

ハリネズミ

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)	ハリネズミ
		毛色(カラー)	
TEL	ご自宅		
	携帯	生年月日	西暦 年 月 日
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)

- 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()

■ 交配や出産の経験はありますか？(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)

■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 ()