

カルテ No: _____

もみじ動物病院 初診問診票

エキゾチックアニマル用

ご来院日 年 月 日
フリガナ

飼い主さまお名前

〒 _____

ご住所

お電話番号

①: _____

② _____

ペットのお名前

ちゃん

動物種

(_____)

品種

(_____)

性別

男の子 ・ 女の子 ・ 不明

生年月日

年 月 日 (現在 歳 ヶ月)

お迎えした日

年 月 日

ペットの入手先

ペットショップ ・ ブリーダー ・ 家で生まれた ・ もらった ・ その他

現在治療中の病気

ない ・ ある(病気:

)投与中の薬(

)

同居している動物はいますか?

いいえ ・ はい (動物種

)

お薬や注射で異常が出たことはありますか?

いいえ ・ はい

↓フェレットの飼い主さまのみ記入してください

1年以内にワクチン接種をしましたか?

はい ・ いいえ (年 月 日)

フィラリア予防はしていますか?

はい ・ いいえ ・ 時々している

当院からワクチンなどの予防のお知らせをご希望されますか?

はい ・ いいえ

↓以下をお読みいただき、ご署名をお願いします。

エキゾチックアニマル診療に関するご説明と確認

エキゾチックアニマルの診療では、診察や検査、処置そのものが動物にとって負担となることがあります。当院では、細心の注意を払い、できる限りの対応を行いますが、予期せぬ体調変化や結果が起こる可能性があることをご理解ください。

上記の内容について理解し、診療を依頼します。

年 月 日

お名前(自署)

※当院では個人情報に関する法令およびその他の規範を厳守します。

ご協力ありがとうございました。



もみじ動物病院