

サル

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）

☐モンキーフード ☐生野菜() ☐果物()

☐コオロギ ☐ワーム ☐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)

■紫外線ライトは使用していますか？

☐していない ☐している

■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。

.....

.....

.....

.....

■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 ()