



# 問診票 エキゾチック

● 飼主様のお名前 (フリガナ) \_\_\_\_\_  
(氏 名) \_\_\_\_\_ 様

● ご住所 〒 \_\_\_\_\_

● ご自宅の電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) 緊急ご連絡先電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

● ペットのお名前 (名前: \_\_\_\_\_ ちゃん) ● 種類 ( \_\_\_\_\_ )

● 性別  オス  メス

● 年齢 才 \_\_\_\_\_ ヶ月 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生まれ) ※正確な年齢が不明な場合は以下からお選びください。

6か月未満  1歳以下  1~2歳  2~6歳  6~10歳  10歳以上  不明  ( \_\_\_\_\_ 歳くらい)

● 保険加入  加入 (保険会社名: \_\_\_\_\_ )  未加入

## ▶ 今日はどうなさいましたか?

混合ワクチン (フェレットのみ)  健康チェック  具合が悪い

・主な症状

いつ頃 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

( どのような \_\_\_\_\_ )

## ▶ 飼われた経緯について教えてください

購入した (ペットショップ・ブリーダー)  譲り受けた (友人・知人等から 里親募集で)  その他 ( \_\_\_\_\_ )

▶ いつお家に来ましたか (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

## ▶ 予防履歴を教えてください (フェレットのみ)

・ワクチン  接種済 (種類: \_\_\_\_\_ / 前回接種日: 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  未接種

## ▶ 去勢・避妊手術はされましたか? (ウサギのみ)

はい (時期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  いいえ

## ▶ 食事は何をあげていますか?

( \_\_\_\_\_ )

## ▶ 今までに病気・怪我をしたことがありますか?

はい (いつ頃: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 / どのような: \_\_\_\_\_ )  いいえ

## ▶ 今までに注射などでショックまたは具合が悪くなったことはありますか?

はい (  注射  飲み薬  外用薬 / 薬品名: \_\_\_\_\_ )  いいえ

## ▶ 当院は何でお知りになりましたか? ※あてはまるものをすべてお選びください

- 1 インターネット  ネット検索で探して知った  ブログや Facebook で知った
- 2 建物の前を通りがかって知った
- 3 家や職場が近いから知っていた
- 4 以前かかっていたことがある
- 5 現在他の子がかかっている
- 6 何となく名前を聞いたことがあった
- 7 個人からの紹介 (どなた様から: \_\_\_\_\_ 様)
- 8 他院からの紹介 (病院名: \_\_\_\_\_ )
- 9 電話帳

▶ 今後、ワクチンや定期健診などのご案内を郵送してもよろしいですか?  はい  いいえ

\* 問診票に記入された個人情報の取り扱いには「個人情報保護規則」に則り、適正に管理いたします。医療上の情報については、個人を特定できない状態で学術的用途に用いる場合があります。