

# 問 診 票

年 月 日



どうぶつ呼吸器クリニック

Animal Respiratory Clinic

カルテNO :

## ◆ご家族の情報

フリガナ		電話番号	-	-
お名前				
ご住所 〒				

## ◆どうぶつの情報

フリガナ		動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫
お名前			
品種		毛色	
生年月日	年 月 日 生	性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊メス
年齢	歳 ( 確定 ・ 推定 )	生活範囲	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> どちらも
ペット保険の加入	<input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他 ( )		

## ◆予防について

混合ワクチン	<input type="checkbox"/> 接種済み ( ) 種混合 最終接種日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 接種なし
狂犬病ワクチン	<input type="checkbox"/> 接種済み <input type="checkbox"/> 接種なし 最終接種日 年 月 日
ノミ・ダニ予防	<input type="checkbox"/> している (薬剤名: ) <input type="checkbox"/> していない
フィラリア予防 (犬のみ)	<input type="checkbox"/> している (薬剤名: ) <input type="checkbox"/> していない

## ◆呼吸器症状の概要について教えてください

( )

## ◆現在、飲んでいるお薬はありますか

( )

## ◆今まで病気したこと、手術したことはありますか

( )

## ◆当院来院前に通院されていた動物病院、あるいはかかりつけの先生はいらっしゃいますか

はい (病院名: 先生)  いいえ

当院呼吸器では呼吸器症状や検査結果などの診療記録を厳重に保管しておりますが、貴重な記録については他の飼い主様への症状説明・病院連絡・学会・当院ホームページ・講演にて利用させていただく事があります。

飼い主様の個人情報は一切付記致しません。データ利用にご理解・ご承諾頂けますでしょうか。  はい  いいえ