

# 初診の方へ

記入日 年 月 日

## 飼い主様について

ふりがな		ペット保険	<input type="checkbox"/> 未加入
お名前			<input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他( )
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 見かけた <input type="checkbox"/> 紹介( )		

## 受診する動物について

ふりがな		生年月日	西暦 年 月 日
お名前			<input type="checkbox"/> 不明 (現在 推定 歳)
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> ウサギ <input type="checkbox"/> その他( )	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
品種		毛色	
性格	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 怖がり <input type="checkbox"/> 知らない人や動物が苦手 <input type="checkbox"/> その他( )		
今まで病気や手術を経験したことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名: )		
今までに予防接種を受けてアレルギーが出たこと、お薬の副反応が出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬剤名: ) (症状: )		
現在治療している病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名: )		
現在使用しているお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬剤名: )		
予防歴	<input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン	最後は	年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン (種類: )	最後は	年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> フィラリア (お薬の名前: )	最後は	年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> ノミ・ダニ (お薬の名前: )	最後は	年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明
いつも生活している場所はどこですか？	<input type="checkbox"/> 室内のみ <input type="checkbox"/> 屋外のみ <input type="checkbox"/> 主に室内で定期的に外出(散歩)		
同居動物はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (動物種・頭数: )		
いつも何を食べていますか？	主食 (商品名: ) おやつ(商品名: )		

## 本日はどうされましたか

<input type="checkbox"/> 予防接種 (種類: )	<input type="checkbox"/> 避妊・去勢手術の相談	
<input type="checkbox"/> 診察	どんな症状ですか？	
	食欲 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> よくない( )	便 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> よくない( )
	元気 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> よくない( )	尿 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> よくない( )
	いつからですか？	
	行った処置や検査はありますか？	
不安なことや心配なこと、その他ご要望がありましたらご記入ください(治療方針、通院頻度、費用など)		