新患問診票〈ハムスター用〉　　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

■ハムスターちゃんのお名前：

■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

■性格：　咬む・時々咬む・咬まない・その他（　　）

■主食（メーカー・種類）：　　■　食餌回数：　1日中・1日　　回

■おやつ（メーカー・種類）：

■給水方法：　ボトル・お皿・その他（　　）

■飼育環境：　網ケージ・水槽・保温・その他（　　）

■ケージ内にあるもの：　トイレ・トンネル・回し車・その他（　　）

■床敷：　網・ティッシュ・新聞紙・おがくず・その他（　　）

■トイレ：　有（　　）・無　■　温度管理：　有（　　）・無

■同居ハムスター：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