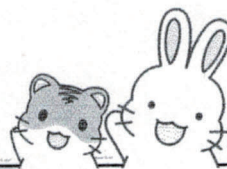


小動物・初診質問票



No. _____

年 月 日

飼主	フリガナ		電話番号		- -	
住所	〒					
呼名		動物種		品種	毛色	性別
						オス メス
生年月日	年 月 日 or 才		緊急時につながり易いご連絡先(勤務先、名義)			
			TEL - - ()			

① 飼っている場所は？

☐ ケージ ☐ サークル ☐ その他 ()

② どのようなフードを食べていますか？ (具体的に書いてください)

③ 上記のフードを1日何回、どのくらいの量を食べていますか？

1日 () 回 1回当たり () g

④ おやつを与えていますか？

☐ はい



具体的に

☐ いいえ

⑤ 今までに病気やケガをしたことはありますか？

☐ はい



いつごろ、どのような病気でしたか？

☐ いいえ

⑥ 今までに注射やお薬などでショックなどの異常がみられた事がありますか？

☐ はい



具体的に

☐ いいえ

⑦ 同居動物はいますか？

☐ はい



犬 (頭)、猫 (匹)

☐ いいえ

その他 ()

⑧ 気になる症状を書いて下さい。

