

言葉が話せない患者さんに代わってお答えください

年 月 日
(初診質問表・フェレット)

カルテNo. _____

ふりがな _____

家族名(飼主名) _____

ご住所 〒 _____
(マンション・アパート名) _____

お電話 _____ FAX _____ 携 帯 _____

勤務先名 _____ 携帯メールアドレス _____

勤務住所 〒 _____ 勤務先電話 _____

フェレットちゃん名前 _____ 種類 _____ ♂・♀ _____ 生年月日 _____ 年 月 日

1. いつも住んでいる場所 室内 ・ ゲージ
2. 入手方法 購入 ・ もらった ・ 自宅で生まれた ・ 拾った ・ その他
3. 本日のご来院 ① 具合が悪そうだから
→ いつからですか? _____
→ どこが悪そうですか? _____
→ どんな症状ですか? _____
② 健康チェック・相談 ③ ワクチン ④ その他
4. ワクチン接種はしていますか? ① はい → A システンパー B 5種混合 C その他
② いいえ ③ わからない
5. フィラリア予防はしていますか? ① はい (錠剤・チュアブル・粉末) ② いいえ
6. 去勢・避妊手術はしましたか? ① はい → (いつ頃 _____) ② いいえ ③ わからない
7. いつも何を食べさせていますか? ドライペレット ・ 野菜、果物 ・ その他(サプリメントなど)
8. いままで病気になったことはありますか?
① はい
→ 具体的に... _____
② いいえ
9. いままでに注射などで、ショックなど異常が見られたことはありますか?
① はい
→ 具体的に... _____
② いいえ
10. 何で当院をお知りになりましたか?
a. 電話(電話帳) b. 紹介者: 有 _____ ・ 無 c. 病院を直接見て d. 看板
e. インターネット(ホームページ・ブログ・ツイッター・通販・フェイスブック)
f. パンフレット(入手方法: ポスティング・院内・知人からもらった・その他) g. 以前かかっていた h. セミナ参加

個人情報保護について

1. 個人情報の収集、利用、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
合理的の施設とることにより、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。