

# 初診カード

カルテNo. (スタッフ記入欄) \_\_\_\_\_

★言葉が話せない患者さんに代わってご記入下さい。

年 月 日

ふりがな	
飼い主名	
住所 (〒 )	
電話番号	自宅
	携帯
動物種	犬 ・ 猫
品種 ( )	呼び名 ( )
性別 叔 双	生年月日 西暦 年 月 日
本日の来院は？ ① 具合が悪そう    ② ワクチン・予防    ③ 健康チェック・相談 いつから、どんな症状ですか？	
今後、健康管理についてのダイレクトメールをお送りしてもよろしいですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ご紹介者名	

飼い主様名

ワンちゃん名

年 月 日



はじめまして、あなたの大切なワンちゃんを診察させていただく機会を与えてくださった事を感謝いたします。 よりよい診察が出来ますよういくつかの質問をさせていただきます。

該当する□に印をお付けください。

\*お食事について (当てはまる物全てに印をつけてください)

・ 回数

1日1回     1日2回     それ以上

・ 内容

乾燥フード     缶づめ     半生タイプ     ジャーキー

人間の食べ物

その他(具体的には? \_\_\_\_\_)

\*おやつを与えていますか?

はい(具体的には? \_\_\_\_\_)

いいえ

\*外に散歩に行きますか?

はい     いいえ

\*不妊手術をしましたか?

はい     いいえ     不明

\*過去に大きな手術を受けたり、重い病気になった経験がありますか?

ある( \_\_\_\_\_ 頃・具体的には? \_\_\_\_\_)

ない

\*今までに輸血をしたことがありますか?

ある(具体的には? \_\_\_\_\_)

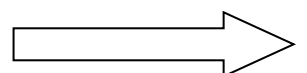
ない

\*特異体質や薬の過敏性がありますか?

ある(具体的には? \_\_\_\_\_)

ない

裏へ



\*女の子の場合、最後に生理があったのはいつごろですか？

( \_\_\_\_\_ 頃)       不明

\*検便はしたことがありますか？

ある ( \_\_\_\_\_ 頃)       ない

\*ワクチンについて

- 狂犬病【      年      月      日】  
 伝染病予防ワクチン (      ) 種混合【      年      月      日】  
 受けたことがない

\*フィラリア予防について

- 特にしていない  
 予防をしていたが、途中でやっていない時期がある  
 血液検査は受けたことがないが、予防薬は与えている  
 毎年、血液検査を受けてから予防薬を与えている  
 検査で、すでにフィラリアにかかっていると言われた

・予防薬の種類は、何ですか？ \_\_\_\_\_

\*ノミ予防はしていますか？

はい       いいえ       不明

\*他に飼っている生き物がいたら教えてください

- 犬\_\_匹       猫\_\_匹  
 その他 (鳥   うさぎ   モット   ハムスター   リン   魚   ハ虫類)

\*かかりつけの動物病院がありますか？

あり (名前 \_\_\_\_\_)       なし

\*私たちの病院にいらっしゃったきっかけを教えてください

- 病院の近くに住んでいる  
 お知り合いの方の紹介 ( \_\_\_\_\_ さん)  
 インターネット       電話帳       その他 (      )

ご協力どうもありがとうございました。  
スタッフ一同、責任をもってお世話させていただきます



アニマル・ライフ・サポート

