

予約整理番号:  
令和 年 月 日

エキゾチックアニマル

来院時間 時 分

# 初診問診票

NO.

フリガナ お名前		お電話番号	ご自宅 携帯	
ご住所	〒			

飼育されている 動物に関して	お名前	生年月日	年 月 日( 歳)
		ちゃん ※不明な場合、お迎え日⇒	年 月( 歳くらい)
	動物種	品種	
	毛色(モルフ)	性別	オス ・メス 去勢オス ・避妊メス ・不明
	お迎え先	ペットショップ( ) 里親 ・ 保護 ・ その他( )	
	ご飯	ドライ ・ ウェット ・ ドライ&ウェット ・ その他( )	
		カルシウム剤添加 <input type="checkbox"/> ビタミン剤添加 <input type="checkbox"/> その他( )	
	飼育環境	温度: °C ・ 湿度: %	床材
飼育場所	室内放し飼い ・ ケージ内 ・ 屋外にも出る		
当院をお知りになったきっかけ ・ホームページ ・ご紹介 ・その他( )			

1、本日はどうされましたか？  
・具合が悪そう ⇒ いつからどんな症状ですか？  
・健康診断  
( )

2、今までに病気にかかったり、手術を受けた事がありますか？  
・はい \*いつ頃、どのような ( )  
・いいえ ↳かかりつけ病院( )

3、同居している動物はいますか？  
・はい ⇒ ( )  
・いいえ

4、動物の性格  
例:怖がり、触られるのが苦手、etc…  
( )

5、ノミ、ダニ予防はしていますか？  
・はい ⇒ 薬品名( )  
・いいえ

5、ペット保険に加入していますか？  
・はい ⇒ 保険会社( )  
・いいえ

S:

E: