どうぶつの総合病院
専門医療＆救急センター

内科　ご家族様　問診票・同意書

- 飼い主様のお名前：ふりがなもお書き添えください。

- ご住所：〒

- 電話番号：
- 緊急連絡先：

- ペットのお名前：
- 品種：　　• 年齢：　　才（　　年　　月　　日生まれ）
- 性別：オス ・ 去勢済みオス ・ メス ・ 避妊済みメス （手術　　年　　月　　日）

- 予防・ワクチンについて

狂犬病ワクチン　□接種している　□していない
混合ワクチン　□接種している（　　）種混合、最終接種日（　　）年（　　）月（　　）日　□していない
ノミ・ダニ予防　□している　□していない
フィラリア予防　□している （ 錠剤 ・ おやつタイプ ・ 塗布剤 ・ 注射 ）　□していない

以下のご質問にわかる範囲でお答えください。（該当する□に印をしてください）

- 今まで病気になったことはありますか？　□はい　□いいえ

- 病名：　　• いつ頃：

- 今までに注射などでショック、その他の異常が見られたことがありますか？　□はい　□いいえ

- 具体的に：

- 今回の来院理由、現在の主な症状はなんですか？

- それはいつからですか？

- その他、気になることはありますか？

診療にあたって得られた診療情報、検査結果や検査材料を、獣医学の発展（医療技術の向上や教育、研究）のために学術利用（例：学会発表、教育講演、学術雑誌、学術論文、研究など）することがあります。なおこれに関し、ご家族様の個人情報が公開されることはありません。
ご理解・ご同意いただける場合にはこちらの署名欄にご署名ください。なお、非同意による診療上の不利益は一切ございません。

日付：　　年　　月　　日　　署名：