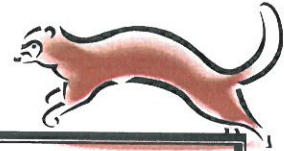


言葉が話せない患者さんに代わってお答え下さい。

※太枠内は必ずご記入ください。



フリガナ		☑ (自宅)	
飼い主様		(携帯)	
ご住所 〒			
お勤め先		(電話番号)	
ペットのお名前	生年月日	年	月 日
品種	性別	オス	・ メス
※ペット医療の上で重要な決断をして頂く場合、どなたがその決定をなさいますか。 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()	※当院を何で知りましたか？ <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知り合いから <input type="checkbox"/> 情報誌 <input type="checkbox"/> その他 ()		

- 入手方法は？ 購入 ・ もらった ・ 自宅で生まれた ・ 拾った
- 本日のご来院は？
 - ①具合が悪そうだから
→いつからですか？ _____
→どんな症状ですか？ _____
 - ②健康チェック・相談
 - ③予防注射（ワクチン）
 - ④その他 _____
- ワクチン接種はしていますか？ はい (Aジステンパー B 5種混合 Cその他)
いいえ ・ わからない
- フィラリア予防はしていますか？ はい ・ いいえ
- 避妊・去勢手術はしましたか？ はい (いつ頃 _____) ・ いいえ
- 肛門腺除去手術はしましたか？ はい (いつ頃 _____) ・ いいえ
- いつも何を食べさせていますか？ _____
- これまでに大きな病気やケガをしたことはありますか？
はい (_____) ・ いいえ

9. 今までに注射などで、ショックなど異常が見られたことはありますか？

はい()・ いいえ

ありがとうございました。受付にお渡しください。

※ 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、医療目的にのみ利用すると共に、本人の事前同意ないには、目的外の利用や第三者への提供などはいたしません。