

鳥類

カルテ NO.

●初診日:西暦 年 月 日			
お名前	フリガナ	ペットのお名前	フリガナ
		性別	♂ ・ ♀ ・ 去勢♂ ・ 避妊♀
ご住所	〒	種類(品種)	
		色(カラー)	
TEL	ご自宅	生年月日	西暦 年 月 日
	携帯	飼育開始日	西暦 年 月 日
FAX			

★該当する項目に☑を入れてください。

■食餌は、なにを与えていますか？(複数回答可)

☐種子 ☐ペレット ☐生野菜()
☐ボレー粉 ☐カトルボーン ☐塩土 ☐その他()

■どのような環境で飼育されていますか？

☐屋外 ☐屋内 / ☐放し飼い ☐ケージ飼い ☐その他()

■温度管理はしていますか？

☐していない ☐している: 温度(~ °C)

■発情や産卵の経歴はありますか？(ある場合は、具体的にご記入ください)

☐ない ☐ある→()

■水浴びはしますか？

☐しない ☐常にできるようにしている ☐毎日 ☐2～3日に1回 ☐その他()

■同居している動物はいますか？

☐いない ☐いる→()

■当院への来院は、初めてですか？(複数回答可)

☐初診 ☐再診(3年以内) ☐再診(3年以上前)

☐他のペットで受診したことがある(3年以内)→(動物種 名前)

☐他のペットで受診したことがある(3年以上前)

■本日は、どうされましたか？(複数回答可)

☐食欲がない・少ない (いつもを 100 とすると、.....%)

☐食べ方がおかしい→.....

☐元気がない→.....

☐便に異常がある→.....

☐尿に異常がある→.....

☐呼吸に異常がある→.....

☐怪我をしている→.....

☐しこりができている→.....

☐動きがおかしい→.....

☐その他→.....

■既往歴がある場合は、具体的にご記入ください。

.....

■マイクロチップを入れている場合は、番号をお書きください。

■動物病院からのご紹介の方は、紹介元の病院名をお書きください。

病院名→() TEL ()