

問診票



フリガナ	
飼い主様のお名前	
住所	〒 -
電話番号（市外局番から）	- -

ペットのお名前（フリガナ）	
動物種	ウサギ ハムスター 他()
性別	オス メス 不明 (去勢、避妊手術: 未 ・ 済)
去勢、避妊手術済みの子のみ	年 月 日頃実施
生年月日	年 月 日(確定・推定)
年齢	才 *誕生日、年齢が不明な場合は推定でかまいません

生活環境	・室内でケージの中 ・室内で水槽 ・室外 ・その他()
入手経路	・ペットショップ ・里親募集 ・知人から ・ブリーダー ・拾った ・その他()
日常食	・ウサギ用フード ・ハムスター用フード ・牧草 ・野菜() ・おやつ() ・人間の食べ物() ・その他()

かかりつけの病院はありますか？	ある（病院名) ない
今までお薬で異常が出たことや、大きな病気をしたことはありますか？	ある（具体的に) ない
他に飼っている動物はいますか？	いる（犬・猫・鳥・ウサギ・他） いない
動物保険のアニコムに加入していますか？	はい いいえ
本日の来院理由を教えてください (いつから、どのような状態ですか？)	
当院を知ったきっかけを教えてください	・インターネット ・人からの紹介 ・近所に住んでいる ・その他()