

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: