



初診問診票（エキゾチック動物用）

お手数ですができるだけ詳しくご記入ください。
分からない箇所や記載不要な欄のある場合は空白のままお持ちください。



No. _____

年 月 日

飼い主さまについて

| | | | |
|---------|--------|-----|--|
| フリガナ | | TEL | |
| 氏名 | | 携帯 | |
| メールアドレス | | | |
| フリガナ | | | |
| 住所 | (〒 -) | | |

かわいい患者さんについて

| | | | |
|----|---------|---------|------------|
| 名前 | | 品種 | |
| 性別 | 男の子 去勢済 | 女の子 避妊済 | 生年月日 年 月 日 |

| | | | | | | | |
|-----|--------|------------|-------------|----|----|----|----|
| 予防歴 | 混合ワクチン | していない・している | 最近だと 年 月頃 | | | | |
| | ノミ・マダニ | していない・している | 3種 | 5種 | 6種 | 7種 | 8種 |
| | フィラリア | していない・している | 毎年きちんと ・ 時々 | | | | |

| | | |
|-----------------------------------|---|-------------------|
| 本日の来院目的 当てはまる内容に チェックしてください | <input type="checkbox"/> 具合が悪そう <input type="checkbox"/> 健康チェック <input type="checkbox"/> ワクチン接種 <input type="checkbox"/> フィラリア予防 <input type="checkbox"/> その他 | 具体的にご記入をお願いいたします。 |
|-----------------------------------|---|-------------------|

| | |
|--------------------|-----------------------------------|
| 飼育場所について | 室内 ・ ケージ ・ 室外 ・ その他 () |
| 家族に迎えた方法は？ | 購入・もらった・拾った・自宅で生まれた・その他 () |
| いつも食事は何をあげていますか？ | ペットフード ・ 野菜 ・ 果物 ・ ひまわり ・ その他 () |
| 人に慣れていますか？ | よく慣れている ・ 少しは触らせる ・ 慣れていない 嫌がる |
| 過去に子供を産んだことはありますか？ | ない ・ ある (いつ頃?) |
| 現在薬やサプリを飲んでますか？ | いいえ ・ はい (名称) |

●当院をどのようにお知りになりましたか？

近所 通りがかり インターネット 電柱看板 ご紹介() その他

●フェレットさんの飼主様で予防シーズンをお知らせするご案内ご希望されますか？ 希望する 希望しない

ありがとうございました。カルテを作成しお呼びしますので、少々お待ちください。

当院は個人情報保護法に基づき、ここに記載された個人情報を適切に管理し医療目的のみに利用するとともに、本人の事前同意なしには目的外の利用や第三者への提供などはいたしません。利用目的の範囲内で、当院から本人に文書などを送信することを予めご了承ください。