東京猫医療センター　初診時問診票　No.＿＿＿＿＿＿　＿＿＿年＿＿月＿＿日

フリガナ
飼い主様のお名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ご住所 〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お電話（自宅）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　お電話（携帯）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E-mail ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ご職業 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ
猫ちゃんのお名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　品種 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　毛色＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　性別　オス　去勢済みオス　メス　避妊済みメス
飼い始めた日　西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　同居動物　無　有（　猫　　匹／その他の動物　　）

◉本日はどうされましたか？　①具合が悪い（具体的に）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
②病気の相談がしたい　③セカンドオピニオン
④健康診断　⑤ワクチン・予防　⑥去勢・避妊手術について
※④⑤⑥で初めてご来院の方　獣医師の指名　a.あり　（別途指名料がかかります）　b.なし

◉普段の生活環境　①室内のみ　②ベランダは出る　③散歩に外出する　④出入り自由　⑤屋外で生活　⑥飼っている訳ではない
（　　）分/時間

◉食事内容（商品名）　①ドライフードのみ（　　）　②ドライ＆ウエットフード（　　）
③ウエットフードのみ（　　）　④キャットフード以外（　　）

◉おやつ（商品名）　①あげていない　②あげている（　　）

◉どういう経緯でお家に来ましたか？　①買った：ショップ/ブリーダー名（　　）　②もらった　③自宅で生まれた　④拾った

◉ワクチンは接種していますか？　①3種混合　②白血病ワクチン　③猫エイズワクチン　④接種したがわからない　⑤未接種

◉最後にワクチンは接種したのはいつですか？　①西暦＿＿＿＿年＿月＿日　②だいたい＿＿年前

◉ノミとフィラリアの予防をしていますか？　①両方している。　②ノミのみ　③フィラリアのみ　④両方してないない

◉ワクチンや薬で副作用が出た事がありますか？　①ない　②ある（薬品名と具体的な症状）＿＿＿＿＿＿＿＿

◉いままでに大きな病気や怪我をしましたか？　①ない　②ある（具体的な症状）＿＿＿＿＿＿＿＿

◉当院をどうやってお知りになりましたか？　①ご紹介　様　ちゃん　②当院ホームページ
③通りがかった　④その他（雑誌＿＿＿＿＿＿、facebook 、twitter、ブログ）

◉今後、病院から予防や案内のお知らせを出してもよいでしょうか？　①はい（郵便　e-mail）　②いいえ

◉ご関心がある事をお聞かせ下さい。 複数回答可

①予防医療
A ワクチン
B ノミ・ダニ
C フィラリア
D 健康診断
E その他（　　）

②避妊・去勢手術

③お食事やおやつ
内容（　　）

④ダイエット
内容（　　）

⑤ハミガキ
内容（　　）

⑥その他
内容（　　）

◉猫ちゃんがお家に来た時の経緯や自慢などを教えて下さい。

◉治療や処置などでご希望があれば教えて下さい。複数回答可
①：なるべく短い時間・通院回数で病気を治す事を最優先にしたい。

②：治療内容・治療費に関しては事前に詳しく説明してもらいたい。

③：病気の治療だけでなく、健康チェックもしてもらいたい。

④：できる限り最先端の治療をしてもらいたい。

⑤：病気の治療だけでなく予防に関する情報も詳しく知りたい。

☆その他ご希望があればお書き下さい。

◉ご協力ありがとうございました。