

飼い主の皆様へ

記入日:

診察券番号:

ハロー動物病院にご来院頂きどうもありがとうございます。
カルテを作成しますので、お手数でございますが、以下の質問にご回答頂ければ幸いです。
当院は、個人情報の取り扱いに関して個人情報保護法を厳守いたします。



| | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|-----------|---------------|---------------|--|--------------|
| フリガナ | | | | | | お電話番号 |
| 飼い主様 お名前 | 保険に加入している場合は同一名義でお願いします | | | | | ご自宅 緊急連絡先 |
| ご住所 | 〒 | | | | | |
| フリガナ ペット のお名前 | 品種 | 性別 | 生年月日 | 年 月 日 (約 歳) | | |
| 動物種 | 犬・猫 | 毛色 | 不妊手術 | 済 (年 月) ・ 未 | | |
| マイクロチップの有無 | 有・無 | マイクロチップ番号 | | | | |
| 他の犬猫が 当院に受診した事がある、又は受診中である | | | 無・有 (ペット名:) | | | |

I. 現在、治療中の病気やお薬・ワクチンなどで副反応（アレルギー）を起こしたことはありますか。

A ある (内容:) B ない

II. 本日は、どうされましたか？。(具合が悪い方はいつから？どんな症状ですか？)

III. お連れ頂いた動物について。

予防歴 狂犬病ワクチン 最終接種日 年 月 日 ・ 未接種 ・ 不明
 混合ワクチン 最終接種日 年 月 日 ・ 未接種 ・ 不明
 フィラリア 最終投薬日 年 月 日 ・ 未投薬 ・ 不明
 ノミダニ 最終投薬日 年 月 日 ・ 未投薬 ・ 不明

検査歴 フィラリア検査 最終検査日 年 月 日 ・ 未実施 ・ 不明
 猫エイズ白血病検査 最終検査日 年 月 日 ・ 未実施 ・ 不明

手術歴 なし あり (内容:)

IV. 当院を選んでいただいた理由 (○をお付け下さい)

・ 電柱広告 (看板)、WEB広告、SNS、ホームページ、ご紹介、近所、口コミ



当院に関するご要望がありましたらご自由にご記入ください。サービス改善の参考にさせていただきます。

ご記入どうもありがとうございました