

# 初診問診票

カルテNo.

かわいい患者さんに代わってお答えください

年 月 日

カルテの作成・診察に必要な事をお伺い致します。  
お分かりになる範囲で結構ですので、以下のご記入をお願い致します。

フリガナ	-----	自宅電話番号	
飼主名		携帯電話	
住所	〒	緊急連絡先	

ペット名	ちゃん	動物種	犬・猫・フェレット・ウサギ
性別	オス・メス・不明		ハムスター・鳥・その他( )
去勢・避妊手術	している・していない	品種	毛色( )
生年月日	年 月 日 生まれ( )才	マイクロチップ	無・有(No. )
anicom損害保険などの保険に加入していますか?		<input type="checkbox"/> はい(保険名: ) <input type="checkbox"/> いいえ	

ご来院の理由			
ペットの入手方法	<input type="checkbox"/> 買った <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた		
入手日と入手先	年 月 日 場所( )		
フード	1日 回 → <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> 半生 <input type="checkbox"/> 人の食べ物 <input type="checkbox"/> その他( )		
飼っている場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> その他( )		
過去の病気・ケガ	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
過去1年以内の 予防接種歴	狂犬病 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (最終接種日: 年 月 日)	混合ワクチン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (種、最終接種日: 年 月 日)	
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> 毎年している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明		
当院をどのようにしてお知りになりましたか? <input type="checkbox"/> 看板を見た <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> ご紹介(ご紹介者: ) <input type="checkbox"/> その他( )			

ご協力ありがとうございました。  
書き終わりましたら、受付に提出をお願いいたします。

小幡緑地どうぶつ病院