

問診票



<飼い主様についてお教えてください>

フリガナ	フリガナ
氏名	住所 〒
電話番号	緊急連絡先(携帯・勤務先など)

当院をどちらで お知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> アエラ <input type="checkbox"/> 北の手かわら版 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ご紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ブログ <input type="checkbox"/> 検索サイト() <input type="checkbox"/> その他()
------------------------	--

どのようにしていらっしゃいましたか？	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他
--------------------	--

<かわいい患者さんについてお教えてください>

お名前	品種	毛色
お誕生日 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> 避妊メス	
飼育開始日 年 月 日	保険 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入	マイクロチップ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

どちらで入手されましたか？	<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"/> 住み着いた
---------------	---

いつもどちらで生活していますか？	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内外両方
------------------	--

いつも何を食べていますか？	<input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> セミウェット <input type="checkbox"/> 手作り食 <input type="checkbox"/> 処方食()
---------------	---

本日のご来院目的	<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> ワクチン接種 <input type="checkbox"/> トリミング <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 具合が悪い → いつごろから() どのような症状ですか()
----------	---

ワクチン接種はしていますか？	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 混合ワクチン(3種・5種・7種)(年 月頃) <input type="checkbox"/> 猫白血病ワクチン(年 月頃) <input type="checkbox"/> 猫エイズワクチン(年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ
----------------	--

ウイルス検査をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい → 結果：猫白血病(陽性・陰性) 猫エイズ(陽性・陰性) <input type="checkbox"/> いいえ
--------------------	--

ノミ・ダニの予防をしていますか？	<input type="checkbox"/> はい → お薬のタイプ <input type="checkbox"/> スポットタイプ <input type="checkbox"/> 首輪 <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> いいえ
------------------	--

今までに病気の治療をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい → いつ頃、どんな？() <input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------	---

今までに避妊・去勢以外の手術をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい → いつ頃、どんな？() <input type="checkbox"/> いいえ
----------------------------	---

病院からのご案内を差し上げて もよろしいですか？	<input type="checkbox"/> よい → <input type="checkbox"/> ハガキ <input type="checkbox"/> メール(アドレス) <input type="checkbox"/> 必要ない
-----------------------------	---

何か相談したいことや、お気づきの点があればご記入ください	
------------------------------	--

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管理し、医療目的にのみ利用するとともに、ご本人の事前同意なしには目的外の使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、当院からご本人様宛にお知らせ等を送付することがありますことをご了承ください。