

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)	ハリネズミ	
		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

■食餌は、なにを与えていますか？（複数回答可）

☐ハリネズミ専用フード ☐ドッグフード ☐キャットフード ☐フェレットフード

☐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)

■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→()

■同居しているハリネズミはいますか？

☐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。

[illegible]

■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 ()