

フクロモモンガ

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)	フクロモモンガ
		毛色(カラー)	
TEL	ご自宅	生年月日	西暦 年 月 日
	携帯	飼育開始日	西暦 年 月 日
FAX			

★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)

☐フクロモモンガ専用フード
 ☐果物()
 ☐野菜()
 ☐ココロギ
 ☐ワーム
 ☐煮干し
 ☐チーズ
 ☐ゼリー
 ☐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)

■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→()

■同居しているフクロモモンガはいますか？

☐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 ()