

初診問診表

※初診の方は受付終了
30分前までに御来院下さい。

○言葉が話せない患者さんに代わってお答え下さい。

お分かりになる範囲で結構です。

飼い主様 フリガナ	〒
お名前	ご住所
電話 自宅	ご家族 人 (内12才以下 人)
番号 携帯	ご職業

患者様 お名前	
種類 <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> ウサギ <input type="checkbox"/> ハムスター <input type="checkbox"/> フェレット <input type="checkbox"/> その他 ()	性別 <input type="checkbox"/> オス 去勢 → <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> メス 避妊 → <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 女の子のみ (最後の発情は? 年 月頃)
品種 ()	
お誕生日 年 月 日	性格 <input type="checkbox"/> 大人しい <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 嘔む事あり <input type="checkbox"/> その他 ()
飼い始めた日 年 月 日	入手方法 <input type="checkbox"/> 購入 (ショップ名など) <input type="checkbox"/> 貰った <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> その他 ()
いつも暮らしている場所 <input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他 ()	いつも食べているフード <input type="checkbox"/> ドライフード → 品名 () <input type="checkbox"/> 缶詰 → 品名 () <input type="checkbox"/> 人の食べ物 <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> その他 ()
他に飼われている動物 (動物種と頭数をお書き下さい)	
●ワクチン接種はしていますか? ○混合ワクチン <input type="checkbox"/> はい (最後の接種日は? 年 月 日) <input type="checkbox"/> 時々している (最後の接種日は? 年前) <input type="checkbox"/> いいえ ○狂犬病ワクチン <input type="checkbox"/> はい (最後の接種日は? 年 月 日) <input type="checkbox"/> 時々している (最後の接種日は? 年前) <input type="checkbox"/> いいえ	●本日来院された理由は? <input type="checkbox"/> 具合が悪そうだから いつからですか? () どのような症状ですか? () <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> その他 ()
●フィラリア予防はしていますか? <input type="checkbox"/> はい (錠剤・おやつタイプ・滴下タイプ・注射) <input type="checkbox"/> いいえ	●今まで病気やケガをした事はありますか? <input type="checkbox"/> はい いつ頃どんな病気やケガをしましたか? () <input type="checkbox"/> いいえ
●ノミ予防はしていますか? <input type="checkbox"/> はい (動物病院のお薬・市販のお薬) (最後に予防されたのは? 年 月) <input type="checkbox"/> いいえ	●今まで注射やお薬で副作用が出た事がありますか? <input type="checkbox"/> はい いつ頃どんなお薬でどのような副作用が出ましたか? () <input type="checkbox"/> いいえ
●当院をどのようにお知りになりましたか? <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (様) <input type="checkbox"/> その他 ()	●ペット保険に入られていますか? <input type="checkbox"/> はい (会社名) <input type="checkbox"/> いいえ



当院が取得した個人情報は、以下の目的に利用させていただきます。
・飼い主様の同意の上、当院における予防医療等のご案内や診療内容の伝達を行うため。
・お客様の満足度向上策などの参考材料とするため。
・お客様からのお問い合わせへの迅速な対応、最適なサービスを行うため。
・法令の定め又は行政当局の通達・指導などに基づく対応を行うため。

ご協力ありがとうございました。

日付 年 月 日
カルテNO.