

## 鳥問診表 (作成日 年 月 日)

Grow-Wing Animal Hospital FAX : 045-840-3603

名前/種別	
性別/誕生日	
飼育管理者	
住所	
餌	主食
	副食
日光浴	
クリップ	
性格	
体重推移	
同居鳥	
症状	
診察依頼内容	
その他特記事項	
飼い主	氏名 (ふりがな) ( )
	住所 〒
	電話
	職業
飼鳥	名前
	種類
	生年月日
	品種
	毛色
	性別 メス ・ オス (どちらかに○)
入手先	(いずれかに○) ・ペットショップ ・ブリーダー ・自宅で生まれた ・里親 ・その他 ( )
食餌内容	・ドライフード (メーカー名: ) ・人の食べ物 ( ) ・その他 ( ) 1日 ( ) 回 好物 ( )
他の飼育動物	犬 ( ) ・猫 ( ) ・鳥 ( ) 小動物 ( ) ・その他 ( )
性格	
しつけ	
住んでいる所	(いずれかに○) 屋外 ・ 屋内 ・ 両方 ・ その他 ( )
今までにかかった病気	
今までにした手術	