

ハムスター・リス・モモンガ・ラット・マウス

カルテ NO.

●初診日:西暦 年 月 日				
お名前	フリガナ _____	ペットのお名前	フリガナ _____	
			性別	♂・♀・去勢♂・避妊♀
ご住所	〒 _____		種類(品種)	
			毛色(カラー)	
TEL	ご自宅	生年月日	西暦 年 月 日	
	携帯			
FAX		飼育開始日	西暦 年 月 日	

★該当する項目に☑を入れてください。

■食餌は、なにを与えていますか？(複数回答可)

- 専用ペレット 専用ミックスフード 雑穀 ヒマワリの種
ミルワーム 煮干し チーズ 野菜()
果物() その他()

■どのような環境で飼育されていますか？

- 屋外 屋内 / 放し飼い ケージ飼い その他()

■温度管理はしていますか？

- していない している: 温度(~ °C)

■どのようなケージを使用していますか？

- 金網ケージ プラスチックケージ 衣装ケース その他

■どのようなものを床敷きとして使用していますか？

- 木製チップ 牧草 紙製チップ 綿 ティッシュペーパー・キッチンペーパー
新聞紙 その他()

■交配や出産の経歴はありますか？(ある場合は、具体的にご記入ください)

- ない ある→()

■同居している動物はいますか？

- いない いる→()

■当院への来院は、初めてですか？(複数回答可)

- 初診 再診(3年以内) 再診(3年以上前)
他のペットで受診したことがある(3年以内)→(動物種 名前)
他のペットで受診したことがある(3年以上前)

■本日は、どうされましたか？(複数回答可)

- 食欲がない・少ない(いつもを100とすると、___%)
食べ方がおかしい→.....
元気がない→.....
便に異常がある→.....
尿に異常がある→.....
呼吸に異常がある→.....
怪我をしている→.....
しこりができている→.....
動きがおかしい→.....
その他→.....

■既往歴がある場合は、具体的にご記入ください。

-

■動物病院からのご紹介の方は、紹介元の病院名をお書きください。

- 病院名→() TEL ()