



フリガナ		フリガナ	
飼い主様のお名前		ご住所	〒(_____)
電話	_____	携帯電話	_____

当院からワクチンなどのお知らせをご希望でない場合は○をしてください。 希望しない

ネコちゃんのお名前		品種	
生年月日	_____年 _____月 _____日	飼育開始日	_____年 _____月頃
年齢	_____才 _____ヶ月	性別	オス・メス
保険	未加入・加入 (保険名: _____)		
マイクロチップ	無・有 (No. _____)		

- どのようにお迎えしましたか？ ①買った ②もらった ③自宅で生まれた ④拾った ⑤その他
- いつも過ごしている場所は？ ①室内 ②室内(外出自由) ③室外 ④その他
- 同居の動物はいますか？ はい(犬 頭・猫 頭・その他 頭)・いいえ
- いつもの食事は？ ①ドライフード(商品名 _____) ②缶詰(商品名 _____) ③人と同じもの(具体的に _____) ④その他(具体的に _____)

5. ワクチンは接種していますか？

- ①はい → a.混合ワクチン(_____)種混合(_____年 _____月頃)
 ②いいえ b.猫免疫不全ウイルスFIV(_____年 _____月頃)
 c.猫白血病ウイルスFeLV(_____年 _____月頃)
 c.その他(_____)
 d.分からない

6. 不妊手術(去勢・避妊)はしていますか？ はい(_____年 _____月頃)・いいえ

7. 過去にウイルス検査をしていますか？

- ①はい → a.猫免疫不全ウイルスFIV(_____年 _____月頃)
 ②いいえ b.猫白血病ウイルスFeLV(_____年 _____月頃)

8. ノミ・ダニ予防はしていますか？ はい・いいえ

9. 今までに病気やけがをしたことがありますか？

- ①はい → _____年 _____月頃 どんな病気・けがですか？
 ②いいえ

10. 今まで注射やお薬などで副作用・アレルギー・ショックなどの異常が見られたことはありますか？

- ①はい → _____年 _____月頃 どんな症状ですか？
 ②いいえ

11. 本日はどうされましたか？

- ①具合が悪そう → いつ頃からですか
 ②健康チェック・相談 → どこが悪そうですか
 ③ワクチン接種 → どんな症状ですか

12. その他、不安なことや心配なこと、お気づきの点がございましたらご自由にご記入ください。

例:食事のアレルギー、性格など