



フェレットの初診質問票

西暦 年 月 日

No. _____

飼い主名	フリガナ	ご職業	主に来院する方 家族数 人（ご自身を含めて）
住所	〒		
電話番号	自宅 () —	勤務先（会社名） () —	
	携帯電話（お名前） —	携帯電話（お名前） —	

名前	フリガナ	品種	性別	オス・メス・去勢済・不妊済・不明
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

5. 今回来院された目的の皮膚がんについて教えてください。

どこが悪そうですか：

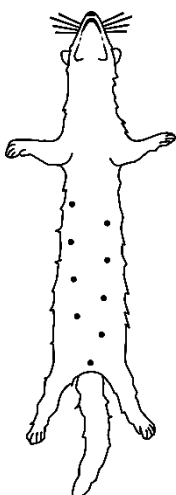
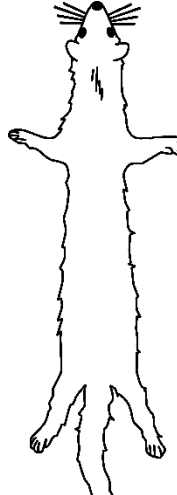
いつからですか：

どんな症状ですか：

Class は？ (1 ・ 2 ・ 3)

食欲 (+ / - / ムラがある)

元気 (+ / - / ムラがある)

6.この症状で治療は受けていますか？

いいえ

はい

診断名 _____

内服薬中の薬やサプリメント：

検査：

ご持参して下さっている場合は、記載不要です。受付にご提出ください。

7. そのほか、一般状態で気になることや既病はありますか？

どこが悪そうですか：

いつからですか：

どんな症状ですか：

8. 予防注射はしてありますか？

はい

いいえ

何のワクチンをいつ接種しましたか： _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

9. フィラリアの予防をしていますか？

はい

いいえ

どんな薬ですか：①散剤 ②錠剤 ③滴下式

最後に予防したのはいつですか： _____ 年 _____ 月 _____ 日

10. 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 _____ ）

11. 今まで病気や事故その他けがをしたことがありますか？

はい

いいえ

それはいつごろですか：

どんな病気ですか：

どんなけがですか：

治療はいつ終了していますか（ _____ 年 _____ 月頃）

12. 当院をどのようにして知りましたか？（複数回答可）

ホームページ Instagram YouTube インターネット 広告 看板

紹介-紹介者（ _____ ） 以前から知っていた 病院の前を通る

その他（ _____ ）

13. ご希望の来院日はありますか？

14. 動物の皮膚がんサポートセンターでは、論文および SNS 等での写真の使用をお願いしております。

許可する

許可しない

15. 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。