

初診申込書・問診票

この問診票は日本小動物がんセンターにおける診断・治療をより円滑に進めるために記入して頂くものです。大変お手数ですが、分かる範囲で結構ですので可能な限りのご記入をお願い致します。内容は当センタースタッフ以外の目に触れることはありません。なお、本書類は当センター来院時に受付スタッフにお渡し下さい。

● ご家族の情報

フリガナ			
お名前			
ご住所	〒		
TEL		勤務先名	
FAX		勤務先TEL	
携帯電話	①	緊急連絡先 TEL	①
	②		②

検査結果や治療経過の報告書をご自宅に郵送してもよろしいですか？ はい ・ いいえ

日本小動物がんセンターが得た全ての情報について、ホームドクター（主治医）への報告を許可します。臨床データ（品種・年齢・検査所見・経過・治療成績など）を学会などで報告したり、検査後の血液や組織などを廃棄せず、今後の獣医療発展のために活用・保存することを含む日本小動物医療センターのプライバシーポリシーに同意します。

日付： _____ 年 月 日 ご署名 _____

治療に対するお考えについて近い内容にチェックを入れて下さい。

動物のためになる最高の医療を求めているので、できる限りの治療をしてもらいたい。

よい管理をしてあげたいが、出来ることに限界がある。

ご家族側の要求するサービスのみにしてもらいたい。

※ 治療にあたり重視することがございましたらご下記にご記入下さい。

● 動物の情報 わかる範囲でご記入ください

動物のお名前		動物種	犬 ・ 猫
生年月日	西暦 年 月 日	種類	
性別	雄 ・ 雌（不妊手術：済 / 未）	毛色	
不妊手術 実施日	年 月頃 (歳時)	最終発情出 血 出産歴	年 月頃 なし ・ あり
体重	健康時の体重= kg	現在の体重= kg	(測定日 月)

血液型	犬：DEA1.1 (陽性 ・ 陰性) / 猫：(A ・ B ・ AB)		
予防関連	・混合ワクチン (種)	最終接種日	年 月 日
	・狂犬病ワクチン (犬のみ)	最終接種日	年 月 日
	・フィラリア予防薬	最終投与日	年 月 日
猫エイズウイルス抗体および猫白血病ウイルス抗原検査の実施について (猫のみ)			
・検査実施日： 年 月 日			
・検査結果：猫エイズウイルス抗体 (陰性・陽性) / 猫白血病ウイルス抗原 (陰性・陽性)			
ペット保険に加入されていますか？ 加入している (会社名：) ・未加入			

* 次ページへ続く

動物の情報 (続き) わかる範囲でご記入下さい

《ノミ・ダニの駆除 (予防) 薬について》

・1ヵ月以内にノミ・ダニ駆除 (予防) 薬を使用しましたか？ はい ・ いいえ

《食事について》

・種類 (銘柄)：ドライフード ()，缶詰 ()，その他 ()

・回数： 回 / 日

・食物アレルギー： あり ・ なし (ありの場合は下記の内容をご記入下さい)

食物の種類 および 症状など ()

《生活環境について》

・どこで生活をしていますか？ (屋外 ・ 屋内)

・排泄はどこでしていますか？ (屋外 ・ 屋内 ・ ベランダ ・ その他)

・同居動物はいますか？ あり ・ なし (ありの場合は下記の内容をご記入下さい)

動物種、年齢など ()

《過去の病歴について：あり・なし に○をつけて下さい。ありの場合は () 内のご記入をお願いします》

・ワクチン、注射薬および飲み薬などで副作用 (アレルギー) が出たことがありますか？

あり ・ なし

薬の名前、副作用の症状 ()

・これまでに発作を起こしたことはありますか？

あり ・ なし

いつから ()、頻度 (月に1回以上、数年に1回、1回のみ、その他)

・過去に治療が必要な病気になったことはありますか？

あり ・ なし

どのような病気ですか？ ()

・過去に手術 (麻酔処置) を行ったことはありますか？ (不妊手術や歯石除去は除く)

あり ・ なし

実施日、手術内容、検査結果など

()

・麻酔時に不整脈などの問題が起きたことはありますか？

あり ・ なし

《今回の症状について》

・いつ頃から始まりましたか？

()

・症状について教えてください。

()

《現在服用中の薬剤について》

・投薬中のお薬があれば薬剤名および投薬回数を教えてください

ご協力ありがとうございました
～当日、お気をつけてご来院ください～