

問診票 (初診用)

カルテNO. _____

受付日 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

飼い主様のお名前	フリガナ	電話番号	通常時	
			緊急時	
ご住所	〒 _____			

ペット名	フリガナ	犬 猫 その他 ()	生年月日	西暦	年	月	日
				(満 歳)	□不明 (歳くらい)		
品種		毛色	性別	□オス □去勢済 □メス □避妊済			
マイクロチップ	□入れている (ID : _____) □入っていない □わからない						

飼育環境	□室内 □屋外 □両方		□単頭 □多頭 (犬 頭/猫 頭/その他)				
食事	□ドライ □缶詰 □半生 □手作り □その他 ()						
性格	□おとなしい □人懐っこい □神経質 □怖がり □咬む □暴れる □その他 ()						
アレルギーの有無	□ない □ある (食事 : _____ 注射・内服 : _____ その他 : _____)						
過去になった病気・持病	疾患名・投薬中の薬など						

狂犬病	□毎年 □毎年ではない (最終接種日 ____ 年 ____ 月 ____ 日) □してない □わからない						
混合ワクチン	□毎年 ____ 種 □したことがある (____ 種、最終接種日 ____ 年 ____ 月 ____ 日) □してない □わからない						
フィラリア	□毎年 □したことがある (最終投薬日 ____ 年 ____ 月 ____ 日) □してない □わからない 予防期間 ____ 月 ~ ____ 月 製品名 : _____						
ノミ・ダニ	□している □してない □わからない 製品名 : _____						

今日はどうされましたか?	症状・いつからなど						
その他気になることはありますか?	不安なことなどご自由にご記入ください						

当院からのお知らせ (DM) は希望されますか?	□希望する □希望しない		薬に関するご希望	□錠剤 □粉 □どちらでも □わからない □その他 ()			
--------------------------	--------------	--	----------	-------------------------------	--	--	--

皆様から提供いただいた個人情報は、医療提供するため以外で利用しません。
個人データは漏洩や盗難などから防止するよう管理し、個人情報を守ります。
法令の定める場合等を除き、飼い主様の許可なくその情報を第三者に提供いたしません。