

# 問診票



フリガナ	
飼い主様のお名前	
住所	〒 -
電話番号（市外局番から）	- -

ペットのお名前（フリガナ）	
鳥種	コザクラインコ セキセイインコ オカメインコ ブンチョウ 他（ ）
性別	オス メス 不明
生年月日	年 月 日（確定・推定）
年齢	才 *誕生日、年齢が不明な場合は推定でかまいません

生活環境	・室内でカゴの中 ・室内で水槽 ・室内で放し飼い ・室外
入手経路	・ペットショップ ・里親募集 ・知人から ・ブリーダー ・拾った ・その他（ ）
日常食（複数回答可）	・差し餌（内容： ） ・からつき ・むきえさ ・ペレット（メーカー： ） ・ヒマワリ ・麻の実 ・塩土 ・イカの甲 ・カキ殻 ・野菜（ ） ・人間の食べ物（ ） ・その他（ ）
鳥の近くでの喫煙	喫煙する 喫煙しない
カゴにおもちゃの有無	はい（ブランコ・鏡・他） いいえ
産卵経験の有無	ある（最後の産卵は 頃） ない

かかりつけの病院はありますか？	ある（病院名 ） ない
今までお薬で異常が出たことや、大きな病気をしたことはありますか？	ある（具体的に ） ない
他に飼っている動物はいますか？	いる（犬・猫・鳥・ウサギ・他） いない
動物保険のアニコムに加入していますか？	はい いいえ
本日の来院理由を教えてください （いつから、どのような状態ですか？）	
当院を知ったきっかけを教えてください	・インターネット ・人からの紹介 ・近所に住んでいる ・その他（ ）