



# ハムスターの初診質問票

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	種類	性別	オス・メス・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？
  - おもに室内のケージの中 (居間・玄関・廊下・その他 )  
・・・ケージから出している時間は？ 1日 約 \_\_\_\_\_ 時間
  - おもに室外のケージの中  その他 ( )
- 入手方法は？
  - 買った (どこから )  もらった (だれから )
  - 自宅で生まれた  その他 ( )
- 飼育目的はなんですか？
  - 家族の一員  子供さんの情操教育  老後の楽しみ  なんとなく
  - しかたなく  その他 ( )

4. 他に動物を飼っていますか？

はい  いいえ

その種類は：  
同じケージ内に同居している動物はいますか？  
 はい (種類 頭数 )  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：

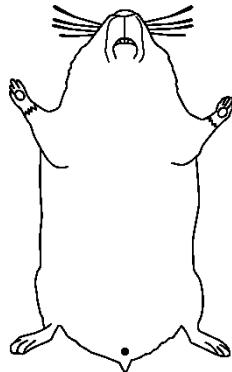
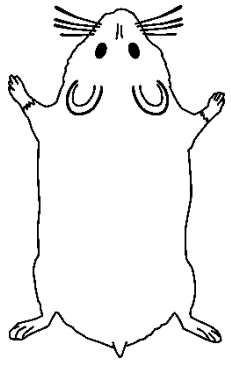
いつからですか：

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：

ご持参してくださっている場合は、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. いつも何をどの位の割合で食べさせていますか？

ペレットフード \_\_\_\_\_ % (メーカー名または商品名： \_\_\_\_\_ )

野菜・果物 \_\_\_\_\_ % (種類： \_\_\_\_\_ )

種子類 \_\_\_\_\_ % (種類： \_\_\_\_\_ )

その他 (具体的に \_\_\_\_\_ )

9. 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 )

10. 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 ( \_\_\_\_\_ )

11. ご希望の来院日はありますか？

12. 動物皮膚がんセンターの論文及び 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

13. 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。