

NO.

問診票

年 月 日

飼い主様情報	フリガナ	姓	名	自宅電話		
	お名前			携帯電話		
	ご職業				緊急時の連絡先	
	ご住所	〒 -				

診察を受ける動物情報	動物種	イヌ ・ ネコ ・ フェレット ・ ハムスター ・ 他 ()			
	品種		生年月日	年 月 日 (歳)	
	動物の名前			毛色	
	性別	男の子 ・ 女の子	避妊・去勢	未 ・ 済	
	かかりつけ病院名	無 ・ 有 (病院名:)			
	マイクロチップ No.		加入動物保険社名		

●当院を知ったきっかけをお聞かせください。

・通りがかり ・ 広告 ・ 看板 ・ インターネット ・ 雑誌 ・ 他院からの紹介 ()
TV ・ トリミングサロンcocoe ・ 知人の紹介 (名前)

●今までのご通院歴をお聞かせください。

いつ頃ですか? ()
理由は? ()
現在の経過は? ()

●今までに注射や薬でショック症状などの異常がみられたことはございますか?

・いいえ
・はい⇒いつ頃ですか? ()
・どのような薬ですか? ()

●ワクチンを接種していますか?

・いいえ
・はい⇒犬 種混合ワクチン 最終接種日はいつ頃ですか?【 年 月 日 】
狂犬病 最終接種日はいつ頃ですか?【 年 月 日 】
・猫 種混合ワクチン / 猫白血病 / 猫エイズ
・フェレット 種混合ワクチン 最終接種日はいつ頃ですか?【 年 月 日 】

●ノミ予防はしていますか?

・いいえ
・はい (薬品名:)

●フィラリアの予防はしていますか?

・いいえ
・はい (薬品名: 最終投薬日はいつ頃ですか?【 年 月 日 】)

●どのような飼育環境ですか?

・完全室内 (散歩で外出 する ・ しない) ・ 外出自由 ・ 完全室外 ・ 他 ()

●どのような経緯でお家に来ましたか?

・ペットショップ (ブリーダー) ・ 譲り受けた ・ 拾った ・ 自宅で生まれた ・ 他 ()

●同居動物はいますか?

・いいえ
・はい (具体的に:)

●食事内容をお教えて下さい (ex.ドライ・缶詰・好きなものなど、おわかりであれば商品名)

ご記入いただきました個人情報は、当院において以下の目的に限り利用させていただきます。

①診療動物の安全、有効に診療を受けていただくため ②DM・オンライン経由等でのキャンペーンや各種ご連絡
③グループ病院との電子カルテ情報の共有・閲覧 ④学会等での研究発表 (飼い主様と動物が特定されないよう行います)
ご不明点がございましたらスタッフまでお知らせください。

個人情報の取り扱いにおいて変更がある場合、変更後の内容を当院WEBサイト上などにおいて速やかに公表いたします。



JAMC