

新患問診票 吉田動物病院

受付日

飼主様

フリガナ	診察券番号
飼主様のお名前 様	
〒□□□ - □□□□	
住所	
自宅電話番号 (-) ↓必ずつながる緊急連絡先をご記入ください。入院やお預かりした時に必要となります。	
緊急連絡番号① (-) (様)	
緊急連絡番号② (-) (様)	
今日はどうされましたか。簡単にご記入ください。(例) 昨日から下痢をしている。	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> かかりつけ病院名： </div>	
元気→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> いつもの7割 <input type="checkbox"/> いつもの5割 <input type="checkbox"/> いつもの3割 <input type="checkbox"/> なし 食欲→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> いつもの7割 <input type="checkbox"/> いつもの5割 <input type="checkbox"/> いつもの3割 <input type="checkbox"/> なし 便 → <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> していない 尿 → <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> していない	
<input type="checkbox"/> 他院からの紹介→(病院名：) 紹介状→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> セカンド・オピニオン (治療中の病院名：)	

動物

生年月日 西暦 年 月 日 もしくは推定 歳	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他 品種 () (例) 柴犬	性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	毛の色
動物の名前 ちゃん	去勢手術または避妊手術をしていますか <input type="checkbox"/> している (年頃) <input type="checkbox"/> していない		
大きな病気にかかったことはありますか <input type="checkbox"/> ある (病名) <input type="checkbox"/> ない			
・1ヶ月以内にノミダニ予防をしていますか → <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・伝染病ワクチン接種最終日 (年 月 日) ・狂犬病ワクチン接種最終日 (年 月 日) ・フィラリア検査最終月 (年 月 日) *血液検査した日です			
ペット保険会社を教えてください。 <input type="checkbox"/> 保険に入っていない。 <input type="checkbox"/> アニコム (保険証をご提出ください) <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> ペット&ファミリー <input type="checkbox"/> アクサ <input type="checkbox"/> ペッツベスト <input type="checkbox"/> 日本アニマル倶楽部 <input type="checkbox"/> 楽天ペット <input type="checkbox"/> その他 ()			

株式会社ベトリード (奈良動物医療センター・吉田動物病院・けいはんな動物病院) では電子カルテの情報を共有しています。当院は飼い主様の個人情報の利用につきまして、本来の利用目的の範囲を超えて使用致しません。また、法令の定める場合を除き許可なくその情報を第三者に提供致しません。