**哺乳類の問診票**

**飼い主様**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | 連絡先電話番号 |  |

**動 物**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種 類 |  | 品種・色など特徴 |  |
| 動物のお名前 |  | 性 別 | オス 　　　メス　　 　不明 |
| 生年月日(年齢) | 年　　　月 　　日　(　 歳　　カ月) | 飼い始めた日 | 年 　　　 月　　　　 日 |
| お家に来た経緯 | 購入　　　　譲り受けた　　　繁殖　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

**ごはん**

|  |  |
| --- | --- |
| 主食 |  |
| ペレット類 | 種類または商品名： |
| サプリメント | 種類または商品名： |
| おやつ類 | 種類または商品名： |
| 野菜・果物： | その他： |

**当院までの交通手段**

|  |
| --- |
| 自動車 　　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 |

**症 状**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 元気： 　　　　　　　 (ない場合普段の　　　分の　　　) | | | | | 食欲： (ない場合普段の　　　分の　　　) | |
| どのような症状： | | | | | | |
| いつ頃から： | | | | | | |
| 発症回数・頻度： | | | | | | 発症しやすい時間帯： |
| 今までに同じ症状：　ない　　ある　（　　　　　年 　　　月　　　　日頃） | | | | | | |
| 今回の症状につながる原因： | | | |  | | |
| 今回他の病院の受診 | なし ある　（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　、　　 年　　月　　日～　　年　　月　　日） | | | | | |
| 薬の服用 | なし ある　（名前・種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 効果・変化： | |  | | | |
| 動物の生活時間 | 起床時間： | 時 　　分頃　　　　　　　消灯時間：　　　時 　　分頃 | | | | |
| 同居動物 | なし ある　（種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 予防（ワクチン・投薬） |  | | | | | |
| 過去にかかった病気 | なし ある　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 麻酔・手術歴 | なし ある　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） | | | | | |
| その他気になること |  | | | | | |

**診療に対する要望（診療費や時間など）**

|  |
| --- |
|  |