



問診票 Medical Interview Sheet

うさちゃん・ハムちゃん・その他エキゾチック用

当院使用欄

Data登録日 _____ 年 月 日

カルテNo _____

受付で記入済みのお問診票を渡して頂くと初診登録がスムーズになります

飼い主さまの ふりがな

お名前 _____

ご住所 〒 _____

都
県

TEL _____ (携帯・自宅)

ペットの ふりがな

お名前 _____

動物種 _____ 品種 _____

毛色 _____

生年月日 _____ 年 月 日 _____ 歳

性別 男の子・女の子 去勢・避妊手術はしていますか はい・いいえ

マイクロチップ あり・なし (MCナンバー: _____)

他の子で当院にかかった事がある あり (かかった子のお名前: _____)
なし _____

いつから自宅にいますか? _____ 年 月 日 頃



言葉が話せない動物に代わって、なるべく詳しくお書きください

※ 当てはまる にチェックを入れ必要事項に記入してください

● 来院のご理由

健康診断 避妊・去勢のご相談

相談・セカンドオピニオン

具合が悪い _____



● 過去の予防接種

ある 混合ワクチン (_____ 種ワクチン) / 狂犬病予防
最終接種日 _____ 年 月 日

● ノミ・ダニ予防

あり 最終投薬日: _____ 年 月 日

なし

● 普段のお食餌

ペレット 牧草 種子類・穀類など

野菜・果物 その他 _____

● 同居ペット いる (種類・品種など: _____)

● 過去の病歴 あり いつ頃: _____ 年 月 日

病名: _____

なし

● ペットの性格 非常におとなしい 普通 神経質

よく噛む ちょっと危険

● ペットの 購入した (ショップ名: _____)

入手先 もらった 保護した 自宅で生まれた

● 当院を知った理由 当院ホームページ その他ポータルサイト

紹介(紹介者: _____) LINE