

# 草食哺乳類の間診表

飼主様のお名前：様 ペット名： ちゃん

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

品種 \_\_\_\_\_ 生年月日(西暦) \_\_\_\_\_ 年 月 日 性別  オス  メス

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  ブリーダー  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