

エキゾチックアニマル初診問診票

フリガナ
★飼い主様 お名前 _____ 様
ご住所 〒 _____

電話番号（ご自宅） _____
（緊急連絡先） _____

★患者様 お名前 _____ ちゃん
種類 _____
生年月日 _____（ 歳）
性別 オス メス 去勢・避妊済
毛色 _____

★ノミ・ダニ予防 している していない

★性格 活発 大人しい 怖がり 攻撃的 その他

★飼育環境 ケージ（室内） ケージ（室外） その他（ _____ ）

★食事内容 ペレット 乾草 野菜 ミックスフード
その他（ _____ ）

★ペット保険に加入されていますか？ はい（ _____ 保険） いいえ

★同居の動物さんの有無
（犬 猫 うさぎ フェレット ハムスター 鳥 その他）

① 今日はどうされましたか？

- 健康診断
診察（ _____ ）
その他（ _____ ）

② 「診察」を選ばれた方・・・

- その症状はいつからですか？（ _____ 頃から）
●その症状について他院での診断はありますか？ はい いいえ
（病院名 _____ ）
（診断 _____ ）

③ 当院をどこでお知りになりましたか？（複数可）。

- 広告チラシ インターネット検索 パソコン スマートフォン
看板広告 家 or 職場から近い 知人の紹介（ _____ 様）
他院からの紹介（病院名 _____ ）