

NO.

## 問診票

年 月 日

飼い主様情報	フリガナ		電話番号①	
	お名前	姓	名	電話番号②
	ご職業			電話番号③
	ご住所	〒 -	都道府県	

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

## 1: 当院を知ったきっかけ

- ・他院からの紹介 (病院名: 報告: する しない)
- ・通りがかり ・ 広告 ・ 看板 ・ 雑誌 ・ インターネット
- ・TV ・ トリミングサロンcocoe ・ 知人の紹介 (お名前: )

## 2: 今までのご通院歴 ex.健診・体調不良・持病等

ない ・ ある  いつ頃 ( )  
理由は ( )  
現在の経過 ( )

## 3: 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 ex.ワクチン接種後等

ない ・ ある  いつ頃 ( )  
どのような薬 ( )

## 4: ワクチン接種はしていますか

いいえ ・ はい  混合ワクチン ( 種 )  狂犬病ワクチン  
最終接種日【 年 月 日頃 】  最終接種日【 年 月 日頃 】

## 5: ノミ、ダニ予防はしていますか

いいえ ・ はい  薬品名 ( )  
最終投与日【 年 月 日頃 】

## 6: フィラリア予防はしていますか

いいえ ・ はい  薬品名 ( )  
最終投与日【 年 月 日頃 】

## 7: 飼育環境

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

## 8: お家に来た経緯

・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 ( )

## 9: 同居動物

いない ・ いる (具体的に )

## 10: 食事内容 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 (ご家族様と動物が特定されないよう行います)
- ⑤カルテ名義変更ご希望の場合、現在登録されている方と変更される方揃ってご来院の上、身分証のご提示をお願い致します  
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