

【初診記入用紙】

初診日:

カルテNo.



陽だまり動物病院

※保険証をお持ちの方は受付までご提出ください。

フリガナ		フリガナ	
飼い主様氏名		ご住所	〒 -
電話番号	ご自宅	-	-
	緊急連絡先	①	-
	(携帯電話など)	②	-
			所有者氏名:
			所有者氏名:
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)
	<input type="checkbox"/> 広告	<input type="checkbox"/> 前を通りかかった	<input type="checkbox"/> その他()

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	去勢/避妊	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
ペットの名前	ちゃん	品種		毛色	
生年月日	年 月 日	才 ヶ月	飼い始めた日	年 月 日	
ペット保険	<input type="checkbox"/> 未加入	<input type="checkbox"/> 加入(保険会社名:)	マイクロチップ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
入手方法	<input type="checkbox"/> 買った()		<input type="checkbox"/> もらった()		
	<input type="checkbox"/> 自宅で生まれた		<input type="checkbox"/> 拾った		
	<input type="checkbox"/> 散歩以外は室内		<input type="checkbox"/> 屋外		
	<input type="checkbox"/> 完全に室内のみ		<input type="checkbox"/> 放し飼い・出入り自由		
飼育環境(いつもいる場所)	<input type="checkbox"/> その他()				
同居動物の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的に:)				
食事	回数: 1日()回				
	内容: <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェットフード(缶詰・レトルトなど) <input type="checkbox"/> 手作り				
	(フードのメーカーまたは商品名:)				
	<input type="checkbox"/> その他・人の食べているものなど: <input type="checkbox"/> トッピングやおやつで与えているもの: ※最近食事内容を変えましたか? <input type="checkbox"/> はい(具体的に) <input type="checkbox"/>				

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 (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 (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	薬剤タイプは?:	錠剤・チュアブル(おやつ)・スポット(液体)	<input type="checkbox"/> いいえ
	ノミダニ予防	<input type="checkbox"/> はい	薬剤タイプは?:	チュアブル(おやつ)・スポット(液体)・市販の物	<input type="checkbox"/> いいえ
・過去に大きな病気や怪我はありますか?(詳しくお書きください)					
	<input type="checkbox"/> ある	→	いつ頃	
	<input type="checkbox"/> ない		どのような病気・怪我	
・現在投薬中のお薬はありますか?					
	<input type="checkbox"/> ある	(薬品名:)	<input type="checkbox"/> ない		
・お薬や注射での副反応					
	<input type="checkbox"/> ある	(具体的に:)	<input type="checkbox"/> ない		
・アレルギーの有無					
	<input type="checkbox"/> ある	(具体的に:)	<input type="checkbox"/> ない		
・漢方薬を使った治療を希望されますか?					
	<input type="checkbox"/> ぜひ使いたい	<input type="checkbox"/> 必要であれば使ってほしい	<input type="checkbox"/> 漢方は使用したくない()		
・本日の来院目的はなんですか?					
	具合が悪そう	いつから:		
		どのように:		
ワクチン接種・予防() 健康チェック・相談()					

※ご協力ありがとうございます。

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・休診・イベントのお知らせ)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