

No. _____

年 月 日

齧 歯 類 及 び フ ェ レ ッ ト 初 診 問 診 表

飼主	フリガナ	住所	〒	TEL
				FAX
呼名		品種	♂ ♀	生年月日
紹介		緊急連絡先など	TEL	

- 1 いつも住んでいる場所は？ ①室内 ②室外 ③室内外
- 2 飼育ゲジの形態は？ ()
- 3 ゲジの床敷は？ ()
- 4 本日の来院目的は？ ①具合が悪いから (いつから どの)
②健康チェック 相談 ③その他 ()
- 4 いつも食べているものは？ (具体的に)
- 5 交配経験はありますか？ ① はい (時期)
②いいえ
- 6 今までに病気になったことはありますか？
① はい (時期 -)
(どんな)
②いいえ
- 7 不妊手術(去勢 避妊)はしましたか？
① はい (時期)
②いいえ
- 8 フェレットの方、ワクチン、フィラリア予防、肛門線除去手術はうけましたか？
ワクチン ① はい(時期 種類)
②いいえ
フィラリア予防 ① はい
②いいえ
肛門線除去手術 ① はい(時期)
②いいえ
- 9 今までに病気になったことはありますか？
①はい (時期 どの)
②いいえ
- 10 その他、何か気付いたことがあったら書いてください。