

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 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代以上	携帯TEL :	
		ご職業 :	勤務先 :
		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 :			
	お名前 :			
	<input type="checkbox"/> フェレット <input type="checkbox"/> ウサギ <input type="checkbox"/> ハムスター <input type="checkbox"/> モルモット <input type="checkbox"/> その他 ()			
	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 生年月日(西暦) : 年 月 日			
	品種 :	性格 :		
	■ 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 ()			
	■ 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 □同居がかかっている <input type="checkbox"/> ご紹介 (ご紹介者様 ())			
	■ 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出産歴 … <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
■ 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 () □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他のペット … <input type="checkbox"/> いる () <input type="checkbox"/> いない				
✓ フェレットの飼い主様はこちらもご記入ください。				
・ワクチン接種 … <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				
・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) … ()				
・ワクチンアレルギー … <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				
・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				
・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… ())				
✓ ウサギ・ハムスター・モルモット・その他の飼い主様はこちらもご記入ください。				
・飼育環境 : ()				
・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 ()				

ワクチン							
フィラリア薬							

裏面へ

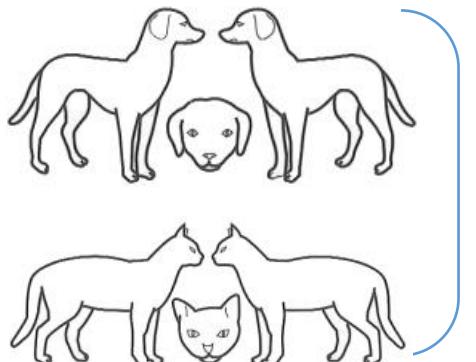
年 月 日

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。



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。