

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 | 年 月 日頃 |
| 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。