

No. _____

年 月 日

齧 歯 類 及 び フ ェ レ ッ ト 初 診 問 診 表

飼主	ワガナ	住所	〒			TEL	-	-	
						FAX	-	-	
呼名		品種		♂・♀	生年月日		年	月	日頃
紹介		緊急連絡先など				TEL	-	-	

1. いつも住んでいる場所は？ ①室内 ②室外 ③室内外
2. 飼育ゲージの形態は？ ()
3. ゲージの床敷は？ ()
4. 本日の来院目的は？ ①具合が悪いから (いつから どの)
②健康チェック・相談 ③その他()
4. いつも食べているものは？(具体的に)
5. 交配経験はありますか？ ① はい (時期)
②いいえ
6. 今までに病気になったことはありますか？
① はい (時期)
(どんな)
②いいえ
7. 不妊手術(去勢・避妊)はしましたか？
① はい (時期)
②いいえ
8. フェレットの方、ワクチン、フィラリア予防、肛門線除去手術はうけましたか？
ワクチン ① はい(時期 種類)
②いいえ
フィラリア予防 ① はい
②いいえ
肛門線除去手術 ① はい(時期)
②いいえ
9. 今までに病気になったことはありますか？
①はい (時期 どの)
②いいえ
10. その他、何か気付いたことがあったら書いてください。