

スタッフ記入欄

カルテ No.

初めて当院にかかれるねこちゃん用

初 回 登 録 票



年 月 日

当院ではアプリ「ペットPASS」の利用をお願いしております（詳細は裏面へ）。

アプリのインストールおよびかかりつけ病院の登録がお済の方は、②以降をご記入ください。

アプリのインストールがまだお済でない方は①からご記入ください。

① 飼い主様について

ふりがな.....

家族名（飼主名）.....

ご住所 〒 - □瀬戸市 □尾張旭市 □他 市 町
マンション・アパート名 号室

連絡先（自宅） (携帯) (緊急連絡先)

② ねこちゃんについて

ふりがな..... 生年月日 年 月 日（不明の場合は大体で構いません）

お名前 猫種 毛色 性別（オス・メス）

避妊去勢	入手方法	飼育環境	アレルギー	動物保険	マイクロチップ
<input type="checkbox"/> 実施済 年 月頃 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望せず <input type="checkbox"/> 相談したい	<input type="checkbox"/> ペットショップ <input type="checkbox"/> ブリーダー <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> もらった	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 挿入済 (NO.) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 相談したい

③ ねこちゃんの生活について

食事の種類（ドライフード・ウェットフード・その他 ()) おやつ ()

サプリメント () 投薬中のお薬 ()

④ 過去一年以内の予防接種について

狂犬病ワクチンの接種（済・未） 混合ワクチンの接種（済 / 種別・未）

⑤ 寄生虫駆虫薬について

本年度のフィラリア検査	フィラリア駆虫薬の投薬	ノミ・マダニ駆虫薬の投薬
<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 投薬している □毎月のお薬 □錠剤タイプ □背中に垂らすタイプ □その他 ()	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 投薬している □毎月のお薬 □錠剤タイプ □背中に垂らすタイプ □その他 ()

裏面もあります

●アンケートのお願い

当院を何でお知りになりましたか？

- (ア) 電話（電話帳）
- (イ) 紹介_____
- (ウ) 病院を直接見て
- (エ) 看板
- (オ) インターネット・ホームページ
- (カ) パンフレット
- (キ) 以前かかっていた
- (ク) バローの宣伝を見て

当院を選ばれた理由は何ですか？

- (ア) 自宅から近いから
- (イ) バローの一部だから
- (ウ) 知人に勧められたから
- (エ) 予約制だから
- (オ) 昼間時間帯の診察予約ができるから
- (カ) 本院との連携サービスがあるから
- (キ) その他（_____）

アンケートにご協力いただき、ありがとうございます。

ねこちゃんの初回問診表



●ご来院理由について（言葉が話せない患者様に代わってお答えください）

1. 本日の来院目的（当てはまるものに○をつけてください）

(ア) 健康チェック・相談

- (イ) 爪切り
- (ウ) 肛門腺
- (エ) 足裏の毛刈り
- (オ) ワクチン
 - ① 混合ワクチン
 - ② 狂犬病ワクチン
 - ③ その他のワクチン（_____）

(カ) 具合が悪そうだから

① いつからですか？

② どこが悪そうですか？（右の絵に記入してもOK）

③ どんな症状ですか？

1. 下痢（少しやわらかい・ソフトクリーム状・泥状・水様便・血便・ゼリー状）

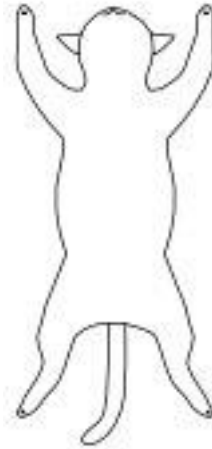
回数：____回

2. 嘔吐（吐いたもの_____吐いた回数_____回）

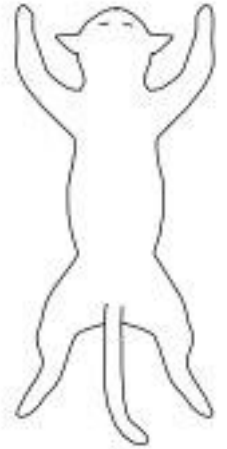
3. 食欲不振

4. その他

詳しく…



↑ 仰向け



↑ うつ伏せ

2. その他に伝えておきたいこと、聞きたいことなど

ペットPASS

INU・NEKO no KIMOCHI
オンライン受付など、
様々な便利機能が使えるアプリです。



メール会員登録はこちら→

☆病院からのお知らせを
受信希望の方はご登録ください



個人情報保護について

1. 個人情報の収集、利用、提供、預託
収集した個人情報は、ご本人の同意がない限り、病院業務以外の目的に利用しないと、第三者に提供および預託いたしません。
2. 安全対策の実施
合理的な施設を備えることにより、個人情報への不正なアクセス、個人情報の紛失、破壊、改ざん、漏えいなど危険防止に努めます。
3. 法令・規範の遵守
個人情報保護に関する日本の法令およびその他の規範を遵守いたします。