

◆◆◆ 初回問診票 ◆◆◆

カルテNo.
年 月 日
住所確認 _____

当院における個人情報の利用目的と取扱いについて

当院は個人情報の保護に関する法令等を遵守し、皆様から頂いた個人情報はペットの診療と健康管理に関わる範囲で適正かつ安全に利用させていただきます

●ペットの飼育責任者について

フリガナ			※本日来院された方はご本人ですか？
お名前			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →お名前 _____ ご関係: _____
ご住所	〒 _____		
電話番号	ご自宅	(_____)	_____
	携帯①(ご本人)	(_____)	_____
	携帯②(_____)	(_____)	_____
E-mail			
優先する連絡手段	<input type="checkbox"/> 電話 (<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯① <input type="checkbox"/> 携帯②) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> LINE (登録が必要です)		

※ペットの診療費用は本日来院された方にご請求させていただきますので予めご了承ください

●ペットについて

フリガナ			生年月日	年 月 日
名前				(約 歳)
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> フェレット <input type="checkbox"/> うさぎ <input type="checkbox"/> その他(_____)			
品種	毛色		飼育開始	年 月 日(約 歳)
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不明 ※下に去勢・避妊の有無を記入してください <input type="checkbox"/> 去勢・避妊済み(_____ 年 月) <input type="checkbox"/> 未去勢・未避妊 <input type="checkbox"/> 不明			
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"/> 譲渡 <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 保護した			
同居動物	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(犬 _____ 頭・猫 _____ 頭・その他 _____)			
飼育場所	<input type="checkbox"/> 屋内のみ <input type="checkbox"/> 屋内とベランダや玄関 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内外			
本日の来院理由(症状や発症部位があればご記入ください)				
既往歴(過去治療歴のある疾患や現在治療中の疾患があればご記入ください)				

★以下は差し支えなければご記入をお願いします

以前に通院していた病院	
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> クチコミサイト <input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> 駅看板 <input type="checkbox"/> 立地 <input type="checkbox"/> その他
当院を紹介された方	ご紹介者 _____ 様 ペット名 _____ ちゃん
よくご利用になるSNS	Facebook ・ Twitter ・ Instagram ・ LINE ・ その他 _____ ・ 使用なし

裏面のご記入もお願いします

◇情報提供のご協力について◇

当院では、学術振興のための学会発表や論文投稿、また飼い主様への情報提供を目的として広告媒体（ホームページ、FacebookなどのSNS等）で症例紹介を行っております。

今後の診察につき、掲載のご協力をいただけますか？ ※飼い主様のお名前は公表致しません。

はい→症例とともに掲載をご承諾いただける内容が以下にございましたらチェックしてください。

ペットのプロフィール(名前、性別、年齢)

治療、手術の経過を撮影した画像(静止画 動画)

いいえ



◇診療費について◇

診療あたりの事前の見積もりをご希望されますか？

はい→ 毎回 入院治療・手術・検査などのみ

いいえ

●犬の診察をご希望の方

ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン(最終接種: _____年____月) <input type="checkbox"/> 未接種
	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン(3種・5種・6種・7種 /最終接種: _____年____月) <input type="checkbox"/> 未接種
ノミ・ダニ予防	<input type="checkbox"/> 予防している(____月~____月/予防薬名: _____) <input type="checkbox"/> 予防していない
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> 検査した(____年____月/結果: 陰性・陽性) <input type="checkbox"/> 検査を受けていない
	<input type="checkbox"/> 予防している(____月~____月/予防薬名: _____) <input type="checkbox"/> 予防していない
食事	<input type="checkbox"/> ドライフード() <input type="checkbox"/> 缶詰/パウチ()
	<input type="checkbox"/> 手作り食() <input type="checkbox"/> その他()

●猫の診察をご希望の方

ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン(3種・4種・5種 /最終接種: _____年____月) <input type="checkbox"/> 未接種
ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 猫エイズ(FIV) (____年____月/結果: 陰性・陽性) <input type="checkbox"/> 検査を受けていない
	<input type="checkbox"/> 猫白血病(FeLV) (____年____月/結果: 陰性・陽性) <input type="checkbox"/> 検査を受けていない
ノミ・ダニ予防	<input type="checkbox"/> 予防している(____月~____月/予防薬名: _____) <input type="checkbox"/> 予防していない
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> 予防している(____月~____月/予防薬名: _____) <input type="checkbox"/> 予防していない
食事	<input type="checkbox"/> ドライフード() <input type="checkbox"/> 缶詰/パウチ()
	<input type="checkbox"/> 手作り食() <input type="checkbox"/> その他()

●犬猫以外の動物の診察をご希望の方

食事	主食() おやつ()
ケージ	<input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> プラスチック <input type="checkbox"/> その他・床敷()

※以下はフェレットの場合のみご記入をお願いします

ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 接種している(3種・その他 /最終接種: _____年____月) <input type="checkbox"/> 未接種
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> 予防している(____月~____月/予防薬名: _____) <input type="checkbox"/> 予防していない

ありがとうございました。ご記入が終わりましたら受付へお持ちください。