

問診票

(エキゾチックアニマル)

ID: _____

日付 20 年 月 日

ふりがな		ご職業	
飼い主様のお名前		電話番号	()
		緊急連絡先	()
ふりがな			
ご住所	〒 -		
ふりがな		ペット種	ウサギ・モルモット・チンチラ・デグー ハムスター・ハリネズミ・フェレット 爬虫類・両生類・その他 ()
ペットのお名前			
生年月日	20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 推定	品種	
飼育開始日 (入手方法)	20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 頃	毛色・モルフ	
	ペットショップ・ブリーダー・自宅で生まれた譲渡・保護・その他 ()	性別	オス・オス去勢・メス・メス避妊・不明
本日の来院目的	ケガや病気の治療・日常ケア(爪切り等※)	保険加入	未加入 加入 ()
写真掲載可否	学術利用及び当施設SNS等で、お写真を使用することは可能ですか? はい / いいえ		
症状等の内容 <small>(日常ケアをご希望の場合はその内容)</small>	いつから:	※ご希望のケア内容:	
	どこが:		
	どのような:		
既往歴 <small>(病名、発症時期、手術日等)</small>			
アレルギー	ない ある ()		
生活環境	室内(放し飼い)・室内(ケージ)・主に室内(出入自由)・その他 () 室温/水温: _____℃ 湿度: _____% 床材: _____ <input type="checkbox"/> ヒーター/赤外線 <input type="checkbox"/> 紫外線		
食事内容	<input type="checkbox"/> ドライフード/ペレット(メーカー等: _____) <input type="checkbox"/> 牧草(メーカー等: _____) <input type="checkbox"/> ウエットフード(メーカー等: _____) <input type="checkbox"/> その他(メーカー等: _____)		
同居ペット	いない いる(犬: _____匹、猫: _____匹、その他 _____)		
当施設を知ったきっかけ	チラシ・近所・ホームページ・Instagram・ご紹介(_____様) その他(_____)		
以前かかりつけの動物病院名		DM送付	可・不可
身分証明書確認	未・済 (運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード・在留カード・パスポート・その他 _____)		