



カルテNo. \_\_\_\_\_

# 初診問診票

\_\_\_\_\_年 月 日

病歴についておたずねします。なるべく詳しくお書きください。

|                |                                 |
|----------------|---------------------------------|
| いつから飼っていますか？   | 年 月より・約 年前より                    |
| 飼育環境は？         | ケージ(1匹・多頭飼い)・室内・室外              |
| 食事内容は？         | 固形専用フード 商品名<br>種子類・牧草・野菜類・他     |
| どんな性格ですか？      | 良い・とてもきつい・きつい・その他               |
| 出産経験はありますか？    | はい 最後はいつ頃<br>-----<br>いいえ・わからない |
| アレルギーがありますか？   | ある 何に？<br>-----<br>いいえ・わからない    |
| 今までに病院に行ったことは？ | ある・ない・わからない                     |

病院に行ったことのある方のみご記入ください。

|                           |                                       |
|---------------------------|---------------------------------------|
| 手術の経験はありますか               | 去勢(♂) 避妊(♀)・いいえ・わからない<br>-----<br>その他 |
| 過去に大きな病気はしていますか           | はい 具体的に<br>-----<br>いいえ・わからない         |
| 過去に麻酔の経験はありますか            | はい 手術・その他<br>-----<br>いいえ・わからない       |
| 過去に注射などでショックをおこしたことがありますか | はい 具体的に<br>-----<br>いいえ・わからない         |

フェレットの飼い主さんのみご記入ください。

|                  |  |
|------------------|--|
| 予防接種はしてありますか？    | 狂犬病・ジステンパー・ 種混合                        |
| それはいつ頃ですか？       | いいえ・わからない                              |
| フィラリアの予防はしていますか？ | 薬を飲ませている・注射をしている<br>-----<br>いいえ・わからない |

カルテを作りますので、受付にご提出お願いいたします。