

カルテ

NO. _____

飼い主様情報	フリガナ: _____	〒 _____	_____
	お名前: _____	ご住所: _____	
	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ご自宅TEL: _____	
	年齢: <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代	携帯TEL: _____	
	<input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代	ご職業: _____	勤務先: _____
	<input type="checkbox"/> 70代以上	勤務先TEL: _____	
緊急連絡先: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先		ご連絡可能時間: <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 時間指定... 時~ 時	

ペットの情報	フリガナ: _____	おうちでの呼び名: _____
	お名前: _____	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 生年月日(西暦): _____ 年 月 日
	性別: <input type="checkbox"/> 男の子 <input type="checkbox"/> 女の子	去勢・避妊: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <small>院内にて</small>
	品種: _____	毛色: _____ 性格: _____
	<input type="checkbox"/> 動物保険: <input type="checkbox"/> 加入していない <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	<input type="checkbox"/> ご来院のきっかけ: <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通りすがり/看板 <input type="checkbox"/> 以前かかっていた <input type="checkbox"/> ご紹介 (ご紹介者様 _____)	
	<input type="checkbox"/> 予防歴:	
	① ワクチン ... <input type="checkbox"/> 毎年 <input type="checkbox"/> 幼少期のみ <input type="checkbox"/> 時々 (最終接種日 _____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明	
	② 狂犬病 ... <input type="checkbox"/> 毎年 <input type="checkbox"/> 幼少期のみ <input type="checkbox"/> 時々 (最終接種日 _____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明	
	③ フィラリア (頻度) ... <input type="checkbox"/> 毎年 <input type="checkbox"/> 不定期 (最終接種日 _____ 年 月 日) (タイプ) ... <input type="checkbox"/> 顆粒 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> おやつタイプ <input type="checkbox"/> スポットタイプ <input type="checkbox"/> 注射 (予防薬名) ... (_____)	
<input type="checkbox"/> 既往歴:		
① 病歴 ... <input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
② 手術歴 ... <input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
③ 出産 ... <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
④ ワクチンアレルギー ... <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 飼育環境: ①入手方法 ... <input type="checkbox"/> ペットショップ (_____) <input type="checkbox"/> ブリーダー (_____) <input type="checkbox"/> 自家繁殖 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 動物病院 <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> 貰った		
②飼育場所 ... <input type="checkbox"/> 屋内 (_____)% <input type="checkbox"/> 屋外 (_____)%		
③散歩回数 ... <input type="checkbox"/> 毎日 (1日 _____ 回 _____ 分程度) <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> しない		
④他のペット ... <input type="checkbox"/> いる (_____) <input type="checkbox"/> いない		
<input type="checkbox"/> 食事: <input type="checkbox"/> 療法食 <input type="checkbox"/> ドライ <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 人と同じ食事 <input type="checkbox"/> その他 (商品名... _____)		

ワクチン							
狂犬病							
フィラリア検査							
フィラリア薬							

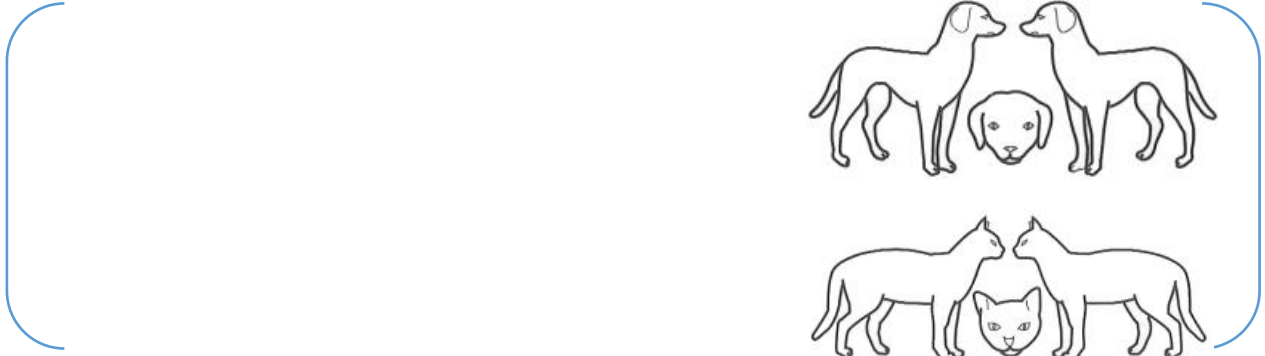
裏面へ

初診 問診表

- 本日のご来院理由（症状）をご記入ください。

例) 食欲不振 下痢 嘔吐 痒み など

※部位等お分かりでしたら教えてください。



- ✓尿，便をお持ちの飼い主様は診察前に検査させていただきますので、受付にご提出ください。

検査時間により、診察の順番が前後する可能性があることをご了承下さい。

- 犬・猫ワクチン接種をご希望の方は該当するものに☑を付けてください。

[犬]

- 狂犬病ワクチン
- 6種混合ワクチン
- 10種混合ワクチン
- その他 ()
- 相談希望

[猫]

- 3種混合ワクチン
- 4種混合ワクチン
- その他 ()
- 相談希望

- 今現在使われているお薬などございましたらご記入ください。

- 特になし
- あり … ()

- その他ご希望、ご質問などございましたらご自由にご記入ください。

Large empty space for additional notes, enclosed in blue parentheses.

ご記入ありがとうございました。受付にご提出をお願い致します。