

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 ・ メス

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

飼育開始日： _____ 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 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

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

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 _____