

初診カード

年 月 日

飼主様

フリガナ	電話番号(自宅・携帯)	緊急連絡先
氏名	() - ()	() - ()
住所	〒	

ワクチン・フィラリア予防などについてのお知らせを郵送してもよろしいですか？ はい いいえ

ペットの情報

名前	犬・猫	種類	毛色
オス・メス	生年月日	年 月 日	生まれ
避妊または去勢はしてありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		いつ頃されましたか？ 年 月 日	
ペット保険には加入されていますか？ <input type="checkbox"/> はい→保険会社名()		<input type="checkbox"/> いいえ	

※生年月日や去勢・避妊をされた日にちは、わからなければおおよそで大丈夫です。

動物は言葉をしゃべることができません。詳しい状態の判断のため飼主様が以下の内容にお答えください。わからない箇所は飛ばしていただいてもかまいません。

<p>① 来院された理由は何ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> ワクチン接種のため <input type="checkbox"/> 健康チェックのため</p> <p><input type="checkbox"/> 異常がみられたため(体調が悪そう・普段と比べて元気がない等)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>
<p>② ワクチン接種はしていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい _____ → <input type="checkbox"/> 混合ワクチン (種) 年 月 頃</p> <p><input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> わからない</p>
<p>③ フィラリア症予防はしていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい _____ → 飲んでいるお薬がわかれば教えてください</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>_____</p>
<p>④ どこで飼われていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 家の中(散歩は外に行く) <input type="checkbox"/> 家の外 <input type="checkbox"/> 家の中と外両方</p>
<p>⑤ 普段何を食べていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 半生フード <input type="checkbox"/> 缶詰・パウチ</p> <p><input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> その他</p> <p>_____</p> <p>どんなものですか？</p> <p>_____</p>
<p>⑥ 今まで病気になったことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい いつ頃どんな病気になりましたか？</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>⑦ 最後に病気、症状について正確に判断するための検査をするにあたって</p> <p>詳しい状態の判断のため、血液検査・レントゲン検査などが必要となる場合があります。このような検査をどの程度望まれるかお聞かせください。</p> <p><input type="checkbox"/> しっかり検査してほしい <input type="checkbox"/> なるべく検査はしたくない <input type="checkbox"/> わからない</p>