

# カルテ

NO. \_\_\_\_\_

飼い主様情報	フリガナ: .....	〒 _____
	お名前: _____	ご住所: _____
	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ご自宅 TEL: _____
	年齢: <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代	携帯 TEL: _____
	<input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代	ご職業: _____ 勤務先: _____
	<input type="checkbox"/> 70代以上	勤務先 TEL: _____
	緊急連絡先: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先	ご連絡可能時間: <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 時間指定... 時~ 時

ペットの情報	フリガナ: .....
	お名前: _____
	<input type="checkbox"/> フェレット <input type="checkbox"/> ウサギ <input type="checkbox"/> ハムスター <input type="checkbox"/> モルモット <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
	性別: <input type="checkbox"/> 男の子 <input type="checkbox"/> 女の子 去勢・避妊: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 生年月日(西暦): _____ 年 _____ 月 _____ 日
	品種: _____ 性格: _____
	■ 動物保険: <input type="checkbox"/> 加入していない <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
	■ ご来院のきっかけ: <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通りすがり/看板 <input type="checkbox"/> 以前かかっていた <input type="checkbox"/> 同居がかかっている <input type="checkbox"/> ご紹介(ご紹介者様 _____)
	■ 既往歴: ① 病歴 ... <input type="checkbox"/> あり ( _____ ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ② 手術歴 ... <input type="checkbox"/> あり ( _____ ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ③ 出産歴 ... <input type="checkbox"/> あり ( _____ ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	■ 飼育環境: ① 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"/> 自家繁殖 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 動物病院 <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> 貰った ② 他のペット ... <input type="checkbox"/> いる ( _____ ) <input type="checkbox"/> いない
	<p><b>✓フェレットの飼い主様はこちらもご記入ください。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ワクチン接種 ... <input type="checkbox"/>毎年 <input type="checkbox"/>幼少期のみ <input type="checkbox"/>時々(最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/>未 <input type="checkbox"/>不明</li> <li>・フィラリア(頻度) ... <input type="checkbox"/>毎年 <input type="checkbox"/>不定期(最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) (タイプ) ... <input type="checkbox"/>顆粒 <input type="checkbox"/>錠剤 <input type="checkbox"/>おやつタイプ <input type="checkbox"/>スポットタイプ <input type="checkbox"/>注射 (予防薬名) ... ( _____ )</li> <li>・ワクチンアレルギー ... <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>不明</li> <li>・散歩回数 ... <input type="checkbox"/>毎日(1日 _____ 回 _____ 分程度) <input type="checkbox"/>時々 <input type="checkbox"/>しない</li> <li>・食事: <input type="checkbox"/>療法食 <input type="checkbox"/>ドライ <input type="checkbox"/>缶詰 <input type="checkbox"/>人と同じ食事 <input type="checkbox"/>その他(商品名... _____)</li> </ul> <p><b>✓ウサギ・ハムスター・モルモット・その他の飼い主様はこちらもご記入ください。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・飼育環境: ( _____ )</li> <li>・食事: <input type="checkbox"/>療法食 <input type="checkbox"/>ドライ <input type="checkbox"/>缶詰 <input type="checkbox"/>人と同じ食事 <input type="checkbox"/>その他 ( _____ )</li> </ul>

ワクチン								
フィラリア薬								

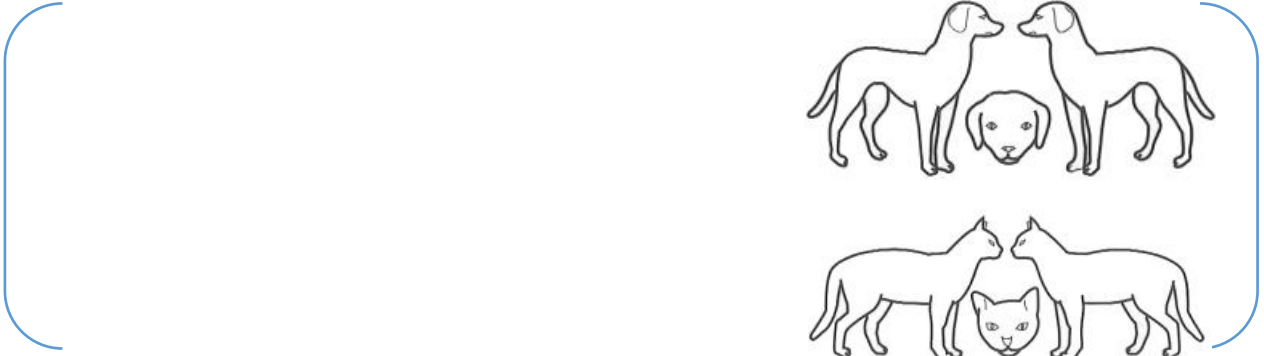
裏面へ

## 初診 問診表

- 本日のご来院理由（症状）をご記入ください。

例) 食欲不振 下痢 嘔吐 痒み など

※部位等お分かりでしたら教えてください。



- ✓尿，便をお持ちの飼い主様は診察前に検査させていただきますので、受付にご提出ください。

検査時間により、診察の順番が前後する可能性があることをご了承下さい。

- 犬・猫ワクチン接種をご希望の方は該当するものに☑を付けてください。

[ 犬 ]

- 狂犬病ワクチン
- 6種混合ワクチン
- 10種混合ワクチン
- その他 ( )
- 相談希望

[ 猫 ]

- 3種混合ワクチン
- 4種混合ワクチン
- その他 ( )
- 相談希望

- 今現在使われているお薬などございましたらご記入ください。

- 特になし
- あり … ( )

- その他ご希望、ご質問などございましたらご自由にご記入ください。

Large empty space for additional notes, enclosed in blue parentheses.

ご記入ありがとうございました。受付にご提出をお願い致します。