エキゾチック診療科　初診票 　年　　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 飼い主氏名 | 住所　〒 | 電話番号 |
| 呼名 | オス・メス・不明 | 種類 | 生年月日　　年　月　日（推定　　　歳） |

 本日の来院目的

①いつもと様子が違う⇒いつ頃から、どの様な症状ですか？

|  |
| --- |
| 詳細に書いていただけると嬉しいです。 |

②健康チェック・飼育に関する相談⇒(麻酔は不要の範囲・必要な場合は麻酔下での検査も希望)

|  |
| --- |
| ●温度・湿度はどれくらいですか？ 　　　　●飼育環境の図の記入をお願いします昼⇒温度　　℃/湿度　　％夜⇒温度　　℃/湿度　　％●温浴はしていますか？いいえ・はい⇒( 毎日・　　回/週)●保温器具は使用していますか？いいえ・はい⇒( 床下・天井・保温球 ）●紫外線ライトは使用していますか？いいえ・はい⇒(照射時間　　時間/日） (最終交換日⇒１年以上前・１年以内）●床材の種類は何ですか？( )●床材の交換頻度はどれくらいですか？(毎日・　　　回/週・交換していない)●室内や野外を運動させていますか？いいえ・はい⇒(毎日・　　回/週)(約　　分) |

|  |
| --- |
| ●何をどれくらいの頻度で食べていますか？（例：手足を取った冷凍コオロギを2回/週　1回4匹)( )●カルシウム剤やサプリメントを使用していますか？いいえ・はい⇓(例：食事の際にカルシウムパウダーを餌にまぶして与えています)( )●最近食事の変更をしましたか？いいえ・はい⇒具体的に教えて下さい( ) |

|  |
| --- |
| ●卵を産んだことはありますか？いいえ・はい⇒それはいつ頃ですか？( )●今までに具合が悪くなったり、治療をした事がありますか？いいえ・はい⇒具体的に教えて下さい( ) |

エキゾチック診療科は受け入れ先の少ない小さな命に対しても出来得る限りの獣医療を届けることを目的に発足しました。エキゾチックアニマルは元気でも診察や保定、移動のストレスにより体調が悪化する場合や全身状態が悪い場合は治療が負担となり呼吸停止などを起こし急変する場合もあります。私達も連れてきていただいた飼い主様と同じく、診察がどうぶつたちへプラスとなることを願い日々精進しておりますが一定のリスクへのご理解をお願い致します。(☑を記入)

☐上記に同意し、診察を希望します