

ID . \_\_\_\_\_

(質問表：小動物 04/02 作成)

年 月 日

飼主様氏名(フリガナ) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) ご職業 \_\_\_\_\_

ご住所 〒 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ペット名 \_\_\_\_\_ 品種 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

ご紹介者 \_\_\_\_\_

<以下の質問にお答えください> 当てはまる□にチェックしてください

1.いつも住んでいるところはどこですか

ゲージ・か サークル その他 ( \_\_\_\_\_ )

2.入手方法は

ご購入 もらった 自宅で生まれた その他 ( \_\_\_\_\_ )

3.ご来院の理由

具合が悪い どの頃から、どこが、どのように悪いですか？

( \_\_\_\_\_ )

健康診断・ご相談 ( \_\_\_\_\_ )

ワクチン(フェレットの場合)

4.ワクチン(フェレットの場合)は接種されていますか？ ハイ イエ

最終接種はいつ頃ですか( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 )

5.不妊手術(フェレットの場合)はしましたか？ ハイ どの頃ですか(購入時・ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

イエ

6.いつも食べている食事について

主食(内容・メーカー \_\_\_\_\_ ) その他( \_\_\_\_\_ )

7.今まで他の動物病院にかかったことがありますか

ハイ ( 病気 ・ ケガ ・ その他 )

いつ頃でどのような治療を受けられましたか？

(いつ頃: \_\_\_\_\_ 治療内容: \_\_\_\_\_ )

8.今まで注射・薬などでショックなどを起こしたことがありますか

ハイ (いつ頃: \_\_\_\_\_ どのようになりましたか: \_\_\_\_\_ )

9.他にペットを飼われていますか ハイ (品種など \_\_\_\_\_ )