

初診受付カード

イオンペット株式会社

年 月 日 カルテNo.

ペットの情報

性別 オス 去勢済
 メス 避妊済

動物種 犬 猫
 その他 ()

品種 毛色

生年月日 西暦 年 月 日

マイクロチップNo.

狂犬病鑑札No.

入手経路 (購入店/譲渡元:)

飼育開始日 西暦 年 月 日

飼い主様の情報

ふりがな _____

お名前 _____ ご職業 _____

ご住所 〒 _____

ワクチンのお知らせ等の送付 希望する 希望しない

電話番号 _____ () _____

携帯番号 _____

緊急連絡先 _____ () _____

■保険にご加入されていますか? (はい , いいえ)

※はいとお答えの方は受付で必ず保険証をご提示ください。

アニコム保険 アイペット保険 その他 ()

■ペットファースト・オプション (ほっとサポート)

加入している (スタンダード・プラチナ) 加入していない

■どちらで当院をお知りになりましたか?

- ペットショップの紹介 (店舗名:) トリミングサロンの紹介 (店舗名:)
- 買い物に来て見つけた 当院のホームページ その他インターネット (サイト名:)
- 建物外の看板・広告 ご紹介 (どなたから:) テレビ・その他メディア
- 雑誌やチラシの広告 他院からの紹介 (紹介元病院:) DM
- 同居動物がすでにかかっている (カルテNo. ペット名:)

■今日はどうされましたか?

予防・予防接種 健康診断 診察・検査希望 その他 ()

■今まで大きな病気や手術をしたことがありますか?

ない ある (病名と時期)

■お薬や食べ物に対してアレルギーが出たことがありますか?

ない ある お薬名: _____
食品名: _____



■苦手なお薬のタイプはありますか?

ない ある 粉 錠剤 液剤 その他 (ご希望等)

■下記の予防をされていますか?

<input type="checkbox"/> 混合ワクチン	最終接種日	年	月	日
<input type="checkbox"/> 狂犬病	最終接種日	年	月	日
<input type="checkbox"/> ノミ・ダニ予防 (おやつ・スポット・その他)	最終接種日	年	月	日
<input type="checkbox"/> フィラリア症 (おやつ・錠剤・注射)	最終接種日	年	月	日

裏面もごさいます

1. ～ペットの撮影について～

当社動物病院では、診療記録として写真撮影をする場合がございます。

当該写真は、利用目的の範囲内において適切に取り扱うものとします。

○利用目的○

- (1) 動物病院内での掲示
- (2) 当社ホームページ、各種SNSへの掲載
- (3) 当社作成の情報誌、社内向け広報資料等への掲載
- (4) 学術研究への利用

2. ～個人情報取扱いについて～

イオンペット株式会社（以下、「当社」といいます）は、個人情報を適切に利用するとともに、その安全管理に努めます。

当社の役員及び全ての従業員は、業務上知り得た個人情報をみだりに第三者へ開示し、また正当な目的以外に無断で利用することはいたしません。当社業務の円滑な遂行のため、利用目的の範囲内において業務上の権限を得た者のみが、業務遂行上必要な限りにおいて取扱いを行います。

○利用目的○

- (1) 当社が取り扱う商品・サービスのご案内及びご提供
- (2) アフターケアのご提供及びご連絡（お電話・DM発送業務を含む）
- (3) 当社が提供する商品・サービス等に関するアンケートの実施
- (4) 当社が発行する発行物への写真掲載及び店舗店頭・ホームページ上での写真公開
- (5) 新たな商品・サービスの開発
- (6) メールマガジン配信及び広告の表示
- (7) 各種イベント・キャンペーン・セミナーのご案内
- (8) プレゼント等各種キャンペーンに関するご連絡
- (9) 適切な医療提供を目的とした他の医療機関との連携

3. ～生体試料の提供に関するご協力をお願い～

当社動物病院では、有効な治療法や予防法の開発のために治療前後において生体試料を研究する事によりその疾患の原因、進展様式、更には治療効果の向上などを目指しております。

つきましては、動物医療発展のため、生体試料の提供にご協力いただきたくお願い申し上げます。

- (1) 試料は来院時や入院時、手術時に行う検査や治療によって得られます。
ペットへの危険性が増えることはありません。
- (2) 採取・保存された試料は、主に基礎的な研究に利用されます。
- (3) 研究の結果は、飼い主さま個人にお知らせできるものではありません。
- (4) 研究の成果は、飼い主さま個人が特定されない形で学会発表や学術雑誌等で公表される場合があります。
- (5) 試料の提供に対する報酬の支払いはありません。

以上、ご承諾いただけます項目にチェックのうえ、ご署名をお願い申し上げます。

承諾年月日

西暦： _____年 _____月 _____日

ご署名： _____

ご協力ありがとうございました。イオンペット動物病院グループは、確かな獣医療をもとに安心と優しさを提供いたします