

ウサギ・モルモット・チンチラ・デグー

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)

☐牧草 ☐専用ペレット ☐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？(※チンチラ・デグーのみ)

☐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。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

■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 ()