

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. 避妊・去勢手術はいましたか？ はい(いつ頃) ・ いいえ

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. 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



7. 性格は？
①触ったり抱いたりできる ②触れない ③あまり触ったことがない

※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。

