

ルークス動物病院 ウサギ・ハムスター用 受診票 ご記入日 20 年 月 日

ご家族について

お名前 <small>フリガナ</small> _____ 様	ご住所 〒 _____
電話番号	自宅・携帯 _____ 緊急連絡先 _____
メールアドレス	_____ @ _____
ご職業 (任意)	_____

ウサギちゃん・ハムスターちゃんについて

お名前 <small>フリガナ</small> _____	品種	毛色
生年月日	西暦 20 年 月 日 (歳 カ月)	
性別	<input type="checkbox"/> オス (<input type="checkbox"/> 去勢済 _____ 歳頃)	<input type="checkbox"/> メス (<input type="checkbox"/> 避妊済 _____ 歳頃)
予防歴	<input type="checkbox"/> ノミ・ダニ (1年以内) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
ペット保険	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> アニコム <input type="checkbox"/> アイペット <input type="checkbox"/> 上記以外の保険会社 (_____)	

- ❖ 迎えた方法 購入した 自宅で生まれた 保護した・譲り受けた
- ❖ 生活環境 室内のみ 屋外のみ 両方 その他 (_____)
- ❖ 同居動物 いない ウサギ _____ 匹・ハムスター _____ 匹・犬 _____ 匹・猫 _____ 匹
その他 (_____)
- ❖ 食事 ペレット 牧草 種子類 果物・野菜 (_____)
 その他 (_____)
- ❖ 現在治療中の病気 なし あり _____ (年 月 ~)
- ❖ 過去に治療した病気 なし あり _____ (年 月 頃)
- ❖ 薬や注射で具合が悪くなったことがありますか?
 なし あり 薬剤名・症状 _____