

# 初診問診票

年 月 日

フリガナ 飼主氏名				ペット名
住所 〒				
電話				携帯電話
種類	犬・猫・うさぎ・フェレット・ハムスター その他小動物( )	品種		
性別	オス・メス・去勢オス・避妊メス	毛色		
ペットの生年月日	年	月	日	(現在 歳 ヶ月)
最終狂犬病予防注射日	年	月	日	
最終混合ワクチン接種日	年	月	日	(ワクチンの種類 )
最終フィラリア予防日	年	月	日	(予防薬の種類 )
最終ノミ・マダニ予防日	年	月	日	(予防薬の種類 )
本日の来院理由	<input type="checkbox"/> 具合が悪そうだから ⇒ <span style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">どこが悪そうですか？</span> <input type="checkbox"/> 健康チェック相談 <input type="checkbox"/> ワクチン ⇒ 狂犬病・混合ワクチン・フィラリア・ノミ,マダニ			
今までに病気になった事がありますか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <span style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">それはいつ頃ですか？</span> <input type="checkbox"/> いいえ <span style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">どんな病気ですか？</span>			
交通事故その他ケガをした事がありますか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <span style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">それはいつ頃ですか？</span> <input type="checkbox"/> いいえ <span style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">どんなケガですか？</span>			
ペット保険には加入されていますか？	<input type="checkbox"/> はい( )			<input type="checkbox"/> いいえ
当院を何で知りましたか？	近所・知合いの紹介・インターネット・ホームページ・チラシ・その他 ( ) 紹介者がいる場合は紹介者のお名前 ( )			



## 港区湾岸動物医療センター 芝浦港南動物病院

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保管し、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、目的以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、当院から本人に文書などを送信することを予めご了承ください。