

問診票

飼い主様のお名前	フリガナ	電話	自宅 () 携帯 ()
ご住所	〒 マンション名も記入して下さい		
勤務先名		飼い主区分	飼い主本人 家族 代理
喫煙者	無 有(動物のいる部屋で喫煙していますか? いいえ はい)		
交通手段	自動車 オートバイ タクシー 電車 自転車 徒歩 その他() (当院までの所要時間 時間 分くらい)		

当院を何で知られましたか?

ご紹介	動物病院(名称)	ペットショップ(名称)	お知り合い
当院ホームページ	Twitter	YouTube	その他()

動物について教えてください

動物の種類		品種・色	
お名前		性別	オス メス 不明
誕生日	年 月 日頃	飼い始めた日	年 月 日
ペット保険	有(社名:) 無	馴れていますか?	はい いいえ
感染症の検査	なし あり[鳥クラミジア症 PBCFD BFD その他()](検査日 年 月)]		
お家に来た経緯	ペットショップで購入(名称) 家で生まれた 知人より譲り受けた 迷い込んできた		

動物の生活について教えてください

起床・就寝時間	起床 時頃	就寝 時頃
放鳥の有無	有(時間 分)	無
他の飼育動物	有(下記もご記入ください) 無	
	動物の種類 鳥(鳥種) イヌ ネコ その他() (同じケージ内で生活している 別々のケージで飼っている)	

与えている食事を教えてください

さし餌	現在あげていますか? いいえ はい[内容:アワ玉 パウダー その他()]		
シード類	皮付餌 むき餌 ヒマワリ アサノミ サフラワー エンバク アワ穂 ハト用配合飼料 ニワトリ用配合飼料 その他()		
ペレット類	ハリソン ラウディブッシュ ズブリーム ケイティ ラフィーバ その他()		
サプリメント		おやつ類	
ミネラル飼料	ボレー粉 カトルボーン 塩土 ミネラルサンド・焼砂 その他()		
野菜・果物			
ウサギ・齧歯類	ラビットフード [®] モルモットフード [®] ハムスターフード [®] ハムスター用ミックスフード [®] 牧草 その他()		
その他			

両面記入してください

本日の来院事由は何ですか？

一般診察 健康診断 パートドック(コース:) フードの購入 その他()

以下は当てはまるものがあれば丸をしてください

紹介 (他院に掛かっていましたが、専門病院を紹介された)

転院 (他院に掛かっていましたが、治らないので転院した)

セカンドオピニオン (他院に掛かっているが、当院の意見を聞きたい)

いつ頃から、どのような症状が見られますか？ 期間と具体的な症状を書いて下さい。

いつから

具体的な症状

症状が出やすい時間帯はありますか？

ない ある () 時ころ

現在食欲・元気はありますか？

食欲・元気はある 食欲はあるが元気は無い 食欲は無いが元気はある 食欲・元気がない

今までに同じ症状が見られたことはありますか？

ない ある (年 月 日 月ごろ)

今回の症状を出したことに繋がる原因が何か考えられますか？

病院に掛かったことはありますか？

ない ある (病院名 ; 年 月 日 ~ 年 月 日)
(病院名 ; 年 月 日 ~ 年 月 日)

現在お薬を使っていますか？

いいえ はい (何のお薬ですか？)

薬を使ったことで、何か変化は見られましたか？

いいえ はい (どのように？)

両面記入してください