

モルモット初診質問票

No. _____

年 月 日



より良い診察をするため情報が必要です。ご協力ください。

住所	〒			電話	自宅
フリガナ					携帯①
飼い主名		ご職業	家族数 人 (本人含め) 中学生以下		携帯②
					勤務

次に、言葉の話しえない患者さんに代わってお答えください。

種類		呼名		性別	オス・メス・去勢済・不妊済・不明
色		生年月日	年 月 日	飼育開始年月日	年 月 日

1. いつも住んでいる場所は？

①おもに室内のケージの中（居間・玄関・廊下・その他）
・・・ケージから出している時間は？ 1日 約 _____ 時間

②おもに室外のケージの中 ③その他（ ）

2. 入手方法は？

①買った（どこから） ②もらった（だれから）

③自宅で生まれた ④その他（ ）

3. 飼育目的はなんですか？

①家族の一員 ②子供さんの情操教育 ③老後の楽しみ ④なんとなく

⑤しかたなく ⑥その他（ ）

4. 他に動物を飼っていますか？

①はい → ②いいえ

その種類は：
同じケージ内に同居している動物はいますか？
①はい（種類 _____ 頭数 _____ ） ②いいえ

5. 本日の来院は？

①具合が悪そうだから → ②健康チェック・相談 ③その他（ ）

どこが悪そうですか：
いつからですか：
どんな症状ですか：

6. いつも何をどの位の割合で食べさせていますか？

①牧草 _____ %（メーカー名または商品名： _____ ）

②ペレットフード _____ %（メーカー名または商品名： _____ ）

③野菜 _____ %（種類： _____ ）

④その他（具体的に _____ ）

7. 今まで病気や事故その他けがをしたことがありますか？

①はい → ②いいえ

それはいつごろですか：
どんな病気ですか：
どんなけがですか：

8. 当病院をどうして知りましたか？

①紹介—紹介者（ _____ ） ②以前から知っていた
③以前にも来院したことがある ④電話帳 ⑤看板 ⑥広告 ⑦新聞 ⑧インターネット
⑨ホームページ ⑩病院の前を通る ⑪その他（ _____ ）

9. 他に、何か知っておいてもらいたいことなどがありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。