

初診問診票

わかる範囲で構いませんのでご記入お願いいたします。



ご家族情報をご記入ください

(フリガナ) お名前		連絡先	自宅電話番号	
ご住所	〒		携帯電話番号	
メールアドレス			スマホですか?	はい・いいえ android ・ iphone
ご職業		ご勤務先名		
紹介元	<input type="checkbox"/> 友人・知人 () 様 <input type="checkbox"/> 動物病院 () <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> インターネット (ホームページ・SNS・その他 ()) <input type="checkbox"/> その他 ()			



動物情報をご記入ください



フリガナ 名前	()	動物種	犬 ・ 猫
生年月日	年 月 日 歳 ヶ月	品種	
性別	オス・去勢オス・メス・避妊メス	毛色	
生活環境	室内 ・ 室外 ・ 室内外	不妊手術時期	年 月 日
同居動物	あり： <input type="checkbox"/> 犬()頭 <input type="checkbox"/> 猫()頭 <input type="checkbox"/> その他()	マイクロチップ	ありNo. _____ ・ なし
予防歴	<input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン (最終接種 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 混合ワクチン (最終接種 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> フィラリア (経ロタイプ・滴下タイプ・注射) 薬剤名 <input type="checkbox"/> 予防していない <input type="checkbox"/> ノミ・マダニ (経ロタイプ・滴下タイプ) 薬剤名 <input type="checkbox"/> 予防していない		
食事	メーカー・フード名 ()		
加入保険	なし・あり (アニコム・アイペット・アクサ・楽天・その他 ())		



本日来院された理由をお聞かせください。

本日来院された理由	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミマダニ <input checked="" type="checkbox"/> 体調が悪い <input type="checkbox"/> 避妊去勢手術の相談 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> その他
❓ 体調が悪いを選んだ方は症状等をご記入ください。	
どのような症状ですか？	
いつからですか？	
同様の症状で他院にかかったことはありますか？	



今までのことについてお聞かせください。

今までかかった病気はありますか？	はい (病名) ・ いいえ
内服中の薬はありますか？	はい (薬剤名) ・ いいえ
薬や注射でアレルギーが出たことがありますか？	はい (薬剤名) ・ いいえ
その他伝えておきたいこと等ありましたら、ご記入ください。	

当院における個人情報の取り扱いについて

当院で得た個人情報は、獣医療サービス (予防、定期健診などのお知らせやレセプト請求等を含む) を行う際に利用させていただきます。