〈　　〉

問診票

（エキゾチック）

＊治療の参考にさせて頂きますので、書ける範囲でご記入ください。

年　　月　　日

住所	〒		
フリガナ		家族数	所帯主のご職業
飼い主氏名		人	
電話番号		当院をどのようにお知りになりましたか？ □ご紹介（　　様） □ホームページ　□インターネット □その他（　　）	
緊急連絡先			

ペットの類別	ウサギ・フェレット・ハムスター・小鳥・その他（　　）		
ペットの名前		種類	
生年月日	年　　月　　日	性別	オス　・　メス
去勢・避妊手術	している（　　才の時）　・　していない　・　希望する		
同居動物	いる（具体的に　　）・いない	飼育経験	ある　・　ない
食事	（メーカー・商品名など　：　　）		
飼育環境	ケージ飼育・部屋の中を自由 その他（　　）	（フェレットのみ） ワクチン接種	している　・　していない （最終接種日　　年　　月）
		（フェレットのみ） フィラリア予防	している　・　していない （飲んでいる薬　　）
性格	社交的　・　臆病　・　狂暴　・その他（　　）	ペット保険に 加入している方	保険会社：

★　病歴があればご記入ください。

［　　］

★　服用中のお薬があればご記入ください。

［　　］

★　本日はどうなさいましたか？

［　　］

HIBARI VETERINARY CLINIC