

愛犬受診チェックシート [基本タイプ]

※動物病院で問診表の記入がある場合はその指示に従い、記入するようにしてください。
その際、チェックシートの内容を参考にさせていただくと、すみやかに記入するのに役立ちます。

愛犬の基本情報について

名前		性別	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	年齢	歳
飼い始めた時期	年 月 日	避妊・去勢	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 ※♀の未の場合：発情の時期 () 月頃		

生活環境について

同居動物の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (※具体的に)
飼育場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋外と屋内両方 <input type="checkbox"/> その他 ()
食事	回数：1日 () 回 内容： <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウエットフード (缶詰・レトルトなど) <input type="checkbox"/> 手作り (フードの使用銘柄や手作り内容) <input type="checkbox"/> その他 (※トッピングやおやつで与えているものがあれば) 最近食事内容を変えましたか： <input type="checkbox"/> はい (具体的に) <input type="checkbox"/> いいえ
散歩	1日 () 回、計 () 分程度

予防について

狂犬病予防接種	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	ワクチン接種	<input type="checkbox"/> している () 種混合 <input type="checkbox"/> していない
フィラリア予防	<input type="checkbox"/> している (最終投薬日) <input type="checkbox"/> していない		
ノミ予防	<input type="checkbox"/> している (最終投薬日) <input type="checkbox"/> していない		

病歴について

過去、治療を受けた病気	<input type="checkbox"/> ある (病名) <input type="checkbox"/> ない
手術の有無	<input type="checkbox"/> ある (具体的に) <input type="checkbox"/> ない
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> ある (病名) <input type="checkbox"/> ない
現在投薬中の薬	<input type="checkbox"/> ある (薬品名) <input type="checkbox"/> ない
お薬や注射での副作用	<input type="checkbox"/> ある (具体的に) <input type="checkbox"/> ない
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> ある (具体的に) <input type="checkbox"/> ない

異変・症状について

からだのどこに異変がありますか？	<input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 口 <input type="checkbox"/> 目 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> おしっこ <input type="checkbox"/> ウンチ(便) <input type="checkbox"/> 皮膚・被毛 <input type="checkbox"/> お腹 <input type="checkbox"/> 足腰(骨・関節) <input type="checkbox"/> その他 ()
いつ頃からその異変に気づきましたか？	()
どんな症状がありますか？ できるだけ具体的に教えてください	例：炎症や出血がある／かゆそうにしている／食欲がない／おしっこの色がおかしい など ()
異変に思い当たる原因は？	<input type="checkbox"/> ある (具体的に) <input type="checkbox"/> ない
今回のことで他の病院にかかりましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (差し支えなければ病院名を教えてください)

その他メモ欄

※そのほか気になること、受診時に先生へ伝えようと思うことがあればメモしておきましょう。

飼い主さんへ、正しい知識を。

Petwell

www.petwell.jp

当チェックシートは
Petwell (ペットウェル) がご提供しております。