

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 \_\_\_\_\_