

新規ペット患者登録

動物病院向けの包括的な新規患者登録で、完全な医療履歴と予防接種歴を含む

クライアント情報

名前 *

姓 *

メールアドレス *

電話番号 *

生年月日 *

YYYY年MM月DD日

ペット情報

ペットの名前 *

動物種 *

- ☐ 犬 ☐ 猫 ☐ 鳥
☐ ウサギ ☐ 爬虫類 ☐ その他

犬種/猫種 *

毛色/特徴

生年月日（またはおおよその日付） *

YYYY年MM月DD日

性別 *

- ☐ オス（未去勢） ☐ オス（去勢済み） ☐ メス（未避妊）
☐ メス（避妊済み）

現在の体重（lbs） *

ペットにマイクロチップはありますか？

- ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

マイクロチップ番号（既知の場合）

ペット履歴

ペットはどこから入手されましたか？

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ ブリーダー | ☐ 動物保護施設/保護団体 | ☐ ペットショップ |
| ☐ 友人/家族 | ☐ 保護/野良 | ☐ その他 |

以前の獣医師/動物病院

以前の獣医師の電話番号

以前の獣医師から医療記録をリクエストすることができますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

予防接種履歴

狂犬病予防接種は最新ですか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

最後の狂犬病予防接種日

YYYY年MM月DD日

基本ワクチンは最新ですか？（犬用DHPP、猫用FVRCP） *

- ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

ボルデテラ（ケンネルコフ）予防接種は最新ですか？（犬用）

- ☐ はい ☐ いいえ ☐ N/A – 猫

ペットはフィラリア予防を受けていますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

ペットはノミ・ダニ予防を受けていますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

医療履歴

ペットは以下のいずれかの診断を受けたことはありますか？

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ アレルギー（食物、環境、または皮膚） | ☐ 関節炎/関節の問題 |
| ☐ 心臓病 | ☐ 腎臓病 |
| ☐ 肝臓病 | ☐ 糖尿病 |
| ☐ けいれん/てんかん | ☐ がん |
| ☐ 甲状腺障害 | ☐ 上記のいずれでもない |

上記の状態について詳細をお知らせください

現在の薬とサプリメント

既知のアレルギー（薬、食べ物）

以前の手術または入院

現在の食事/フードブランド

行動情報

ペットは人や動物に噛みついたり、かじろうとしたことはありますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合は説明してください

ペットは獣医師の施設で不安を感じますか？

☐ いいえ — 落ち着いている ☐ 軽度 — 神経質だが管理可能
☐ 中程度 — 優しい保定が必要な場合がある ☐ 重度 — 鎮静が必要な場合がある

ペット保険

ペットは保険に加入していますか？

☐ はい ☐ いいえ

保険プロバイダー

保険証券番号

同意と署名

上記の情報が正確かつ完全であることを認めます。獣医師チームがペットに医療を提供することを承認します。予防接種記録を最新の状態に保ち、ペットの健康状態の変化について診療所に知らせることに同意します。

上記の情報を読み、理解したことを確認し、知情同意を与えます。

上記の情報を読み、理
解しました: _____

署名

日付

名前を記入

日付 *

YYYY年MM月DD日

このフォームはConsentifyから無料で提供されています

Consentifyはこのようなフォームをデジタル同意書に変換し、クライアントがQRコードで自分のスマートフォンから署名できるようにします。自動PDF生成、禁忌フラグ、暗号化されたストレージが含まれます。無料プランは <https://getconsentify.com> から利用可能です。テンプレートのみ。使用前に、ご自身の所属する専門家または法務顧問に確認してください。要件は管轄区域および実践内容によって異なります。