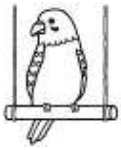
新患問診票〈小鳥用〉　　年　　月　　日



■飼い主様のお名前：※振り仮名もお書き添えください

■ご住所：〒

■ご自宅電話番号：（　　）　　ー
■緊急連絡先：（　　）　　ー

■小鳥ちゃんのお名前：

■品種：　　■　毛色：

■生年月日：　　年　　月　　日生まれ　■　迎え入れた日：　　年　　月　　日

■性別：　オス・メス・不明

■主食（メーカー・種類）：

■食餌回数：　１日中・１日　　回

■野菜：　コマツナ・ハクサイ・トウミョウ・なし・その他（　　）

■同居鳥：有（　　）・無

■ペット保険に加入されていますか？
　はい（保険会社名　　）・いいえ

■本日はどのような症状でご来院なさいましたか？

ふくふく動物病院　〒754-1277　山口市阿知須岩倉上 1079-1　TEL　0836-65-1468