

初診時間診票

No. _____

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： _____

種類： _____

性別： オス ・ メス ・ 不明

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

飼育場所

- ① 室内ケージ飼い ② 室内放し飼い ③ 屋外ケージ飼い

設備の有無とその名称

照明	有	_____	・	無
保温器具	有	_____	・	無

ケージ内の環境

基本の温度 日中 _____ °C 夜 _____ °C

湿度 _____ %

ライトの点灯時間 _____ 時 _____ 分 ～ _____ 時 _____ 分

普段の食事について

フード名、量、回数など詳しくご記載ください

日光浴について

- ① 1日 _____ 分浴びる ② 浴びない

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 ④ 保護した

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 _____