

新患問診票 奈良動物医療センター

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)	
<p>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。</p> <p>かかりつけ病院名： _____</p> <p>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</p> <p><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： _____)</p>	

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 ()			