



お名前（ふりがな）：	
〒 - /ご住所：	
連絡先：電話番号①	携帯電話・ご自宅・その他（ ）
電話番号②	携帯電話・ご自宅・その他（ ）
Email	
ご職業：	勤務先：
動物名（ふりがな）：	♀・♂（避妊済・去勢済）手術実施日 年 月 日
猫種：	毛色： 生年月日：西暦 年 月 日（歳）

あてはまる項目にチェックをつけてください

1. お家に迎えた経緯を教えてください？  
 ペットショップ  ブリーダー  譲り受けた  拾った  その他（ \_\_\_\_\_ ）
2. いつ頃から飼育していますか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月から
3. ワクチン接種はうけていますか？  
 受けていない  受けている（ \_\_\_\_ 種混合ワクチン）
4. フィラリアの予防はしていますか？  
 していない  している（ 錠剤  滴下剤  その他 \_\_\_\_\_ ）
5. ノミ・マダニの予防はしていますか？  
 していない  している（ 滴下剤  その他 \_\_\_\_\_ ）
6. 飼育環境もついて教えてください。  
 屋内  屋外
7. 食事について教えてください。  
 ドライ  ウェット  手作り  おやつ  
 商品名（ \_\_\_\_\_ ）
8. どのような性格の子ですか？  
 フレンドリー  おとなしい  活発  甘えん坊  人見知り  怒りっぽい  他の人や動物が苦手
9. トイレについて教えてください。  
 システムトイレ  ペットシートを使用  トイレ砂を使用（固まる砂・システムトイレ用の砂）  
 屋根がある  その他（ \_\_\_\_\_ ）
10. 体の大きさにくらべ、トイレのサイズは？  大きい  同じくらい  小さい
11. トイレは何個ありますか？ \_\_\_\_\_ 個
12. 他に動物はいますか？  犬  猫  その他（ \_\_\_\_\_ ）
13. 今までにケガや病気はありますか？  
 ない  ある →（いつ頃どのような病気をしましたか？ \_\_\_\_\_ ）
14. 今までワクチンやお薬で具合が悪くしたことはありますか？  
 ない  ある →（ \_\_\_\_\_ ）
15. ウイルス検査を受けたことはありますか？  ない  ある（ どちらも陰性  猫エイズ陽性  猫白血病陽性）
16. 当院を何で知りましたか？  
 通りかかった  ホームページ  看板  広告  紹介（紹介者： \_\_\_\_\_ ）  その他 \_\_\_\_\_
17. 差し支えなければお名前の由来を教えてください（ \_\_\_\_\_ ）
18. ペット保険へ加入していますか？  なし  アニコム  アイペット  その他（ \_\_\_\_\_ ）

• 本日はどうされましたか？

- 予防（ ワクチン  フィラリア  ノミ・マダニ）  健康診断  不妊手術の相談  具合が悪い  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

• 下記の症状であてはまる項目にチェックをつけてください

- 目（白い・赤い・目やに）  皮膚（かゆみ・脱毛）  耳  お腹（下痢・嘔吐・便秘）  
 食べない（いつもの食欲を100%とすると \_\_\_\_ %）  食べ方がおかしい  痩せてきた  元気がない  
 咳  鼻水  くしゃみ  痛みがある  しこりがある  おしっこ（頻尿・血尿・でない・尿もれ）  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

• 検査、治療について

- 必要な検査はすべて行いたい  検査と費用を相談して決めたい  検査はあまり望まない

• 具合が悪い場合いつからどのような様子が詳しく記入してください