

問 診 票

◆ねこちゃんの予防に関してお聞きします

ねこちゃんのお名前：

混合ワクチン接種に関して	混合ワクチン接種は受けていますか？ <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 4種 <input type="checkbox"/> 5種（最終接種時期： 年 月頃） <input type="checkbox"/> 接種していない
猫白血病ワクチンに関して	猫白血病ワクチン接種は受けていますか？ <input type="checkbox"/> 接種している（最終接種時期： 年 月頃） <input type="checkbox"/> 接種していない
ウイルス検査に関して	ウイルス検査をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 猫白血病 <input type="checkbox"/> 猫エイズウイルス（最終検査時期： 年 月頃） <input type="checkbox"/> 検査していない
フィラリア予防に関して	フィラリア予防はどうされていますか？ <input type="checkbox"/> 予防している（お薬の種類： ） <input type="checkbox"/> 予防していない
ノミ・ダニ予防に関して	ノミ・ダニ予防はしていますか？ <input type="checkbox"/> 予防している（お薬の種類： ） <input type="checkbox"/> 予防していない

◆その他

◆どんな食事をしていますか？ <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェット・缶詰 <input type="checkbox"/> 手作食 <input type="checkbox"/> 人間の食べ物 特に好きな食べ物はなんですか？（ ）
◆いつも居る場所はどこですか？ <input type="checkbox"/> 完全室内 <input type="checkbox"/> 室内のケージ <input type="checkbox"/> 外出自由 <input type="checkbox"/> 外飼い <input type="checkbox"/> その他（ ）
◆過去に大きな病気や怪我をしたり、現在病気や怪我はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい --- 具体的に
◆当院をどこでお知りでしたか？ <input type="checkbox"/> 知人の紹介（紹介者のお名前： ） <input type="checkbox"/> 新聞折込チラシ <input type="checkbox"/> 散歩中配布チラシ <input type="checkbox"/> ポスティングチラシ <input type="checkbox"/> 当院看板&ポスター <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> EPARK <input type="checkbox"/> その他（ ）
◆当院から予防やセミナー案内などのDMを送付させていただいてもよろしいですか？ <input type="checkbox"/> はい（ <input type="checkbox"/> 登録メールアドレスに送信 <input type="checkbox"/> その他のアドレス（ ）） <input type="checkbox"/> いいえ