

初診の方への問診票

☆ 大切なご家族に代わってご記入をお願いします。

エリー どうぶつの病院

飼い主さんについてお伺いします。

ふりがな		住所	〒	—
飼主名			メールアドレス (任意)	
電話番号	()	緊急連絡先 (携帯電話等)		()
当院にお知りになった理由	<input type="checkbox"/> ご紹介・ <input type="checkbox"/> コミ () さん <input type="checkbox"/> よく通るから <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 当院ホームページを見て <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 ()			

ペットについてお伺いします。

名前 (呼び名)	()	種類	犬 ・ 猫	品種	
生年月日	年 月 日 (もしくは現在の年齢 歳)	性別	オス ・ メス	避妊・去勢の有無	有 ・ 無
				出産経験の有無	有 ・ 無
入手方法は?	自宅生まれた・ペットショップ ブリーダー・もらった・迷い込んだ 拾った・その他 ()		いつから飼育 していますか?	年 月 日～ (もしくは約 年前より)	

1. 来院の理由は?	<input type="checkbox"/> 具合が悪そうだから ⇒ どんな様子ですか? () <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> フィラリア予防 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 健康相談・その他相談
2. 予防接種はしていますか?	<input type="checkbox"/> はい ⇒ いつ頃ですか? (年 月頃) 犬: a. 狂犬病 b. ジステンパー等の混合ワクチン c. その他 猫: a. 3種混合ワクチン b. 猫白血病ワクチン c. その他 予防接種証明書は? ⇒ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
3. フィラリア予防はしていますか?	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 今年の検査は受けましたか? (はい ・ いいえ) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
4. ミの予防はしていますか?	<input type="checkbox"/> はい ⇒ a. 動物病院で処方された予防剤 b. 市販の予防剤 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
5. 過去の病歴・手術歴は?	<input type="checkbox"/> はい ⇒ いつ頃ですか? (年 月頃) どんな病気・手術でしたか? () <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
6. 食事内容と回数?	内容: <input type="checkbox"/> 市販フード a. 缶詰 b. ドライ c. 半生 d. その他 () <input type="checkbox"/> 手作り食 <input type="checkbox"/> 特に決めていない 回数: <input type="checkbox"/> 1日 () 回くらい <input type="checkbox"/> 特に決めていない
7. 主な生活場所は?	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> 両方 お散歩に行く場合: 1日 回で、1回 分くらい
8. 同居動物は?	<input type="checkbox"/> いる ⇒ () <input type="checkbox"/> いない

予防接種などのご案内を郵便にてお送りしています。希望されない方はお知らせ下さい。

希望しない

病院からお電話で経過などをお聞かせいただく場合がございます。希望されない方はお知らせ下さい。

希望しない

ご記入ありがとうございました。

個人情報の取扱いについて: 当院は、個人情報保護法に基づき、ここに記載された個人情報を適切に管理し、医療目的にのみ利用するとともに、本人の事前同意なしには、目的外の利用や第三者への提供などはいたしません。なお利用目的の範囲内で、当院から本人に文章などを送信することを予めご了承下さい。