

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

わかる範囲で結構ですのでご回答をお願いします

**【ご家族様情報(来られた方のお名前)】**

|                     |     |  |     |     |  |
|---------------------|-----|--|-----|-----|--|
| フリガナ                |     | ご住所  | 〒 - |     |  |
| お名前                 | 様   |  |     |     |  |
| 携帯                  | - - | 電話   | - - | ご職業 |  |
| 当院をどのようにお知りになりましたか？ |     | <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> チラシ<br><input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 紹介( ) <input type="checkbox"/> その他 |     |     |  |

**【患者様情報(ワンちゃん、ネコちゃん、他動物さん)】**

|      |  |       |  |  |  |
|------|--|-------|--|--|--|
| お名前  | 愛称/呼び名( )  |       |  |  |  |
| 動物種  | ワンちゃん/ネコちゃん/他( )   | 種類    |  |  |  |
| 毛色   |  | 性別    | <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 去勢オス<br><input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 避妊メス |  |  |
| お誕生日 | 西暦 年 月 日   | 家に来た日 | 年 月 日  |  |  |
| 同居動物 | <input type="checkbox"/> 犬 頭 <input type="checkbox"/> 猫 頭 <input type="checkbox"/> その他( )                        |       |  |  |  |
| 生活環境 | <input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> その他 |       |  |  |  |

**【予防歴】**

|                  |  |
|------------------|--|
| 混合ワクチンを接種していますか？ | <input type="checkbox"/> はい 種類は <input type="checkbox"/> 6種 <input type="checkbox"/> 8種 <input type="checkbox"/> その他( )<br>最終接種日( 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 |
| 狂犬病注射を接種していますか？  | <input type="checkbox"/> はい 最終接種日( 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明  |
| フィラリア予防をしていますか？  | <input type="checkbox"/> はい 最終投与日( 年 月 日 )<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明   |
| ノミ・ダニ予防をしていますか？  | <input type="checkbox"/> はい 最終投与日( 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明  |

今までに大きな病気や事故などをしたことがありますか？

|                                    |
|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい( 診断名 ) |
| <input type="checkbox"/> いいえ       |

**【来院目的】**

体調が悪い 鍼灸治療 ワクチン接種 フィラリア予防 ノミ・ダニ予防 健康診断 その他

|    |                                      |
|----|--------------------------------------|
| 症状 | どのように悪いですか？<br><br>いつからですか？( 年 月 日頃) |
|----|--------------------------------------|

現在治療中の病気や投薬中の薬はありますか？

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> はい 病名・症状( )<br>お薬の種類( ) |
| <input type="checkbox"/> いいえ                     |

**【その他】**

|      |  |
|------|--|
| 加入保険 | <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし |
|------|--|