

カルテNo.:

もねペットクリニック 初診問票

ご来院日→

年 月 日

| | | | | |
|------|-------|------|---|---|
| ふりがな | | 固定電話 | - | - |
| 飼い主名 | | 携帯電話 | - | - |
| ご住所 | 〒 - 県 | | | |

🐾 ペットの情報をご記入ください↓ 🐰

| お名前 | 性別 | オス・メス 不明 | 避妊・去勢はされていますか？ している ・ していない | |
|------------------------|-----------------|-------------|--------------------------------|----------|
| どちらの病院で避妊・去勢手術をされましたか？ | | () 動物病院 | | |
| 動物種 | 犬・猫・ウサギ・鳥・ハムスター | | 生年月日 | 20 年 月 日 |
| | フェレット・その他() | | 飼育開始日 | 20 年 月 日 |
| 品種 | | 毛色 | | |

保険加入 | 加入していない・加入している (アニコム ・ アイペット ・ その他の保険会社)

当院を知ったきっかけは、どちらになりますか？ ※当てはまる数字に○をつけてください。

- ① 広告(近所, 通りがかり, 電話帳, 看板, お店) ② 病院の紹介(病院)
- ③ ホームページ, ネット検索, 口コミ, SNS
- ④ もねペットクリニック患者様紹介(様より)

①購入先はどちらになりますか？

購入【店名 】

その他➡ 拾った ・ もらった ・ 保護センター ・ 自宅で産まれた

②他にペットを飼っていますか？ はい ・ いいえ (種類:)

③他の病院にかかったことはありますか？

はい ・ いいえ (病院名:)

※③で「はい」の方のみ

それは現在の症状でかかっていますか？

はい ・ いいえ

現在も治療中ですか？

はい ・ いいえ

④注射やワクチン、薬などで異常(アレルギー)はでたことがありますか？

はい ・ いいえ

↓ 犬・猫・フェレットの飼い主様のみ記入してください。

1年以内に混合ワクチン接種をしましたか？ はい ・ いいえ (20 年 月 日)

【犬のみ】 1年以内に狂犬病予防接種をしましたか？ はい ・ いいえ (20 年 月 日)

1年以内にノミダニ予防はしましたか？ はい ・ いいえ

【犬のみ】 1年以内に「フィラリア予防」をしましたか？ はい ・ いいえ

【猫のみ】 過去に「猫エイズ白血球検査」をしましたか？ はい ・ いいえ

検査日と陽性の方に○してください。

年 猫エイズ ・ 猫白血病

もねペットクリニック

同意書

院長 伊藤 嘉浩 殿

下記の内容に同意頂き、ご署名をお願いします。

私(飼育管理者、または代理人、並びに家族)は、私所有の動物に対して治療行為を貴院に依頼します。その際、獣医学常識に基づく施術が行われたにもかかわらず、万一発生した不測の事態に対しては異議申し立てはいたしません。

○ 20 年 月 日 ○ 依頼者氏名(自著)

<ご記入ありがとうございました。問診票は、受付にお渡しください。ご記入いただきました内容は治療を行うために記録として保管させていただきます。>