

初診問診票

飼い主様について

フリガナ	-----		
お名前			
ご住所	〒 -		
電話番号①	() -	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> () 様	
電話番号②	() -	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> () 様	
当院をどのようにお知りになりましたか <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 紹介(紹介者:) <input type="checkbox"/> その他()			
当院からワクチン・フィラリア等のお知らせ DM をお送りしてよろしいでしょうか <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			

ペットについて

フリガナ	-----		種類	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫
ペット名			品種	
			毛色	
性別	オス 去勢オス メス 避妊メス	血液型 (わかる方のみ)	犬→ <input type="checkbox"/> DEA1.1 (-) <input type="checkbox"/> (+) 猫→ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB	
生年月日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明(歳くらい)	飼育開始日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明	
マイクロチップ	<input type="checkbox"/> あり No.() <input type="checkbox"/> なし	ペット保険	<input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> その他()	
今まで病気や手術を経験したことはありますか?			<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名)	
現在治療している病気はありますか?			<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名)	
アレルギーはありますか?			<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()	
誤食癖はありますか?			<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> わからない	
予防歴	狂犬病ワクチン	最後は	年 月 日 /	<input type="checkbox"/> 不明
	混合ワクチン	最後は	年 月 日 /	<input type="checkbox"/> 不明
	フィラリア(薬剤名)	最後は	年 月 日 /	<input type="checkbox"/> 不明
	ノミ・ダニ(薬剤名)	最後は	年 月 日 /	<input type="checkbox"/> 不明
飼育場所	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室内まれに屋外 <input type="checkbox"/> 屋外 他に動物は <input type="checkbox"/> 飼っていない <input type="checkbox"/> 飼っている(動物種: 歳くらい)			
食事	1日 回 <input type="checkbox"/> 療法食(商品名:) <input type="checkbox"/> 市販品 <input type="checkbox"/> 手作り食			

本日はどうなさいましたか

<input type="checkbox"/> 予防	<input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン <input type="checkbox"/> 混合ワクチン/ワクチン接種後に具合が悪くなったことは <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> フィラリア(薬剤名) () 月分 検査も希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 他院で検査済 <input type="checkbox"/> ノミ・ダニ(薬剤名) () 月分
<input type="checkbox"/> 一般診療	どんな症状ですか? 他の病院で行った検査結果をお持ちですか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
心配なことやご要望	

2枚目をお読みいただき、ご同意いただけましたら日付とサインのご記入をお願いいたします。

年 月 日 ご署名

当院は患者の個人情報保護に全力で取り組んでおります。

当院は、個人情報を下記の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。
個人情報の取り扱いについてお気づきの点は、受付までお気軽にお申し出下さい。

所沢アニマルメディカルセンター

院長 桐原 信之

当院における個人情報の利用目的

●医療提供

- ・当院での医療サービスの提供
- ・他の病院との連携
- ・患者様の診察の為、外部の獣医師の意見、助言を求める場合
- ・検体検査業務の委託その他の業務委託
- ・ご家族等への病状説明
- ・その他、患者様の医療提供に関する利用

●診療費請求の為の事務

- ・当院での医療に関する事務及びその委託
- ・審査支払機関へのレセプトの提出
- ・審査支払機関または保険者からの紹介への回答
- ・その他、医療に関する診療費請求のための利用

●当院の管理運営業務

- ・会計、経理
- ・医療事故等の報告
- ・当院患者様の医療サービスの向上
- ・その他、当院の管理運営業務に関する利用

●獣医師賠償責任保険などに関わる、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談または届出等

●医療や業務の維持、改善のための基礎資料

●医療の室の工場を目的とした当院内での症例研究

- ~~~~~
1. 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について、同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出下さい。
 2. お申し出がないものについては、同意して頂けたものとして取り扱わせて頂きます。

受付	
----	--