

(ふりがな) (\_\_\_\_\_)

●飼い主様名: \_\_\_\_\_ ●ご職業: \_\_\_\_\_  
●ご住所: 〒 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 号室)

●電話番号: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) ●携帯番号: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

●当院をお知りになった方法を次からお選び下さい

- ホームページ
- 知人、他の病院から(紹介者のお名前 \_\_\_\_\_)
- 他の子で診察した(名前 \_\_\_\_\_)
- 以前に来たことがある( \_\_\_\_\_ 年前)
- その他( \_\_\_\_\_ )

●当院からのワクチン、定期検診時等のお知らせを郵送させていただいてもよろしいですか? はい ・ いいえ

●動物のお名前: \_\_\_\_\_

●動物種: 犬 / 猫 / 鳥 / ウサギ / その他( \_\_\_\_\_ ) ●品種: \_\_\_\_\_

●性別: オス / 去勢済オス      メス / 避妊済メス ●毛色: 白 黒 茶 灰 縞 斑

●生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ●飼い始めた日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●入手方法: ペットショップ / プリーダー / 知人 / 自宅で生まれた / 拾った / その他( \_\_\_\_\_ )

●飼育場所: 室内 / 屋外 / その他( \_\_\_\_\_ )

●他の同居動物: いない / いる( 犬・猫・鳥・ウサギ・その他 \_\_\_\_\_ )

●この子の性格: 温和 / 怖がり / 神経質 / 攻撃的 / 咬む / その他( \_\_\_\_\_ )

●ペット保険に入られている方はお書きください( アニコム / その他 \_\_\_\_\_ )

※アニコムの方は保険証を受付にご提示下さい

●本日の来院理由:

1 狂犬病 / 混合ワクチン / フィラリア / ノミ予防 / 健康診断 / 相談

2 具合が悪い→いつからですか? ( \_\_\_\_\_ )

どういう風に悪いですか? ( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )

●過去一年以内に狂犬病予防接種を受けましたか? はい → ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ) ・ いいえ

●過去一年以内に混合ワクチンの接種をしていますか? はい → ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ) ・ いいえ

●フィラリア予防をしていますか? はい ・ いいえ ●ノミの予防をしていますか? はい ・ いいえ

●最近の発情・生理はいつでしたか? \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●かかりつけの病院はありますか? ない ・ ある → (病院名 \_\_\_\_\_ )

●過去にかかった大きな病気・けが・出産経験・輸血歴・注射によるショック・アレルギー等があれば、それがいつ、どのようなものであったかお書き下さい。→ ( \_\_\_\_\_ )

### 大正動物医療センターに診察を依頼する上での同意書

動物は自分で病状を説明できませんから、飼い主様の日頃の観察と各種検査が病状把握に不可欠です。上段の問診票に正確に記入し、担当医がご説明しお勧めした検査、治療等はできる限り受けて頂くようお願いいたします。

入院を必要とする場合や、侵襲性のある検査、治療、手術、麻酔等は別途同意書を頂いた上で実施させていただきます。当院での診療後に、動物の様子に変化がある場合は当院の診療時間内に速やかに連絡お願いいたします。当院の診療時間終了後は動物救急病院に相談或いは受診して下さい。病状により治療が施せない、或いは治療してもお助けすることができない場合があります。当院で診療が充分できないと判断した場合は、専門医をご紹介し転院していただくことがあります。診療費のお支払いは即日のみです。入院手術の場合は内金をお預かりし退院時全額お支払い頂きます。上記内容にご同意頂けない場合は、残念ながら当院では診察をお受けできません。

以上の内容に同意し大正動物医療センターに診療を依頼します。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 診療依頼者ご署名 \_\_\_\_\_