

初診カード

年 月 日

No

言葉が話せない患者さんに代わってお答えください。

住所	〒			
ふいかな			家族数	人
飼主氏名				
電話		緊急連絡先(名称、TEL)		職業

種別	ウサギ・フェレット・ハムスター・小鳥・その他()			
種類		名前		
性別	オス	メス	避妊・去勢	してある。 ない。 希望する。
生年月日	年	月	日	生まれ 満 才

* 当院をどこで知りましたか？

①知人の紹介() ②ホームページを見た ③広告をみた ④自宅が近い

* 住んでいる場所は？

①室内 ②ケージ ③内・外自由 ④その他()

* 入手方法は？

①買った ②もらった ③自宅で生まれた ④拾った ⑤その他()

* 同居動物はいますか？ いる場合は具体的にお書きください。

・いる(種類と頭数)) ・いない

* 食事はどのようなものを与えていますか？詳しくお書きください。

(

* 床敷はどのような物を使用していますか？

①わら ②おがくず ③チップ ④新聞紙 ⑤ちり紙 ⑥その他()

* ワクチンは接種していますか？

・接種している(種類)) ・していない

* 性格は？

なれている おとなしい 臆病 狂

* いままでにかかった病気はありますか？

(

)

* 注射、薬でアレルギーやショック等の異常が見られた事がありますか？

・はい(具体的に)) ・いいえ

* 本日はどうなされましたか？(出来るだけ詳しくお願いします。)

(

)