

★CAT

■ 飼い主様について

年	月	日	カルテNo.
---	---	---	--------

お名前 フリガナ ()	電話番号 (自宅、携帯すべてを優先順にご記入ください) 優先① () ② () ③ () ④ ()
--------------	---

ご住所 〒

メールアドレス

■ ペットについて

お名前	品種	ペット保険 (○印)	性別 (○印)	生年月日 (年齢)	性格 (番号に○印)
		加入 未加入	オス (去勢未) オス (去勢済) メス (避妊未) メス (避妊済)	年 月 日 才	① おとなしい~普通 ② 神経質 ③ 攻撃的

〔今日はどうなさいましたか〕

〔どのような経緯でご自宅に来ましたか (○印)〕

- ・購入
- ・保護した
- ・譲り受けた

〔継続治療が必要な場合についてご希望を教えてください
下記のいずれかに○をつけてください〕

〔定期的な混合ワクチンの接種はしていますか〕

<最終接種日 年 月 日>

- ① 毎年している
- ② 最近受けていない
- ③ 受けた事がない・わからない

① かかりつけ病院での継続治療を希望する

*担当獣医師の指名は出来ません。
*本日の検査所見や治療内容をまとめたお手紙をお渡しする事が出来ますが

【 手紙を希望する ・ 希望しない 】
(別途、文書代1,500円が必要になります
準備の為、診察後に少しお時間を頂きます)
ご希望の場合はかかりつけ病院名を教えてください

(かかりつけ病院名)

〔注射後にアレルギー症状がでたことがありますか〕

①ない ②ある (何の注射ですか)

② かかりつけ病院が特に決まっていない為、相談したい

〔定期的なノミ予防をしていますか〕

- ① 動物病院で購入した (スポット薬、内服薬)
- ② ペットショップなどで購入した製品
- ③ 何もしていない ・ わからない

③ ガーデン動物病院での継続治療を希望する

〔ネコ免疫不全ウイルス (FIV)、ネコ白血病ウイルス (FeLV) の検査を受けた事がありますか? (○印)〕

- ・ ある
結果 FIV (陽性・陰性) FeLV (陽性・陰性)
- ・ ない

〔現在治療中であれば治療内容などをご記入ください〕

〔他にペットはいますか 何頭いますか (○印)〕

① いいえ ・ ② はい (下記にご記入ください)
犬 頭 ・ 猫 頭 ・ 他 頭

〔過去に大きな病気などがあればご記入ください〕

〔当院をお知りになったきっかけは? (複数回答可)〕

- ① ご紹介 様 ちゃん
- ② 近所・通りがかり ③ 電話帳 ④ 看板
- ⑤ インターネット (HP)
- ⑥ インターネット (検索サイト)
- ⑦ 動物病院からの紹介 (動物病院)
- ⑧ その他 ()

〔いつも食べているものを教えてください (○印)〕

ドライフード ・ 缶詰 ・ その他
(銘柄、内容)

〔生活環境を教えてください (○印)〕

- ・ 室内
- ・ 屋外
- ・ 室内と屋外を出入りする

ご協力ありがとうございました。