

・・・問診票・・・



**\* 飼い主様 \***

フリガナ	フリガナ	
氏名	ご住所 〒	
電話番号	緊急連絡先	ご職業
当院をどちらでお知りになりましたか？ 1.通りがかり 2.インターネット 3.電話帳 4.チラシ 5.ご紹介( 様)		

**\* 動物さんについて \***

お名前	品種	毛色
生年月日 年 月 日生まれ	性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> 避妊メス <input type="checkbox"/> 不明	

いつもいる場所は？	<input type="checkbox"/> 完全室内 <input type="checkbox"/> 完全屋外 <input type="checkbox"/> 室内外自由
-----------	--

ワクチンは接種していますか？	<input type="checkbox"/> 混合ワクチン いつ頃？⇒( 頃) <input type="checkbox"/> 猫白血病ワクチン <input type="checkbox"/> 猫エイズワクチン <input type="checkbox"/> いいえ
----------------	--

ウイルス検査をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 猫白血病(陽性・陰性) 猫エイズ(陽性・陰性)
--------------------	---

本日のご来院目的は？	<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> 具合が悪い <input type="checkbox"/> その他
------------	---

症状	
----	--

今までに病気の治療をしましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ いつ頃、どんな？
------------------	--

避妊・去勢以外の手術をしましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ いつ頃、どんな？
-------------------	--

ワクチンのお知らせをお送りしてもいいですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ メールでご希望の方 ⇒ @
---

当院は個人情報保護法に基づき、ここに記載された個人情報を適切に管理し、医療目的のみに利用するとともに、本人の承諾なしには目的外の使用や第三者への提供は致しません。