

初診問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

管理欄	No	
S	VET	

- ★同居動物の診察券をお持ちでしたら、一緒にご提出ください。(動物名: _____)
- ★アニコム保険証をお持ちでしたら、一緒にご提出ください(窓口精算では必須)。

飼い主様の情報		
フリガナ	職業	自宅 TEL ()
姓	名	他① () 持ち主:
		他② () 持ち主:
住所 〒 -		

診察を受ける動物の情報		
フリガナ	犬・猫・ウサギ・鳥	毛色
名前	ハムスター・フェレット	品種
	他 ()	
誕生日(西暦) 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不妊手術 ()	歳頃
マイクロチップの装着 有・無	加入保険 なし・アニコム・他 ()	

◎本日の来院理由 具合が悪い ワクチンなどの予防 物品の購入 その他

具体的にご記入ください

- 今回の症状で他の動物病院にかかりましたか? いいえ / はい ()
- 現在、治療のためにお薬を与えていますか? いいえ / はい(薬名 ())
- 注射などで具合が悪くなったことはありますか? いいえ / はい(薬名 ())
- 今までに大きなケガや病気をしたことはありますか? いいえ / はい(病名 ())

◎犬・猫・フェレットにおいて予防しているものをご記入ください。

対象	前回接種時期	対象	前回接種時期
狂犬病(犬のみ)	年 月 日	フィラリア	年 月 日
混合ワクチン(____種)	年 月 日	ノミ・ダニ	年 月 日

◎何で当院を知りましたか?

ネット検索	<input type="checkbox"/> 当院ホームページ SNS (<input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Tik Tok <input type="checkbox"/> LINE) <input type="checkbox"/> 動物病院検索 (<input type="checkbox"/> キャット・フレンドリー・クリニック <input type="checkbox"/> アニコム保険) <input type="checkbox"/> その他 ()
紹介	<input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> ユアペティア <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> マルワン 紹介者のお名前・名称 ()
その他	

☆ご記入ありがとうございました☆

※個人情報、飼い主様への医療提供のため以外で取り扱いいたしません。個人情報は不適切な手段により、取得いたしません。個人データは漏洩や盗難などから防止するように管理し、個人情報を守ります。

エキゾチックアニマルの診察の場合、裏面の確認と記入もお願いします。

*** 当院におけるエキゾチックアニマルの診療について ***

当院で診療するエキゾチックアニマルは、ウサギ、フェレット、ハムスター、小型の鳥、その他の小型哺乳類（ハリネズミ、フクロモモンガ、デグー、モルモット、チンチラなど）となります。上記以外の動物種の診療については、ご相談により対応の可否を判断させていただきます。

なお、出勤する獣医師によって診療可能な動物種が異なることをご了承ください。

◎今後、当院にて診療を受けていただく際の注意事項となります。良くお読みください。

必要な処置や治療のために動物に触れたり、手で抱えて保定することもあります。次のことをご了承ください。

- ショックやストレスにより呼吸状態が急激に悪化することがあります。
- 急に暴れたり、動きが活発なため、落下やケガの恐れがあります。特にウサギでは脊椎の損傷やショックにより死亡することもあります。スタッフ一同細心の注意を払いますが、事故を完全に防ぐことは難しいことをご了承ください。
- 体の動きを抑えるために首の後ろから皮膚を引っ張ることがあります。特にハムスターは目の周囲の筋肉が弱く眼球突出のリスクがあります。
- 強いストレスを抱えている場合、ケージから出さずに診察することもあります。
- 激しく暴れる場合、診療自体ができないこともあります。なお必要な治療のために鎮静処置をご提案する場合がありますが、採血等による麻酔前検査ができないことをご理解ください。

◎飼育環境について教えてください。

(ケージ内の水飲みやおもちゃなどの配置もできるだけ詳しく書いてください)

◎普段の食事について教えてください。

主食	【形状】 <input type="checkbox"/> ペレット <input type="checkbox"/> ウェット <input type="checkbox"/> 牧草 <input type="checkbox"/> ミックスの種 (皮付/剥き餌)	
	【銘柄】	
	【回数と量】 朝 ・ 昼 ・ 晩 1日 g 容器に 割ぐらい	
その他	おやつ・野菜・フルーツ	サプリ・ビタミンなど
	【内容】	<input type="checkbox"/> ボレー粉・カトルボーン <input type="checkbox"/> ネクトン <input type="checkbox"/> 塩土 <input type="checkbox"/> ビタミンC <input type="checkbox"/> 乳酸菌 <input type="checkbox"/> その他 (
	【回数と量】 1日 _____回 _____個・g)

◎性格を教えてください。

人に慣れている こわがり 攻撃的 その他 ()

※ 上記説明と注意事項を確認・理解の上、診察を受けることを承諾いたします。

署名欄