



初診問診票（うさぎ・モルモット・ハムスター）

年 月 日

分かる範囲で結構ですので、ご記入をお願いいたします。

フリガナ		自宅電話番号	
飼い主名		携帯電話番号	
住所	〒	緊急連絡先	
		E-mail	

名前	ちゃん		品種	
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不明		毛色	
生年月日	年	月	日	歳
これより下はウサギさんの飼い主様にお聞きします				
去勢・避妊手術	<input type="checkbox"/> している（いつ頃 _____）		<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明	
ペット保険に加入していますか	<input type="checkbox"/> はい（保険名： _____）		<input type="checkbox"/> いいえ	

入手方法	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 譲渡 <input type="checkbox"/> 自宅で生まれた <input type="checkbox"/> 拾った <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
入手先・入手日	年	月	日	場所（ _____ ）
飼育場所	<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> ゲージ			
フード	<input type="checkbox"/> 牧草 <input type="checkbox"/> ドライペレット <input type="checkbox"/> 果物・野菜 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 商品名（ _____ ）			
他のペット	<input type="checkbox"/> 飼っている（種類 _____ 頭数 _____） <input type="checkbox"/> 飼っていない			
過去の病気・ケガ	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
	いつ頃ですか？ _____			
	どんな事ですか？ _____			
今まで注射等でショックなどの異常が起きたことはありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
ご来院の理由	<input type="checkbox"/> 具合が悪そうだから			
	いつからですか？ _____			
	どこが悪そうですか？ _____			
	どんな症状ですか？ _____			
<input type="checkbox"/> 健康チェック・相談 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				

当院をどのようにお知りになりましたか？	当院への交通手段
<input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 前を通りかかった	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩
<input type="checkbox"/> ご紹介（ご紹介者： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	<input type="checkbox"/> 地下鉄 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

ありがとうございました。書き終わりましたら、受付までお持ち下さい。

エム動物クリニック