

言葉が話せない患者さんに代わってお答え下さい。

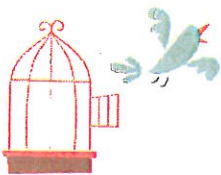
※ 太枠内は必ずご記入ください。



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 ()		

1. 入手方法は? 購入 ・ もらった ・ 自宅で生まれた

2. 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その他 _____



3. 便や尿の様子はどうですか? _____

4. いつも何を食べさせていますか? (思いつく限り全て書いて下さい)

5. 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

6. 手乗りですか? はい ・ いいえ

7. 室内放鳥をしていますか? はい ・ いいえ



8. 他に一緒に住んでいる鳥・動物はいますか?
はい ・ いいえ

※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、本人の事前同意なしには、目的外の利用や第三者への提供などは致しません。

