



【飼い主様】

言葉の話しえない愛猫に代わってご記入ねがいます

|     |      |     |     |       |   |    |                   |
|-----|------|-----|-----|-------|---|----|-------------------|
| お名前 | フリガナ | ご住所 | 〒   | 勤務先   |   |    |                   |
|     |      |     |     |       |   |    |                   |
| 電話  | -    | -   | 緊急時 | -     | - | 紹介 | ホームページ・ご紹介 ( )    |
|     | -    | -   | 連絡先 | mail: | @ |    | 電話帳・通りがかり・その他 ( ) |

【愛猫】

|    |                |    |        |         |      |        |
|----|----------------|----|--------|---------|------|--------|
| 名前 |                | 品種 | 毛色 ( ) | オス・メス   | 生年月日 | 年 月 日頃 |
| 保険 | 未加入・加入 (会社名: ) |    |        | 去勢済・避妊済 | 飼育開始 | 年 月 日頃 |

🐾 おもに生活している場所は？ ①室内 ②ケージ ③おもに室内(外出自由) ④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いつの間にか住みついた

🐾 他に動物を飼っていますか？ ①はい (犬 匹・猫 匹・その他 匹) ②いいえ

🐾 本日の来院理由は？ ①ワクチン接種 ②健康チェック ③相談・セカンドオピニオン

④具合が悪そうだから ➡

|             |                               |                                |                                  |                             |
|-------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| どこがおかしいですか？ | <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 元気がない | <input type="checkbox"/> 呼吸・咳    | <input type="checkbox"/> 尿  |
|             | <input type="checkbox"/> 便秘   | <input type="checkbox"/> 嘔吐    | <input type="checkbox"/> 眼       | <input type="checkbox"/> 鼻  |
|             | <input type="checkbox"/> 咽喉   | <input type="checkbox"/> 口腔    | <input type="checkbox"/> 耳       | <input type="checkbox"/> 皮膚 |
|             | <input type="checkbox"/> 歩行   | <input type="checkbox"/> 行動    | <input type="checkbox"/> しこり     | <input type="checkbox"/> 外傷 |
|             | <input type="checkbox"/> 寄生虫  | <input type="checkbox"/> 妊娠    | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                             |
| どんな症状ですか？   |                               |                                |                                  |                             |
| いつ頃からですか？   |                               |                                |                                  |                             |

🐾 ワクチンは接種してありますか？

①はい ➡

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ( ) 種混合 ( 年 月頃) |  |   |
| ②いいえ                                     | <input type="checkbox"/> 猫免疫不全ウイルス ( 年 月頃)     | <input type="checkbox"/> 猫白血病ウイルス ( 年 月頃) |
|  | <input type="checkbox"/> その他 (ワクチン名: ) ( 年 月頃) | <input type="checkbox"/> 不明               |

🐾 感染症検査を受けたことがありますか？

①はい ➡

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 猫白血病ウイルス感染症 (陽性 陰性) | <input type="checkbox"/> 猫免疫不全ウイルス感染症 (陽性 陰性) |
| ②いいえ   | 検査時期 年 月                                      |

🐾 マダニ・ノミの予防をしていますか？

①はい ➡

|                                 |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 動物病院の薬 | <input type="checkbox"/> 市販薬 |
| ②いいえ                            | (製品名 )                       |

🐾 いつも食べているものは？

①猫用缶詰 メーカー又は商品名【 】

②猫用ドライフード メーカー又は商品名【 】

③自家製 具体的に【 】

④猫用おやつ メーカー又は商品名【 】

🐾 今までに病気や手術をうけたり、現在治療中の病気がありますか？

( 年 月頃)

🐾 今までに注射などでショックなどの異常がみられたことがありますか？

①はい ➡

|              |
|--------------|
| どんな事がありましたか？ |
| ②いいえ         |

🐾 その他、心配なことやお気付きの点がございましたらご自由にご記入ください。(例：性格など)

ご協力ありがとうございました。