

愛犬受診チェックシート [嘔吐・下痢・血便などが見られるとき用]

※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お聞きします *

愛犬のプロフィールについて

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"/> ウェットフード (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

* 愛犬の異変・症状についてお聞きします *

※お分りの範囲でご記入ください。無理にすべての質問にお答えいただかなくてもかまいません。

嘔吐の症状について

嘔吐の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 吐こうとするが吐けない <input type="checkbox"/> ない ※「ある」または「吐こうとするが吐けない」とお答えの方は以下の質問にもご回答ください
いつ頃から症状に気づきましたか?	() 前頃から
吐くタイミング	<input type="checkbox"/> 食べてすぐ <input type="checkbox"/> 食後 () 時間後 <input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 水を飲んでも吐く <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)
頻度	<input type="checkbox"/> 1日 () 回程度 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)
吐瀉物の状態	<input type="checkbox"/> 食べたものがそのままの状態 <input type="checkbox"/> 消化された状態で (一部・全部) <input type="checkbox"/> 白い泡や黄色の液体のみ <input type="checkbox"/> 血液 (らしきもの) が混じっている (少量・多量) <input type="checkbox"/> 食事以外の異物 (おもちゃの破片など) が混じっている <input type="checkbox"/> 色やにおいが異常 (具体的に)

