

初診カード(DOG)

Patient/Client Information

カルテ#

年 月 日

お分かりになる範囲で結構ですので、以下のご記入をお願い致します。

フリガナ		ご住所	〒
飼主のお名前	様		
お電話	()	e-mail	@
F A X	()	緊急時のお電話	()

ペットのお名前	ちゃん	品 種	
性 別	オス・メス・不明	去勢・避妊手術	した・していない・不明
生年月日	年 月 日	生まれ() 齢	毛色

本日ご来院の理由	<input type="checkbox"/> 具合が悪い：吐く・下痢・皮膚病・その他() <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> その他()
ペットの入手方法	<input type="checkbox"/> 買った <input type="checkbox"/> もらった <input type="checkbox"/> 保護した <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> その他()
フード	<input type="checkbox"/> 缶詰め <input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> 半生 <input type="checkbox"/> 人の食物 <input type="checkbox"/> その他()
飼っている場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方
同居動物	<input type="checkbox"/> いる(犬・猫・鳥・その他) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明
性 格	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> よく咬む <input type="checkbox"/> よく鳴く <input type="checkbox"/> その他()
過去の病気・ケガ	<input type="checkbox"/> あり(どんな病気ですか?) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
過去1年内の予防接種歴	<input type="checkbox"/> あり(狂犬病・5種・6種・7種・8種・9種・10種・その他) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> 毎年している <input type="checkbox"/> 時々している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明
ノミ駆除・予防	<input type="checkbox"/> している(年中・春・夏・秋・冬) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明
ペット保険	<input type="checkbox"/> 加入(保険会社:) <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 不明
当院をどのようにお知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> 看板を見た <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 紹介(紹介者:) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他()

ご協力ありがとうございました。

ペーター動物病院