

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	〒 一	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 ()