

# 初診カード

日付 年 月 日

カルテNo. \_\_\_\_\_

名前 (飼 い主様)	(フリガナ)			電話	(自宅)		
					(携帯)		
住所	〒						
ペット名		種類	犬・猫	品種		毛色	
性別	おす・めす / 去勢避妊手術(済・未)			生年月日	年 月 日( 才)		
おうちに来た経緯	ペットショップ・ブリーダー・譲渡 ・保護・自宅で生まれた			性格	おとなしい・人懐っこい・怖がりさん その他( )		
かかりつけ病院	なし・あり( 病院)			健康保険	なし・あり(健保名 )		
当院をどのようにお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> ご紹介( 様 ちゃん) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> その他( )						
今日はどうしましたか？／その症状はいつからですか？							
※治療や処置などご希望があれば教えてください。複数回答可							
<input type="checkbox"/> ①必要な検査は全てしてほしい <input type="checkbox"/> ②検査は費用を相談しながら決めたい <input type="checkbox"/> ③検査はあまり望まない <input type="checkbox"/> ④その他( )							
元気	普通・少ない・無い・ぐったり・立てない・不明						
食欲	普通・少ない・無い・与えていない・不明						
飲水	普通・少ない・飲まない・多い・与えていない・不明						
排尿	普通・量多い・量少ない・回数多い・赤い・出ていない・不明						
排便	普通・軟便・下痢・血便・粘液・何度もいきむ・不明						
嘔吐	なし・ある [ 液体のみ(白・黄)・未消化、消化済みご飯・血 ]						
混合ワクチン	年 月 日接種済み・未接種・不明						
狂犬病ワクチン	年 月 日接種済み・未接種・不明						
フィラリア予防	昨年、または今年の何月まで予防されていますか？ 月まで・不明						
ノミダニ予防	していない・してる( スポット剤 / 飲み薬 )・不明						
今までにお薬で具合が悪くなったこと	なし・ある(薬剤名 )						
過去の病気	なし・あり(病名 )						
過去の手術	なし・あり(病名 )						
治療中の病気	なし・あり(病名 )						
投薬中のお薬	なし・あり(薬剤名 )						
患者様の検査データの一部を、今後の獣医学発展のため、学会発表などに使用させていただきますことにご協力いただけますか？				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			