

年 月 日

カルテ No.

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		
ご職業		飼い主区分	<input type="checkbox"/> 飼い主様本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 代理
来院方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> オートバイ <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他() 当院までの所要時間 約()分		
当院を何でお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> その他情報サイト() <input type="checkbox"/> 通りかかって <input type="checkbox"/> ご紹介() 様から <input type="checkbox"/> その他()		
来院事由	<input type="checkbox"/> 一般診療 <input type="checkbox"/> 簡易健康診断 <input type="checkbox"/> 総合健康診断 <input type="checkbox"/> 飼育相談 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 転院() から		

鳥の種類		品種・色	
お名前		性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不明
誕生日	西暦 年 月 日頃	飼い始めた日	西暦 年 月 日
お迎えした場所	<input type="checkbox"/> ペットショップ(名称) <input type="checkbox"/> ブリーダー(名称) <input type="checkbox"/> 家で生まれた <input type="checkbox"/> 知人から譲り受けた <input type="checkbox"/> 保護した		
食事	<input type="checkbox"/> 皮付き餌 <input type="checkbox"/> むき餌 <input type="checkbox"/> カットルボーン <input type="checkbox"/> ボレー粉 <input type="checkbox"/> 塩土 <input type="checkbox"/> ハト用配合飼料 <input type="checkbox"/> ニワトリ用配合飼料 <input type="checkbox"/> ウズラ用配合飼料 <input type="checkbox"/> サプリメント(種類または商品名) <input type="checkbox"/> ペレット(商品名) <input type="checkbox"/> 野菜() <input type="checkbox"/> 果物() <input type="checkbox"/> おやつ(種類または商品名) <input type="checkbox"/> その他()		
生活時間	起床 時頃	就寝 時頃	
他に鳥を飼っていますか	<input type="checkbox"/> はい(鳥の種類)を()羽) (同じ / 別の)ケージで飼っている <input type="checkbox"/> いいえ		
鳥以外の動物を飼っていますか	<input type="checkbox"/> はい(動物の種類)を()頭)飼っている <input type="checkbox"/> いいえ		

裏面のご記入もお願いいたします→



お お さ か 鳥 の 病 院

- 症状や気になる様子などがある場合 「いつ頃から」「どのような症状」が見られますか？
いつ頃から()

具体的な症状

- 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

- 症状が出やすい時間帯はありますか？
ない ある () 時ころ

- 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() ころ)

- 症状の原因に心あたりはありますか？
ない ある()

- 本日の診察内容に限らず、今までに病院にか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？ :)

● 当院からのお願い

当院では鳥たちの健康や病気に関する情報を、多くの方にお伝えしていきたいと考えております。そのため診療記録として撮影した鳥さんのお写真を、当院のホームページや SNS、著作物等に使用させて頂いてもよろしいでしょうか？ (鳥さん、飼い主様のお名前は公表いたしません)

- 使用してもよい 使用しないでほしい

ご協力ありがとうございました。



お お さ か 鳥 の 病 院