

年 月 日

森下小鳥病院

カルテ No.

問診票

フリガナ お名前		電話番号	
		携帯番号	
ご住所	〒		
どのように来院 されましたか	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 電車（線） <input type="checkbox"/> その他（） で約分		
当院をどのように お知りになりましたか	<input type="checkbox"/> HP <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"/> 一般診察 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 飼育相談 <input type="checkbox"/> 転院（から） <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン		

ペットのお名前		性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 不明
動物種/鳥種		品種	
生年月日	西暦 年 月 日	健康保険	<input type="checkbox"/> 加入（） <input type="checkbox"/> 未加入
どこから お迎えましたか	<input type="checkbox"/> ペットショップ <input type="checkbox"/> ブリーダー（） <input type="checkbox"/> 知人から譲り受けた <input type="checkbox"/> 迷い込んできた/保護した		
エサ	<input type="checkbox"/> 皮付き <input type="checkbox"/> むき餌 <input type="checkbox"/> ヒマワリ <input type="checkbox"/> 麻の実 <input type="checkbox"/> 塩土 <input type="checkbox"/> カトルボーン <input type="checkbox"/> ボレー粉 <input type="checkbox"/> ハトのエサ <input type="checkbox"/> 牧草 <input type="checkbox"/> ビタミン剤（） <input type="checkbox"/> ペレット（） <input type="checkbox"/> 野菜（） <input type="checkbox"/> 果物（） <input type="checkbox"/> その他/おやつ（）		
生活時間	起床 時頃 就寝 時頃		
ほかに動物を 飼っていますか	<input type="checkbox"/> はい（）を（羽/頭）（同じ/別の）ケージで <input type="checkbox"/> いいえ		

ここでは病院で記入します。裏面もご記入ください。

No	鳥種/品種	名前	性別	生年月日	No	鳥種/品種	名前	性別	生年月日
01					06				
02					07				
03					08				
04					09				
05					10				

年 月 日

森下小鳥病院

カルテ No.

1 いつ頃から、どんな症状がみられますか

いつ頃から ()

具体的な症状

1 症状の原因にころあたりはありますか

1 元気・食欲はありますか

元気・食欲はある 元気はあるが食欲がない 食欲はあるが元気がない

元気・食欲はない

1 今までに同じ症状がみられたことはありますか

はい いつ頃 ()

いいえ

1 今までに病院にかかったことはありますか

はい (年 月 日頃 病院名:)

(年 月 日頃 病院名:)

いいえ

1 現在服用中の薬はありますか

はい (薬の名前:)

いいえ

ご協力ありがとうございました。