

## 初診問診票

ふりがな

飼主様名	<b>様</b>
<b>住所</b>	市 郡
	※アパート名もご記入ください
電話	携帯電話    一
ふりがな 動物名(おなまえ)	ちゃん
大・猫・フェレット・ ウサ その他 (	ナギ・ハムスター・鳥 )
品種	毛色
十十月口	日 歳 性別 オス・メス・不明
ペット保険に加入されていますか? はい	保険会社名 ・ いいえ
※「はい」と答えた方で保険証をお持ちの方 初診問診票とともに保険証を受付く	
以前、当院を受診された事がありますか?	はい ・ いいえ
<ul><li>口 今もまだ飼っている</li><li>口 今はもういない 診察券NO</li></ul>	受付番号 ※受付が記入
<ul><li>マイクロチップは装着していますか?</li></ul>	はい ・ いいえ ・ わからない
・避妊・去勢手術をしていますか?	はい (
・狂犬病ワクチン接種はしていますか?	はい ・ いいえ ・ わからない
※「はい」と答えた方	最終接種日 20 年 月 日
• 混合ワクチン接種はしていますか? ※「はい」と答えた方	はい ・ いいえ ・ わからない
ワクチンの種類:	最終接種日 20 年 月 日
<ul><li>フィラリア予防はしていますか?</li><li>※「はい」と答えた方</li><li>薬の種類:</li></ul>	はい ・ いいえ ・ わからない 最終予防日 20 年 月 日
・ノミ・ダニ予防はしていますか?	はい・いいえ・わからない
※「はい」と答えた方 薬の種類:	最終予防日 20 年 月 日

	年		月	$\Box$
本日はどうされましたか?(当てはまる項目にチェックをして	でする	1)		
ロ 診察 ロ 混合ワクチン ロ 狂犬病ワクチン ロ フィラリア	・ノミタ	ブニ予	防	
<ul><li>□ 爪切り・耳掃除・肛門腺などのケア</li><li>□ 健康診断やフードなどの</li></ul>	D相談		避妊、	去勢の相談
「診察」を選んだ方は下記にお答えください				
ロ 初めての症状 ロ 他院での治療相談や検査希望(セカンドオヒ	ピニオン	)		その他
どのような症状がありますか?当てはまる項目にチェックをし	ノてくだ	ぎさい	1	
□ 嘔吐・下痢 □ 痛みがある □ 咳・呼吸が荒い □ 食谷	次不振		眼の遺	星和感
□ 歩き方がおかしい □ 皮膚疾患(痒み・脱毛等) □ 発作(ケイ	レン)		誤食	□ その他
症状はいつからですか?				
具体的な症状を分かる範囲でご記入下さい				
過去に大きな病気や手術歴がある、もしくは現在、他院に ロ はい ロ いいえ	て治療	寮中	ですた	), Š
※「はい」とお答えの方は下記の項目にお答えくださいかかりつけ・又は現在通っている病院をご記入下さい(				病院)
当てはまる項目を <b>/</b> して下さい ロ 投薬中である <u>薬の内容</u> :				
ロ 特別な食事を与えている <u>食事の内容</u> :				
□ 注射や薬で具合が悪くなった事がある <u>具体的に</u> :				
大きな病気・手術歴がある場合はご記入下さい(診断名もわかる場合	合はご言	7人5	さい)	

個人情報は、飼い主様への医療の提供をするため以外では取り扱いません。個人情報は不適切な 手段により取得しません。個人データは漏洩や盗難などから防止するよう、管理し個人情報を守ります