

問診表 (小動物)

飼い主様名(Owner Name)		電話番号(Main Telephone)	
フリガナ		自宅 () —	
様		携帯 () —	
住所(Address)			
(〒 —)			
ペットの名前(Pet Name)		生年月日(Birthday)	
フリガナ		年 月 日 (歳)	
ちゃん		性別	☐ ♂オス ☐ ♀メス ☐ 不明
		去勢・避妊	☐ 未 ☐ 済
種類	☐ うさぎ(Rabbit) ☐ 小鳥(Bird) ☐ ハムスター(Hamster) ☐ フェレット(Ferret)		
品種		毛色	
保険	☐ 無 ☐ 有（保険会社名： ） ※保険証を一緒にご提出ください。		

来院目的 ☐ 健康/定期診断 ☐ 皮膚科 ☐ 狂犬病・混合ワクチン ☐ 寄生虫予防 ☐ 体調不良 ☐ その他			
体調が悪い場合は詳しくご記入ください。(いつ頃から)			
触ることができますか？		☐ はい ☐ いいえ ☐ 家族なら触れる	
特に触れない場所は？		☐ 顔 ☐ 耳 ☐ くち ☐ 前手 ☐ 後ろ足 ☐ 背中 ☐ その他()	
過去に手術・病気をしましたか？		☐ いいえ ☐ はい(いつ頃： 病名：)	
投薬中の薬はありますか？		☐ いいえ ☐ はい(薬名：)	
過去にアレルギー症状が出たことがありますか？		☐ いいえ ☐ はい ※ワクチン・食事・薬物など	
何に反応しましたか？		(何に： どのように：)	
食事	☐ ドライフード ☐ ウェット ☐ 病院食() ☐ その他()		
生活場所	☐ 室内 ☐ 屋外		
来院したきっかけを教えてください		☐ 知人の紹介(紹介者： 様/ペット名 ちゃん)	
☐ ホームページ ☐ 看板広告 ☐ ご近所 ☐ SNS ☐ その他(理由)			

ご協力ありがとうございました。