

初診票（エキゾチックアニマル）

20 年 月 日

■ 飼い主様情報

ふりがな		〒	-
お名前		ご住所	
電話番号	-	-	

■ ペットの基本情報

ふりがな	
お名前	
動物種	<input type="checkbox"/> うさぎ <input type="checkbox"/> ハムスター <input type="checkbox"/> モルモット <input type="checkbox"/> チンチラ <input type="checkbox"/> デグー <input type="checkbox"/> フェレット <input type="checkbox"/> ハリネズミ <input type="checkbox"/> フクロモモンガ <input type="checkbox"/> 鳥類 品種（ ）毛色（ ）
性別	オス ・ メス <input type="checkbox"/> 不妊手術 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済（ 年 月頃）
誕生日	<input type="checkbox"/> 西暦 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明 飼育開始日（ 20 年 月 日） 入手経路 <input type="checkbox"/> ペットショップ（店舗： ） <input type="checkbox"/> ブリーダー <input type="checkbox"/> 拾った・もらった

■ 本日の来院理由

理由	<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 爪切り <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 診察 具体的な症状を下記に記入してください。 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: right;">いつから、どこが、など具体的に</p>
----	---

■ 詳しい情報

既往歴	
保険	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入済（ <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット）
食事	<input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェットフード <input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> 人間の食べ物 <input type="checkbox"/> その他（ ）
同居動物	<input type="checkbox"/> 犬（ 頭） <input type="checkbox"/> 猫（ 頭） <input type="checkbox"/> うさぎ（ 頭） <input type="checkbox"/> その他（ ）
特徴	<input type="checkbox"/> 人慣れしている <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> さわれない <input type="checkbox"/> よく咬む <input type="checkbox"/> 不明
投薬中の薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）
今まで注射や薬で具合が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）

治療方針について

- 悪いところはすべて治療してほしい
 現在の症状のみ治療してほしい