

はじめて来院された方へ
下記の質問になるべく詳しくお答えください

問診票・犬

年 月 日

● 飼主様情報

フリガナ 飼主様のお名前				様
ご住所	〒 -			
電話番号	() -	[携帯]	() -	
お勤め先		電話番号	() -	
業種				
ペットの医療の上で何か決断をしていただく場合、どなたがその決定をなさいますか <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他(お名前)				
当院をどちらでおしりになりましたか? a. 電話(電話帳) b. 病院を直接みて c. 看板 d. ホームページ e. Calooペット等の検索サイト f. SNS g. 知人の紹介(様)				

● 患者情報

お名前	ちゃん	生年月日	年 月 日(約 歳)
品種		毛色	
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不明 去勢・避妊手術は受けてますか： <input type="checkbox"/> 受けている(年 月) <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 不明		
飼育開始	年 月 日から		
入手方法	<input type="checkbox"/> 購入 → ペットショップ名 またはブリーダー名： _____ より <input type="checkbox"/> 譲渡 → お名前 _____ 様より <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 保護した		
ペット保険	<input type="checkbox"/> 加入している(保険会社名： _____) <input type="checkbox"/> 加入していない		
飼育場所	<input type="checkbox"/> 完全室内のみ <input type="checkbox"/> 完全屋外 <input type="checkbox"/> 屋内外自由 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
その他の飼育動物	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(犬 _____ 頭 / 猫 _____ 頭 / その他 _____)		
食事はいつも何を与えていますか	<input type="checkbox"/> 市販(缶詰・ドライ・その他) → 商品名(_____) <input type="checkbox"/> 自家製ごはん <input type="checkbox"/> 処方食(_____)		
ワクチン接種は受けていますか	<input type="checkbox"/> はい → 種類は？ <input type="checkbox"/> 混合ワクチン(種) → いつ頃？(年 月) <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン → いつ頃？(年 月) <input type="checkbox"/> いいえ ※すべて、最終の接種日をご記入ください		
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 → 最後に予防したのはいつ頃ですか？ _____ 年 _____ 月 <input type="checkbox"/> 予防していない		
今までに病気の治療したことはありますか	<input type="checkbox"/> はい → いつ頃、どんな？(_____) <input type="checkbox"/> いいえ		

● 本日の診療の目的について、ご記入下さい

<input type="checkbox"/> ワクチン等の予防 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 去勢・避妊手術 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他 その他、身体の具合が悪い場合には、できるだけ詳しくご記入ください

当院は個人情報保護法に基づき、ここに記載された個人情報を適切に管理し、医療目的のみに利用するとともに、本人の事前同意なしには目的外の使用や第三者への提供などはいたしません。尚、利用目的の範囲内で、当院から本人に文章などを送付することを予めご了承下さい。当院からの文章送付に関して、不都合が在る方は受付までご連絡下さい。