

# エキゾチックアニマル初診問診表

## 飼い主様について

フリガナ	電話番号
氏名	携帯番号
ご住所 〒 ※マンション名もご記入下さい	

## 患者様について

フリガナ	動物種	品種	色
お名前			
性別 オス (去勢手術→未 済) メス (避妊手術→未 済)	生年月日(西暦)	飼い始めた日(西暦)	
入手方法 <input type="checkbox"/> ショップ名( ) <input type="checkbox"/> ブリーダー( ) <input type="checkbox"/> 自宅出産 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 拾った	同居の動物 <input type="checkbox"/> いる( ) <input type="checkbox"/> いない	お散歩について <input type="checkbox"/> する→ <input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> しない	

ごはんについて 出来るだけ詳しくご記入下さい
<input type="checkbox"/> 専用フード( ) <input type="checkbox"/> 牧草( )
<input type="checkbox"/> 野菜( ) <input type="checkbox"/> 果物( )
<input type="checkbox"/> おやつ( ) <input type="checkbox"/> サプリメント( )
<input type="checkbox"/> その他( )

今までに大きな病気になったことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい→いつごろ(西暦) 年 月 日 / <input type="checkbox"/> いいえ 病名( )	投薬経験はありますか？ <input type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> 粉剤 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 液剤 <input type="checkbox"/> いいえ
--	---

本日はどうされましたか？
--------------

## ご来院のきっかけ

ネット( )  通り道  知人紹介( )  その他( )