私たちの病院へようこそ！

お手数ですが、言葉を話せない患者さんに代わって、

以下の項目にご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな飼い主名 |  | 職業 |  |
| 住所 | 〒 | TEL |  |
| 緊急連絡先 | 〒 | TEL |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがなどうぶつ名 |  |
| 性別 | オス・メス（去勢・避妊済み） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種別 | 犬・猫・ほか | 品種 |  |
| 生年月日 | 年　月　日 | 飼育開始日 | 年　月　日 |

☆今日はどうされましたか？（該当するものに◯をつけご記入ください）

1.具合が悪そう

いつから？「ご記入ください：　　」

どんな症状？「ご記入ください：　　」

2.ワクチン・健康チェック

3.相談「ご記入ください：　　」

4.その他「ご記入ください：　　」

☆どのように当院をお知りになりましたか？

 看板/通り道・電話帳・インターネット

 紹介（紹介者：　　）・その他（　　）

☆当院からのワクチン接種・健康診断などのお知らせの送付を希望しますか？

 はい・いいえ

☆入手方法は？

1. 買った　２.貰った　３.拾った　4.自宅で生まれた

5.その他（　　）

☆生活環境は？

 1.室内　2.ケージ　3.室外　4.室内と室外

 5.その他（　　）

☆同居動物は？

 いる（　　）・いない

☆家族構成は？

 　　人（内、子供　　人）

☆食事について

 食事回数は？　1日　　回　朝・夕

 食事内容は？

 1.ドライフード（メーカーまたは商品名　　）

 2缶詰（メーカーまたは商品名　　）

 3.人間の食べ物（具体的に→　　）

 ４.その他・おやつなど（具体的に→　　）

☆性格は？

 1.温和　2.神経質　3.噛む　4.落ち着きがない

 5.怖がり　6.その他（　　）

☆ワクチン接種はしていますか？

 1.混合ワクチン（　　年　　月　　日頃　　種混合）

 2.狂犬病ワクチン（　　年　　月　　日頃）

 3.したことがない

 4.わからない

☆フィラリアの予防はしていますか？

 1.はい（月1回の飲み薬・注射・スポット・その他）

 →最終予防日　　年　　月　　日

 2.いいえ

 3.わからない

☆今までに病気をしたり、手術を受けたりしたことはありますか？

 はい（具体的に→　　）

 いいえ

☆今までに薬や注射で以上が出たことはありますか？

 はい（具体的に→　　）

 いいえ

ご協力ありがとうございました！

※こちらにご記入いただいた情報は、当院の診療および当院からのお知らせの送付以外の目的には使用いたしません。