



🐾 言葉が話せないペットに代わってお答え下さい 🐾

カルテ No. \_\_\_\_\_

年 月 日

ふりがな			
飼い主様お名前			
ご住所		〒	
お電話	自宅		携帯
	アドレス	@	
	DM送信		はい ・ いいえ

ペットのお名前	種類	品種	性別	避妊・去勢手術
	犬・猫・その他( )		オス ・ メス	未 ・ 済
生年月日		マイクロチップ番号	生活場所	入手方法
西暦	年 月 日		室内 ・ 室外	
( 歳 ヶ月)				

1. 今日はいかがなさいましたか？

具合が悪い ・ 健康チェック ・ ワクチン ・ 相談 ・ その他

具体的に

2. ワクチン接種はお済みですか？

① はい ( 狂犬病ワクチン (接種日 年 月 日) )  
 混合ワクチン ( 種のワクチン )  
 (接種日 年 月 日)

② いいえ

3. フィラリア予防はしていますか？

① はい ( 錠剤 ・ おやつタイプ ・ スポット )

② いいえ

4. 今までに大きな病気やケガをしたことはありますか？

① はい (具体的に

② いいえ

5. 今までに注射などでアレルギー反応やショック症状が出たことはありますか？

① はい (具体的に

② いいえ

6. 何で当院をお知りになりましたか？

電話帳 ・ インターネット ・ 病院を直接見て ・ 紹介 (紹介者 )

看板 ・ パンフレット ・ 以前かかっていた ・ その他 ( )

個人情報保護について

1. 個人情報の収集、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ご利用しないと、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

適切な処置をとることにより、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。