

草食哺乳類の問診表

飼主様のお名前：様 ペット名：ちゃん

当てはまるものすべてに☑をつけて、() に必要事項を記入してください。

- いつどこから迎え入れましたか？ ———— 年前頃
 ペットショップ プリーダー 知人 その他 (—————)
- 与えている食餌を教えてください。

牧草	<input type="checkbox"/> チモシー1番刈り <input type="checkbox"/> チモシー3番刈り <input type="checkbox"/> アルファルファ <input type="checkbox"/> その他(—————)
ペレット	種類：—————
野菜・果物	種類：—————
サプリメント	種類：—————
水	<input type="checkbox"/> ボトル <input type="checkbox"/> お皿 <input type="checkbox"/> その他(—————)

- 飼育環境について教えてください

住居	<input type="checkbox"/> ケージ <input type="checkbox"/> 放し飼い <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外
床敷き	<input type="checkbox"/> すのこ <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> ペットシート <input type="checkbox"/> その他(—————)
温度管理	<input type="checkbox"/> 空調 <input type="checkbox"/> パネルヒーター <input type="checkbox"/> その他(—————) —————℃設定
同居動物	<input type="checkbox"/> いる(動物種：————— 頭数：—————) <input type="checkbox"/> いない

- 去勢・避妊について
 済んでいる(歳頃) 今後おこないたい
 おこなわない(子供をとりたい・その他—————)
- 過去に大きな病気をしたことはありますか？
 いいえ はい 病名：—————
- 現在飲んでいるお薬はありますか？
 いいえ はい 薬剤名：—————

症状のある方は、以下の項目もご記入下さい。

- どのような症状が、いつ頃から見られますか？
いつ頃から—————
どのような症状か—————
症状の経過： 悪化している 変わっていない 良くなっている
- 他院を受診されましたか？された方は、どのような治療を受けましたか？
 受診していない 受診した(注射・内服薬・検査)
受診された病院名：—————
- 他に心配なことがございましたら以下にご記入下さい。
- 精密検査が必要な場合、専門病院での受診を希望されますか？
 はい いいえ わからない