

問診票 フェレット 年 月 日

フリガナ

飼い主様

氏名 _____ 様 電話番号 (_____) _____

〒 _____

住所 _____

フェレットちゃん

名前 _____ ちゃん 品種 _____ 性別 オス メス 不明

生年月日 _____ 年 月 日

1. いつも住んでいる場所はどこですか？
① 主にケージ ② 主に部屋で放し飼い ③ その他 (_____)
2. ジステンパーのワクチンは接種していますか？
① はい
② いいえ
3. 不妊手術はしてありますか？
① はい
③ いいえ
4. フィラリアの予防はしていますか？
① はい
② いいえ
5. 食事はどういうものをあげていますか？
①市販ドライフード ②市販缶詰 ③両方 ④その他 (_____)
6. 今までに大きい病気をした事がありますか？
① はい …… どんな病気ですか？ (_____)
② いいえ
7. 現在なにかお薬を飲んでいますか？
① はい …… どんな薬ですか？ (_____)
② いいえ
8. 本日はどうされましたか？

--