**両生・爬虫類の問診票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | **〒　　　 　　　-** | | |  | **E-mail :** | **＠** | |  | |
| **飼主** |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | |  |  | **自宅電話：　　　 -　　 　-** | | | |
| **氏名** |  | **住所** |  | |  |  | **携帯電話：　　　 -　　 　-** | | | |
| **ﾍﾟｯﾄ名** |  | **種** |  | | **品種** | **年齢** 西暦　　 　　年　 月 　 日生 (　　　歳　　　ヶ月) | | | | |
| **お迎えの経緯** | 購入（ショップ名：　　　　　　　　）　譲り受け　　繁殖 | | | **飼い始めた日**　西暦　　 　　年　 月 　 日 | | | | **オス ・ 去勢オス ・ メス ・ 避妊メス ･ 不明** | | |
| **交通手段** | 車　　タクシー　　徒歩　　電車　　その他（　　　　　　　　） | | | | **所要時間**　時間　　　　　分 | | | | | |
| **当院を知った方法 ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ・評判・紹介（　 　　 さん）・近いから・看板･通りがかり・他（　　　　　　）** | | | | | | **勤務先・職業** | |  | |  |
| **保険の加入：　なし・あり　[会社名：anicom・ipet・（　　　　　 　） / 50・70・90％ / プラン名：　　　　　　　]** | | | | | | **緊急連絡先** | | **電話 ： 　　　　-　　　 　　-** | | |

**本日の来院理由**

|  |
| --- |
| 病気　　　　　　健康診断　　　　　　　健康相談・セカンドオピニオン　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**飼育環境：ケージのレイアウトを図に書いてください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 飼育環境のタイプ：　樹上性　　　　地上生　　　　水生 | 環境：　熱帯　　　温帯　　　砂漠 | |
| ケージの大きさ：　横　　　　　　×縦　　　　　×高 　 　　cm | 内部器具： | |
| 温度範囲：　最低　　　　　　　℃　～　最高　　　　　　　℃ | 湿度：　最低　 　　　　　%　～　最高 　　　 　　% | |
| ホットスポット下の温度：　　　　　　　　　　℃ | UVBライト　有 （製品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　無 | |
| 床材： ヤシガラ　新聞紙　赤玉土　ウッドチップ その他： | | 照明時間：　　　　　時～　　　　　時 |
| 他の飼育動物（種類）： | | 水替え頻度： |

**ごはん**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種類・製品名： | | 量： | 頻度： |
| 飲用水の供給方法： | サプリメント：　有(製品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　無 | | |

**症 状・既往歴**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 元気： ある　　　　　ない (普段を10としたとき　　　　 　) | | | 食欲： ある　　　　　ない (普段を10としたとき　　　　　) | | | |
| どのような症状： | | | | | | |
| いつ頃から： | | | | | | |
| 発症回数・頻度： | | | | 発症しやすい時間帯： | | |
| 今までに同じ症状：　ない　　ある　（西暦　　　　年 　　　月　　　　日頃） | | | | | | |
| 症状につながる原因（ごはん・温度の変化など）： | |  | | | | |
| 今回他の病院の受診 | なし ある （病院名：　　　　　　　　　　　　 　　 、西暦　　　　年　　月　　日～ 　　年　　月　　日） | | | | | |
| 薬の服用 | なし ある （名前・種類：　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 　　 　　） | | | | | |
| 過去にかかった病気 | なし ある （名前：　　　　　 　　　　　　　　 　　　　　 　　 　　　　　　　　　 　　　　 　　） | | | | | |
| 麻酔・手術歴 | なし ある （名前：　　　　　　　　　 　　　　） | | | | 産卵歴 | なし ある （時期・回数　 　　　　　　　 ） |
| その他気になること |  | | | | | |

**診療に対する要望（診療費や時間など）**

|  |
| --- |
|  |

**積極的な高度な高額医療の希望**　　　　はい　　　いいえ