

初診受付カード

～言葉が話せない患者さんに代わってご記入ください～

ふりがな		ふりがな	
飼い主氏名		ペット名	
住所	(〒 -)	種類	犬・猫・その他()
		品種	
		毛色	
電話番号	- -	性別	おす・めす (去勢・避妊 才頃)
緊急連絡先	- -	生年月日	年 月 日 (才)
本日の来院の理由は？ <input type="checkbox"/> 健康チェック・相談 <input type="checkbox"/> ワクチン接種・予防 <input type="checkbox"/> 具合が悪そう いつ頃から、どんな症状ですか？		同居年月日	年 月 日 (才)
		予防歴は？(最終実施日)	
		狂犬病	年 月 日
		混合ワクチン	年 月 日 (種)
		フィラリア	年 月 日
		ノミ・ダニ	年 月 日
		フード	ドライ () 缶 () その他 ()
本院を何でお知りになりましたか？		同居動物	犬(数:) 猫(数:) その他(種類:)
ご紹介者名			
当院記入欄			

ワンちゃん、ネコちゃんの飼育状況及び当院に関するご要望をお聞かせ下さい。

お手数でございますが、以下の質問にご回答頂ければ幸いです。

①診察の希望をお聞かせ下さい(該当箇所に○を付けて下さい。複数回答可)

- A.なるべく短い時間/通院回数で病気を治すことを最優先に治療してもらいたい
- B.治療内容/治療費に関しては事前に詳しく説明してもらいたい
- C.病気の治療だけでなく、健康チェックもしてもらいたい
- D.出来る限り最先端の治療をしてもらいたい
- E.病気の治療だけでなく、予防に関する情報も詳しく説明してもらいたい
- F.セカンドオピニオンをお願いしたい

②ご関心のあることをお聞かせ下さい(該当箇所に○を付けて下さい。複数回答可)

- A.予防医療
 - ・ワクチン
 - ・予防薬
 - ・健康診断
- B.避妊・去勢
- C.スキンケア
- D.歯磨き
- E.お食事
- F.ダイエット
- G.高齢期ケア
- H.その他
内容()

③その他、当院に関するご要望・ご不満がありましたらご自由にご記入ください。今後のサービス改善の参考にさせていただきます。

