

プレーリードッグ・ジリス

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	〒 ー	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)

牧草 プレーリードッグ専用フード 生野菜 乾燥野菜 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)

■ノミやダニの予防はしていますか？

していない 過去にしていた 毎年している

投与期間(最も最近のもの):西暦 年 月 ~ 年 月

■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→()

■砂浴びはしますか？

しない 常にできるようにしている 毎日 2~3日に1回 その他()

■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。

.....
.....
.....
.....
.....

■マイクロチップを入れている場合は、番号をお書きください。

.....

■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 ()