

NO. _____

診療申込書



初診の方は、下記にできるだけ詳しくご記入くださいますようお願いいたします。

初診日 年 月 日

飼育主様ご記入	ふりがな _____
	●お名前 _____ 様
	●郵便番号 〒 _____
	●ご住所 _____ 県 _____ 市
	●TEL _____ ●緊急連絡先(携帯など) _____
	●メールアドレス _____ @ _____
●備考 _____	

いぬ・ねこご記入	●お名前 _____ ちゃん オス ・ メス (去勢・避妊) 済・未 ●体重 _____ kg
	●生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)
	●種類 犬 ・ 猫 (_____) ●カラー _____
	●狂犬病予防接種最終日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ 不明
	●混合ワクチン最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 種) ・ 不明
	●ノミ・マダニ最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ 不明
	●フィラリアの最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ 不明

診療同意書

診療の前に、必ず下記へご署名くださいますようお願いいたします。

1. 申込書は、貴院の規定による診察料を承諾の上、上記の犬・猫に対する治療行為を貴院に依頼します。また、診察料の支払義務は申込者が負うものとします。
2. 貴院において獣医学的常識に基づく施術が行われる限り、施術中及び施術後、上記犬・猫に万が一不測の事態が生じた場合であっても、貴院に対して一切の意義を申し立ていたしません。
3. 申込者以外に上記犬・猫に関わる者（飼い主、飼育管理人または代理人、家族等）がいる場合これらの間で診察料・施術内容等につき意見の相違・紛議が生じても申込者において一切を解決するものとし、貴院に迷惑をかけません。

年 月 日

署名 _____

印 _____



この問診票は、診察をする上での大切な資料となります。
 できるだけ詳しくご記入くださいますようお願いいたします。

●本日の来院理由はなんですか？

- 具合が悪そうだから 症状 _____
- 混合ワクチン摂取 狂犬病ワクチン接種 フィラリア予防
- ノミ・マダニ予防 その他駆虫 健康診断 健康相談
- その他 _____

●飼育環境はどうですか？

- 屋内 屋外 その他 _____

●お散歩はしていますか？

- している 1日 _____ 回 _____ 分くらい 時々している しない

●いつも食べているものはなんですか？

- ドライ 缶詰 パウチ メーカー・商品名 _____
- 手作り食 人間の食べ物 その他 具体的に _____
- ※ 食事の量 1日 _____ 回 各 _____ g

●お水はいつでも飲めますか？

- はい いいえ その他 _____

●どのような性格ですか？（当てはまるもの全てにチェックしてください）

- 落ち着いている 落ち着きがない 神経質 穏やか よく嘔む
- わからない その他 具体的に _____

●いつから飼われていますか？

年 月 日

●どこから来ましたか？

- 購入した（ ペットショップ ブリーダー） ショップ・ブリーダー名 _____
- 譲り受けた 拾った 自宅で生まれた その他 _____

●ほかの動物を一緒に飼っていますか？

- はい（ 犬 猫 その他 _____） いいえ わからない
- ① 種類 _____ 年齢 _____ 才 患者との接触 有 無 健康 持病あり
- ② 種類 _____ 年齢 _____ 才 患者との接触 有 無 健康 持病あり
- ③ 種類 _____ 年齢 _____ 才 患者との接触 有 無 健康 持病あり

●この病院を何で知りましたか？

- dogwood インターネット（facebook・当院ホームページ） 友人&知人
- リーフレット その他 _____

●混合ワクチン時期や病院からのお知らせ DM・メールを希望しますか？

- はい いいえ