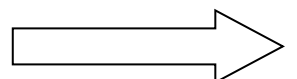
*過去に大きな手術を受けたり、重い病気にかかった経験がありますか?

- ある(____頃 ・ 具体的には? _____)
 ない

*今までに輸血をしたことがありますか?

- ある (具体的には? _____)
 ない

裏へ



*特異体質や薬の過敏性がありますか？

ある（具体的には？_____） ない

*検便はしたことがありますか？

ある（_____頃） ない

*ワクチン接種について

毎年受けている かつて受けたことがある（_____頃）
 一度も受けたことない

*ウィルス検査を受けたことがありますか？

ある（_____頃） ない

*ウィルス検査の結果をご存知の場合は記入してください

FeLv（猫白血病） 【 陽性 ・ 陰性 】
 FIV（猫免疫不全） 【 陽性 ・ 陰性 】
 FIP（猫伝染性腹膜炎） 【 抗体価_____ 】

*ノミ予防はしていますか？

はい いいえ 不明

*他に飼っている生き物がいたら教えてください

犬__匹 猫__匹
 その他（鳥 うさぎ 小動物 ハムスター 魚 ハ虫類 ）

*かかりつけの動物病院がありますか？

あり（名前_____） なし

*私たちの病院にいらっしゃったきっかけを教えてください

病院の近くに住んでいる お知り合いの紹介（_____さん）
 インターネット 電話帳 その他（_____）



ご協力どうもありがとうございました。
スタッフ一同、責任をもってお世話させていただきます。



アニマル・ライフ・サポート