

# 【 初診記入用紙 】



千里桃山台動物病院

フリガナ		フリガナ	
飼い主様氏名	様	ご住所	〒 -
電話番号	ご自宅	-	-
	緊急連絡先 ①	-	-
	※優先順 ② (携帯電話など) ③	-	-
		所有者名 :	間柄( )
		所有者名 :	間柄( )
		所有者名 :	間柄( )
ご職業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 専門職 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
当院を何でお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 当院看板 <input type="checkbox"/> ご紹介 (ご紹介者名又はご紹介動物病院名 : )		
	<input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

フリガナ		性別	オス・メス	去勢 / 避妊	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
患者様名	ちゃん	品種(犬種・猫種)			
		毛色			
生年月日	年 月 日	才 ヶ月	飼い始めた日	年 月 日	
・体格についてお教え下さい <input type="checkbox"/> すごく痩せている <input type="checkbox"/> 痩せぎみ <input type="checkbox"/> 少し痩せている <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し太っている <input type="checkbox"/> 太っている <input type="checkbox"/> 肥満					
・性格についてお教え下さい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 活発 <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> その他(詳しくお書き下さい)					
・生活環境(いつもいる場所)についてお教え下さい <input type="checkbox"/> 室内のみ <input type="checkbox"/> 散歩以外は室内 <input type="checkbox"/> 室内外半々 <input type="checkbox"/> ほとんど室外 <input type="checkbox"/> 外飼い(庭で自由) <input type="checkbox"/> 外飼い(係留)					
・アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> はい    原因物質は？ <input type="checkbox"/> いいえ					

## 患者様についての質問

・ワクチン接種をされていますか？(一番最近接種した日付をご記入ください)

犬 狂犬病ワクチン	<input type="checkbox"/> 済	接種日:	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未接種
混合ワクチン	<input type="checkbox"/> 済	接種日:	年 月 日 (3種 5種 6種 7種 8種 9種)	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未接種
猫 混合ワクチン	<input type="checkbox"/> 済	接種日:	年 月 日 (3種 5種 6種 7種)	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未接種

・フィラリア予防、ノミダニ予防はされていますか？

・フィラリア予防	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・ノミダニ予防	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

・過去に大きな病気や怪我はありますか？(詳しくお書き下さい)

<input type="checkbox"/> ある	いつ頃	どのような病気・怪我
<input type="checkbox"/> ない		

・マイクロチップを挿入されていますか？

<input type="checkbox"/> はい	挿入日:	ID番号 :	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	------	--------	------------------------------

・本日の来院理由は何ですか？

・アニコム損害保険に加入されていますか？(当院にて保険適応いたします)

<input type="checkbox"/> はい	※受付にて証券(カード)をご提示願います	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	----------------------	------------------------------

※ご協力ありがとうございました。

個人情報保護に基づき、ご記入いただきました個人情報は本来の使用目的以外で利用することはありません。尚、当院からのご案内(ワクチン接種時期・臨時休診・キャンペーンのお知らせ)等が不必要な方は、DM不要欄にチェックをお願い申し上げます。

DMを希望する

DM不要