

フェレット初診質問票

No. _____

年 月 日



より良い診察をするために情報が必要です。ご協力ください。

住所	〒			電 話	自宅
フカカ	ご職業	家族数	人		携帯①
飼い主名		(本人含め)			携帯②
		中学生以下	人		勤務

次に、言葉の話しえない患者さんに代わってお答えください。

品種		呼名		性別	オス・メス・去勢済・不妊済・不明
毛色		生年月日	年 月 日	飼育開始年月日	年 月 日

- いつも住んでいる場所は？
①室内のケージ ②室内で放し飼い ③室外 ④その他 ()
- 入手方法は？
①買った(どこから) ②もらった(だれから)
③自宅で生まれた ④拾った ⑤その他 ()
- 飼育目的はなんですか？
①家族の一員 ②子供さんの情操教育 ③老後の楽しみ ④なんとなく
⑤しかたなく ⑥その他 ()
- 他に動物を飼っていますか？
①はい → その種類は：
②いいえ
- 本日の来院は？
①具合が悪そうだから → いつ頃からですか：
②健康チェック・相談 → どんな症状ですか：
③予防注射・フィラリア予防
④その他 ()
- 予防注射はしてありますか？
①はい → 何のワクチンをいつ接種しましたか： 年 月 日
②いいえ ①狂犬病 ②ジステンパーなどの混合ワクチン
③予防注射はしたが何のワクチンかは不明
- フィラリアの予防をしていますか？
①はい → どんな薬ですか：①散剤 ②錠剤 ③滴下式
②いいえ 最後に予防したのはいつですか： 年 月 日
- 不妊手術(去勢・不妊)はしましたか？
①はい → それはいつですか： 年 月 日
②いいえ ③不明
- いつも何を食べさせていますか？
①フェレットフード → 缶詰・パウチタイプ・・・メーカーまたは商品名：
ドライタイプ ...メーカーまたは商品名：
②人の食べ物またはその他(具体的に)
- 今まで病気や事故その他けがをしたことがありますか？
①はい → それはいつごろですか：
②いいえ → どんな病気ですか：
→ どんなけがですか：
- 当病院をどうして知りましたか？
①紹介-紹介者 () ②以前から知っていた
③以前にも来院したことがある ④電話帳 ⑤看板 ⑥広告 ⑦新聞 ⑧インターネット
⑨ホームページ ⑩病院の前を通る ⑪その他 ()
- 他に、何か知っておいてもらいたいことなどがありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。