

# 初診表



言葉が話せない動物にかわってお答えください。

下記の項目について記入、もしくは○で囲んでください。

記入の方法でわからないことがありましたら、受付スタッフにお尋ね下さい。

## ● 飼い主様について

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_ 会社員 / 自営業 / 学生 / 主婦 / その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご家族 \_\_\_\_\_ 人 (内2歳以下 \_\_\_\_\_ 人)

## ● ワンちゃん/ネコちゃん について

呼び名 \_\_\_\_\_ (漢字、英語等の場合はフリガナ \_\_\_\_\_)

性別 \_\_\_\_\_ ♂ / ♀ / 去勢♂ / 避妊♀ (去勢、避妊手術日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

動物種 \_\_\_\_\_ 犬 / 猫 / その他 ( \_\_\_\_\_ ) 毛の色 \_\_\_\_\_

品種 \_\_\_\_\_ / 混合種 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 / 不明

飼い始めた日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

入手方法 \_\_\_\_\_ ペットショップ / ブリーダー / 譲り受けた / 自宅で生まれた / 拾った / その他 ( \_\_\_\_\_ )

飼育場所 \_\_\_\_\_ 室内 / 室外 / その他 ( \_\_\_\_\_ )

食事について 内容 \_\_\_\_\_ ドライ / セミ・ウェット / 缶 / 人間の食べ物 / その他 ( \_\_\_\_\_ )  
1回量 \_\_\_\_\_ 、1日 \_\_\_\_\_ 回

同居動物 \_\_\_\_\_ 無 / 有 (犬 \_\_\_\_\_ 頭、猫 \_\_\_\_\_ 頭、鳥 \_\_\_\_\_ 羽、その他 \_\_\_\_\_ )

この動物は、あなたやあなたの家族にとってどのような存在ですか？

\_\_\_\_\_ 家族 / 子供 / あくまでも動物 / 防犯対策 / 繁殖やショー等の実用目的 / その他 ( \_\_\_\_\_ )

## ● 当院をお知りになった方法

\_\_\_\_\_ 1) 知人からの紹介 2) 当院ホームページ 3) インターネットの検索サイト 4) 電話帳  
\_\_\_\_\_ 6) 看板を見て 7) 病院の前を通過して 8) その他 ( \_\_\_\_\_ )

## ● 本日はどのような理由で来院されましたか？

\_\_\_\_\_ 1) 具合が悪い 2) 健康診断 3) 予防接種 4) 避妊、去勢手術  
\_\_\_\_\_ 5) その他 ( \_\_\_\_\_ )

→ **裏面** も ご記入下さい。

●「1、具合が悪い」と答えた方にお聞きします。

- 1) いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_
- 2) どのように具合が悪いですか？  
\_\_\_\_\_ 食欲がない / 嘔吐 / 下痢 / その他 ( \_\_\_\_\_ )

●**ワンちゃん**を連れて来られた方にお聞きします。

- 1) 過去1年以内に狂犬病の予防接種を受けましたか？ はい / いいえ
- 2) 過去1年以内にその他のワクチンを接種しましたか？  
いいえ / はい (ワクチン名 \_\_\_\_\_) (接種日: \_\_\_\_\_ 年 月 日)
- 3) フィラリアの予防をしていますか？ はい / いいえ
- 4) ノミの予防をしていますか？ はい / いいえ
- 5) マダニの駆除をしていますか？ はい / いいえ

●**ネコちゃん**を連れて来られた方にお聞きします。

- 1) 過去1年以内にワクチンを接種しましたか？  
いいえ / はい (ワクチン名 \_\_\_\_\_) (接種日: \_\_\_\_\_ 年 月 日)
- 2) フィラリアの予防をしていますか？ はい / いいえ
- 3) ノミの予防をしていますか？ はい / いいえ

●最近の発情はいつでしたか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●かかりつけの病院はありますか？ いいえ / はい ( \_\_\_\_\_ )

●過去に大きな病気やケガをしたことがありますか？  
いいえ / はい (どのような病気、ケガですか？ \_\_\_\_\_)

●輸血をしたことがありますか？ いいえ / はい

●注射でショックやアレルギーを起こしたことがありますか？  
いいえ / はい (どのような注射ですか？ \_\_\_\_\_)

●当院からのワクチンや健康診断などのお知らせを希望しますか？  
いいえ / はい

ご記入、ありがとうございました。

〈個人情報保護について〉

当院では、カルテの個人情報欄に記載されている情報は、原則として ①受診動物の特定 ②受診動物の飼い主の特定 ③受診動物の飼育環境の把握 ④受診動物の治療方針の希望の聴取 ⑤受診動物に関わる治療方針の確認 ⑥関連情報の提供 を目的に限ってのみ利用します。 これらの目的以外に使用する場合は、必ず事前に飼い主様の了解をいただきます。

ただし、学術目的に限ってのみ、飼い主様の合意なく受診動物の病歴、病態、検査所見、治療、処置、予後などの獣医療情報を病因外に開示することがあります。 しかしこの場合でも、飼い主様の個人情報は一切開示しませんのでご安心ください。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 カルテ No. \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_