＊＊問診票＊＊

＜飼い主様情報＞

フリガナ	フリガナ
氏名	住所　〒
電話番号	緊急連絡先(携帯、勤務先など)
	e-mail
当院をどちらでお知りになりましたか？ a. 通りがかり　b. 電話帳　c. インターネット　d. チラシ　e. ご紹介（　　様）	

＜かわいい患者さんに代わってお答え下さい＞

【お名前】	【品種】　　【毛色】
【お誕生日】　　年　　月　　日	【性別】　□オス　□メス　□去勢オス　□避妊メス　□不明

入手方法	□買った　□もらった　□拾った　□自宅で生まれた
他に同居動物はいますか？	□はい → 種類と頭数（　　） □いいえ
いつもどちらで生活していますか？	□ケージ内のみ　□室内放し飼い　□屋外
	＜ケージの場合、できれば具体的に絵を書いて下さい。＞
いつも何を食べていますか？	□市販　→ 商品名（　　） □その他（　　）
今までに病気の治療をしたことは ありますか？	□はい　→　いつ頃、どんな？（　　） □いいえ
今まで避妊・去勢手術以外の手術を したことがありますか？	□はい　→　いつ頃、どんな？（　　） □いいえ
本日のご来院目的	□健康診断　□具合が悪いから　□ホテル　□その他
〔症状〕	

〔他に何か相談したいことがあればご記入下さい〕

以下はフェレットの方のみお答え下さい

ジステンパーワクチンは 接種してありますか？	□はい　→　いつ頃？（　　） □いいえ
フィラリア予防はしていますか？	□はい　□いいえ

当院は個人情報保護法に基づき、ここに記載された個人情報を適切に管理し、医療目的のみに利用するとともに、本人の事前同意なしには
目的外の使用や第三者への提供などはいたしません。なお利用目的の範囲内で、当院から本人に文書などを送付することを予めご了承下さい。