

エキゾチックアニマル 用

入院・看護の参考のため、ご自宅での様子をお聞かせ下さい

※ 該当する箇所には ○ をつけてください

ご記入いただきました情報を参考に、普段とは違う環境(入院)による患者動物のストレスを可能な限り和らげ、個々に合わせた看護を心がけます。

飼主名: _____ ペットの呼び名・愛称: _____

記入日:	年	月	日
カルテNO.	担当:		

◆ 食事についてお聞かせ下さい

① 食事の種類	② 好きな食べ物やおやつの種類												
<table border="1"><tr><td>ペレット</td><td>牧草</td><td>商品名をご記入下さい</td></tr><tr><td>生野菜</td><td></td><td></td></tr><tr><td>手作食(材料:</td><td>)</td><td></td></tr><tr><td>他 (</td><td>)</td><td></td></tr></table>	ペレット	牧草	商品名をご記入下さい	生野菜			手作食(材料:)		他 ()		
ペレット	牧草	商品名をご記入下さい											
生野菜													
手作食(材料:)												
他 ()												
③ ご飯を吐き出すこと	④ 食物アレルギー	⑤ 誤食経験											
<table border="1"><tr><td>無</td></tr><tr><td>有</td></tr></table>	無	有	<table border="1"><tr><td>無</td></tr><tr><td>有 食品名:</td></tr></table>	無	有 食品名:	<table border="1"><tr><td>無</td></tr><tr><td>有 誤食物:</td></tr></table>	無	有 誤食物:					
無													
有													
無													
有 食品名:													
無													
有 誤食物:													
⑥ 食べ物が原因で嘔吐や下痢をした	⑦ その他、食事に関する注意事項をご記入下さい												
<table border="1"><tr><td>無</td></tr><tr><td>有 食品名:</td></tr></table>	無	有 食品名:											
無													
有 食品名:													

◆ 排泄についてお聞かせ下さい

① 排泄場所	② 尿を飛ばす				
<table border="1"><tr><td>トイレ</td></tr><tr><td>特定の場所()</td></tr></table>	トイレ	特定の場所()	<table border="1"><tr><td>無</td></tr><tr><td>有</td></tr></table>	無	有
トイレ					
特定の場所()					
無					
有					

◆ 性格についてお聞かせください

① 排泄処理を目の前ですると嫌がりますか	② ケージの中に手を入れると嫌がりますか						
<table border="1"><tr><td>はい</td><td>いいえ</td><td>わからない</td></tr></table>	はい	いいえ	わからない	<table border="1"><tr><td>はい</td><td>いいえ</td><td>わからない</td></tr></table>	はい	いいえ	わからない
はい	いいえ	わからない					
はい	いいえ	わからない					
③ 布をかじりますか	④ 撫でられるのは好きですか						
<table border="1"><tr><td>はい</td><td>いいえ</td><td>わからない</td></tr></table>	はい	いいえ	わからない	<table border="1"><tr><td>はい</td><td>いいえ</td><td>わからない</td></tr></table>	はい	いいえ	わからない
はい	いいえ	わからない					
はい	いいえ	わからない					
⑤ ごはんが欲しい時、決まった行動はありますか	⑥ 喜んでいる時、決まった行動はありますか						
<table border="1"><tr><td>はい ()</td></tr><tr><td>いいえ</td><td>わからない</td></tr></table>	はい ()	いいえ	わからない	<table border="1"><tr><td>はい ()</td></tr><tr><td>いいえ</td><td>わからない</td></tr></table>	はい ()	いいえ	わからない
はい ()							
いいえ	わからない						
はい ()							
いいえ	わからない						
⑦ 怒っている時、決まった行動はありますか							
<table border="1"><tr><td>はい ()</td></tr><tr><td>いいえ</td><td>わからない</td></tr></table>	はい ()	いいえ	わからない				
はい ()							
いいえ	わからない						

◆ その他についてお聞かせください

① 自宅での投薬経験	② 内服薬の剤形希望	③ 投薬指導												
<table border="1"><tr><td>無</td></tr><tr><td>有 投薬方法:</td></tr></table>	無	有 投薬方法:	<table border="1"><tr><td>無</td></tr><tr><td>有 ()</td></tr></table>	無	有 ()	<table border="1"><tr><td>希望する</td></tr><tr><td>希望しない</td></tr></table>	希望する	希望しない						
無														
有 投薬方法:														
無														
有 ()														
希望する														
希望しない														
④ ご自宅以外の場所に預けたこと	④ ご自宅で難しいケア	※ 複数回答可												
<table border="1"><tr><td>無</td></tr><tr><td>有</td></tr></table>	無	有	<table border="1"><tr><td>ブラッシング</td><td>爪切り</td><td>点眼</td><td>点耳</td><td>投薬</td></tr><tr><td>他 ()</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	ブラッシング	爪切り	点眼	点耳	投薬	他 ()					
無														
有														
ブラッシング	爪切り	点眼	点耳	投薬										
他 ()														
⑤ 苦手なこと	例: 顔のまわりを触られること													
<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>														

⑥ 現時点での質問、要望等がありましたらご記入下さい	
<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	

◆ 有料サービスの希望について ※ ご希望の際にご記入下さい。なお、治療状況によりご相談させて頂く場合がございます

ブラッシング	はみがき	爪切り	耳掃除
※ 希望する頻度	毎日	2~3日毎	他 ()

ご記入ありがとうございました
お手数ですがご記入後受付までお持ち下さい。
看護師より詳しくお伺いします。

スタッフ使用欄

--	--	--	--