

エキゾチック初診問診票

《飼い主さまの情報》

お名前	フリガナ	ご職業	電話番号 (どなたのか)			
			①	-	-	()
ご住所	フリガナ		②	-	-	()
	〒		③	-	-	()

《ペットの情報》

お名前	フリガナ	生年月日 (月 年 日 歳)	動物種	毛色
本日来院理由 (詳細) 1 予防 2 体調不調 3 その他				性別 1 男 ※去勢 未 or 済 2 女 ※避妊 未 or 済

あてはまる番号に○をつけ、必要に応じカッコ内にご記入ください

アレルギー歴 1 あり (原因) 2 なし	今までかかった病気 1 あり (病名) 2 なし
ペット保険加入 1 あり (保険会社名) 2 なし	当院をお知りになった理由 1 ご紹介 (紹介者名) 2 看板 3 当院 HP 4 他 HP

◇◇◇ご家族およびペットに寄り添った診療を心がけております。差支えなければ教えてください◇◇◇

いつごろおうちにお迎えしましたか	歳	ヶ月ごろ (年 月 日ごろ)
どのようにして迎えましたか	1 購入 2 もらった 3 拾った 4 その他 ()	
今までかかりつけの病院はありましたか 差支えなければ病院名を教えてください		
いつもなにを食べさせていますか (主食・おやつ・メーカー・商品名 等)		
飼育場所には何が置いてありますか (回し車・敷材の素材 等)		
お名前の由来はなんですか (お迎えした際のエピソード・名付け親・普段の呼び名なども教えてください)		
主にどなたがお世話なさっていますか		同居の動物はいますか