

No. _____

初診時間診票

飼い主様

ふりがな

お名前：

郵便番号：〒

－

住所：

電話番号：

()

緊急連絡先：

職業：

ペット

ふりがな

お名前：

品種：

性別：

オス

・

去勢オス

・

メス

・

避妊メス

生年月日：

年

月

日

飼育開始日：

年

月

日

去勢避妊実施日：

年

月

日

本日はどうされましたか

① 具合が悪い _____

② 健康チェック・相談 ③ ワクチン・予防 ④ よくわからないから相談したい

治療について

① 悪いところは全て治したい ② 今回悪いところだけ治したい

③ 応急処置をしてほしい ④ 相談したい

飼育環境について

① 単独ケージ飼い ② 複数頭ケージ飼い ③ 室内放し飼い ④ 屋外放し飼い

入手方法

① 買った 店名・ブリーダー名 _____ ② もらった

③ 自宅で生まれた

普段の食事について

① 牧草 ② ペレット ③ 副食 ④ 人の食べ物 ⑤ その他

食事の種類、量、回数など詳しくご記載ください

今までに大きな病気や怪我をしたことはありますか

① はい _____ ② ない

当院をどのようにしてお知りになりましたか

① 近所 ② ホームページ ③ SNS ④ 口コミサイト ⑤ 電話帳

⑥ ご紹介 _____ 様 _____ ちゃん ⑦ その他 _____