

初診カード



来院日： 年 月 日

カルテを作成いたしますので、下記項目にご記入とチェックをお願いいたします。

ふりがな		電話番号	自宅
飼い主名			携帯 <small>どなたの番号ですか？</small> ()
住所	〒	緊急連絡先	<small>どなたの番号ですか？</small> ()

ふりがな		生年月日	20 年 月 日 (才)
ペット名			
品種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他()	性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス
種類	毛色()	避妊去勢	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
入手方法	<input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> 知人から譲り受けた <input type="checkbox"/> ブリーダー	飼育環境	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外
	<input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 保健所から	マイクロチップ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(No.)
	<input type="checkbox"/> ペットショップ(店名:)	ドッグランご利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> これから希望

本日はどうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミダニ予防 <input type="checkbox"/> 猫エイズ白血球検査 <input type="checkbox"/> その他
※「診察」「その他」にチェックをした方は具体的な症状・目的を教えてください。	

下記の項目にお答えください。

ワクチン歴	狂犬病 <input type="checkbox"/> 初回 前回接種日 年 月 混合ワクチン <input type="checkbox"/> 初回 前回接種日 年 月	フィラリア 予防歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 今回初めて <input type="checkbox"/> 毎年予防(予防薬の名前:)
ノミダニ 予防歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> シーズン・通年予防 <input type="checkbox"/> 虫がついた時予防 (予防薬の名前:)	性格(癖)	<input type="checkbox"/> 人懐っこい <input type="checkbox"/> 誤食癖がある <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 誤食癖がある <input type="checkbox"/> トイレの場所(<input type="checkbox"/> 外 <input type="checkbox"/> 中) <input type="checkbox"/> 特定の場所を触ると嫌がる(場所:)
アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()		今後他にペットをお迎えする予定はありますか? <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
ペット保険は 加入していますか？	<input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット ※保険証をお持ちの方はご提示下さい。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他()		

アンケート

本院のご利用は初めてですか？	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 動物病院の利用自体が初めて <input type="checkbox"/> 同居の子で利用している (お名前:) <input type="checkbox"/> 他院からの転院 (病院名:)
当院をどのようにして知りましたか？	<input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(お名前: <small>オーナー様または動物のお名前</small>) <input type="checkbox"/> 近くを通りがかった時に知った <input type="checkbox"/> とみいず <input type="checkbox"/> 泉中央サイネージ <input type="checkbox"/> 電柱 <input type="checkbox"/> ペガルトスポンサー覧 <input type="checkbox"/> バス広告 <input type="checkbox"/> インスタ <input type="checkbox"/> その他()

お疲れ様でした。ご記入が終わりましたらカウンターまでお持ちください。



くさか動物病院
KUSAKA ANIMAL HOSPITAL

※ご記入いただきました個人情報はカルテ作成の目的以外で使用いたしません。
※また、第三者の目に触れないよう厳重に管理・保管いたします。