

初診問診票

カルテNo.

かわいい患者さんに代わってお答えください。

年 月 日

カルテの作成および診察に必要な事をお伺い致します。
お分かりになる範囲で結構ですので、以下のご記入をお願い致します。

フリガナ		自宅電話番号	
飼主名		携帯電話	
住所	〒	緊急連絡先	

動物名	ちゃん	動物種	犬・猫・フェレット・ウサギ
性別	オス・メス・不明		ハムスター・鳥・その他()
去勢・避妊手術	している・していない	品種	毛色()
生年月日	年 月 日 生まれ()才	マイクロチップ	無・有(No.)
anicom損害保険などの保険に加入していますか?		<input type="checkbox"/> はい(保険名:) <input type="checkbox"/> いいえ	

ご来院の理由	<input type="checkbox"/> 病気() <input type="checkbox"/> 予防・その他()		
	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン()		
入手方法	<input type="checkbox"/> 買った <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた		
入手日と入手先	年 月 日	入手先()	
フード	<input type="checkbox"/> 1日 回 <input type="checkbox"/> 置きっぱなし → <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> 半生 <input type="checkbox"/> 人の食べ物 <input type="checkbox"/> その他		
	商品名など()		
飼っている場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> その他()		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ(シート・砂・その他) <input type="checkbox"/> 外(1日 回) <input type="checkbox"/> その他()		
過去の病気・ケガ	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
同居している動物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (犬 頭、猫 頭、その他)		
過去1年以内の 予防接種歴	狂犬病 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (最終接種日: 年 月 日)		混合ワクチン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (種、最終接種日: 年 月 日)
	フィラリア予防 <input type="checkbox"/> 毎年している(飲み薬・注射薬・塗り薬) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明		
当院をどのようにしてお知りになりましたか?(複数回答可能)			
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板を見た <input type="checkbox"/> 自宅が近所だから <input type="checkbox"/> 広告			
<input type="checkbox"/> ご紹介(ご紹介者:) <input type="checkbox"/> その他()			

ご協力ありがとうございました。

書き終わりましたら、受付に提出をお願いいたします。

小幡緑地どうぶつ病院