

ลงทะเบียนผู้ป่วยสัตว์เลี้ยงใหม่

ลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ที่ครอบคลุมสำหรับคลินิกสัตว์แพทย์พร้อมประวัติการแพทย์ที่สมบูรณ์และประวัติการฉีดวัคซีน

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อจริง *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

หมายเลขโทรศัพท์ *

วันเกิด *

DD / MM / YYYY

ข้อมูลสัตว์เลี้ยง

ชื่อสัตว์เลี้ยง *

ชนิด *

☐ สุนัข

☐ แมว

☐ นก

☐ กระต่าย

☐ สัตว์เลื้อยคลาน

☐ อื่นๆ

สายพันธุ์ *

สี/เครื่องหมาย

วันเกิด (หรือโดยประมาณ) *

DD / MM / YYYY

เพศ *

☐ ตัวผู้ (ยังไม่ได้ทำหมัน)

☐ ตัวผู้ (ทำหมันแล้ว)

☐ ตัวเมีย (ยังไม่ได้ทำหมัน)

☐ ตัวเมีย (ทำหมันแล้ว)

น้ำหนักปัจจุบัน (ปอนด์) *

สัตว์เลี้ยงของคุณมีไมโครชิปหรือไม่?

☐ ใช่

☐ ไม่

☐ ไม่ทราบ

หมายเลขโมโครชิป (หากทราบ)

ประวัติสัตว์เลี้ยง

คุณได้สัตว์เลี้ยงจากที่ใด?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ ผู้เพาะพันธุ์ | ☐ ศูนย์พักพิง/องค์กรช่วยเหลือ | ☐ ร้านขายสัตว์เลี้ยง |
| ☐ เพื่อน/ครอบครัว | ☐ พบได้/หลงทาง | ☐ อื่นๆ |

สัตว์แพทย์/คลินิกที่แล้ว

โทรศัพท์สัตว์แพทย์ที่แล้ว

เราสามารถขอบันทึกทางการแพทย์จากสัตว์แพทย์ที่แล้วของคุณได้หรือไม่?

- ☐ ใช่ ☐ ไม่

ประวัติการฉีดวัคซีน

การฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าเป็นปัจจุบันหรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ ☐ ไม่ทราบ

วันที่ฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าครั้งล่าสุด

DD / MM / YYYY

วัคซีนหลักเป็นปัจจุบันหรือไม่? (DHPP สำหรับสุนัข, FVRCP สำหรับแมว) *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ ☐ ไม่ทราบ

การฉีดวัคซีนบอร์เดเทลลา (ไอสุนัข) เป็นปัจจุบันหรือไม่? (สุนัข)

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ ☐ ไม่ใช้บังคับ — แมว

สัตว์เลี้ยงของคุณได้รับการป้องกันโรคหอนใจหรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่

สัตว์เลี้ยงของคุณได้รับการป้องกันเห็บ/ไรหรือไม่? *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่

ประวัติการแพทย์

สัตว์เลี้ยงของคุณได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอาการใดอาการหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ ภูมิแพ้ (อาหาร สิ่งแวดล้อม หรือผิวหนัง) | ☐ โรคอักเสบของข้อต่อ / ปัญหาข้อต่อ | ☐ โรคหัวใจ |
| ☐ โรคไต | ☐ โรคตับ | ☐ โรคเบาหวาน |
| ☐ อาการชักกระตุก / โรคลมชัก | ☐ มะเร็ง | ☐ ความผิดปกติของต่อม |
| ☐ ไม่มีอาการใดข้างต้น | | |

โปรดระบุรายละเอียดสำหรับอาการใดๆ ข้างต้น

ยาและอาหารเสริมปัจจุบัน

ภูมิแพ้ที่ทราบ (ยา อาหาร)

การผ่าตัดหรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อน

อาหารปัจจุบัน / แบริ่งอาหาร

ข้อมูลพฤติกรรม

สัตว์เลี้ยงของคุณเคยกัดหรือพยายามกัดบุคคลหรือสัตว์อื่นหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

หากใช่ โปรดอธิบาย

สัตว์เลี้ยงของคุณมีความวิตกกังวลที่สัตว์แพทย์หรือไม่?

☐ ไม่ — สงบนิ่ง ☐ เหว — ประเมิน แต่สามารถควบคุมได้ ☐ ปานกลาง — อาจต้องมีการกักเก็บเบา ๆ
☐ รุนแรง — อาจต้องให้ยาสงบ

การประกันสัตว์เลี้ยง

สัตว์เลี้ยงของคุณมีประกันหรือไม่?

☐ ใช่ ☐ ไม่

ผู้ให้บริการประกัน

หมายเลขกรมธรรม์

การยินยอมและลายเซ็น

ฉันรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องและสมบูรณ์ ฉันอนุญาตให้ทีมสัตวแพทย์ให้การรักษาทางการแพทย์แก่สัตว์เลี้ยงของฉัน
ฉันยินยอมให้ทำบันทึกการฉีดวัคซีนให้เป็นปัจจุบัน และแจ้งคลินิกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในสุขภาพของสัตว์เลี้ยงของฉัน

ฉันรับรองว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น และให้ความยินยอมอย่างเต็มที่

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น: _____

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รงเดือนข้อห้าม
และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แผนฟรีใช้ได้กับ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ