

# 愛犬受診チェックシート [おしっこに異常が見られるとき用]

※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<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |
| 食事      | 回数：1日( )回<br>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<br>( フードの使用銘柄や手作り内容 )<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ※トッピングやおやつで与えているものがあれば )<br>最近食事内容を変えましたか： <input type="checkbox"/> はい<br>( 具体的に )<br><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。

発症時期について

|                       |          |
|-----------------------|----------|
| いつ頃からおしっこの異変に気づきましたか？ | ( ) 前頃から |
|-----------------------|----------|

おしっこの状態について

|                         |  |   |                                  |  |
|-------------------------|--|---|----------------------------------|--|
| 量                       | <input type="checkbox"/> まったく(ほとんど)出ない   | <input type="checkbox"/> 少し出る             | <input type="checkbox"/> 大量に出る   | <input type="checkbox"/> とくに変化なし   |
| 色                       | <input type="checkbox"/> 赤やピンク色          | <input type="checkbox"/> 乳白色              | <input type="checkbox"/> 濃い黄褐色   | <input type="checkbox"/> ほとんど色がない<br><input type="checkbox"/> その他(具体的に )<br><input type="checkbox"/> とくに変化なし |
| におい                     | <input type="checkbox"/> においがきつい         | <input type="checkbox"/> 甘いにおいがする         | <input type="checkbox"/> ほとんど無臭  | <input type="checkbox"/> とくに変化なし   |
| トイレにキラキラ光る砂のようなものが残っている | <input type="checkbox"/> ある              | <input type="checkbox"/> ない               |                                  |  |
| 排尿の様子                   | <input type="checkbox"/> 頻繁にトイレに行くが尿が出ない | <input type="checkbox"/> 頻繁にトイレに行き大量の尿を出す | <input type="checkbox"/> とくに変化なし | <input type="checkbox"/> 排尿時に痛そうに鳴く<br><input type="checkbox"/> トイレでない場所でしてしまう                               |

愛犬の様子について

|                   |                                    |                                  |                                  |
|-------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 食欲                | <input type="checkbox"/> ある        | <input type="checkbox"/> ない      |                                  |
| 元気                | <input type="checkbox"/> ある        | <input type="checkbox"/> ない      |                                  |
| 飲水量               | <input type="checkbox"/> あまり水を飲まない | <input type="checkbox"/> 大量に水を飲む | <input type="checkbox"/> とくに変化なし |
| 体重                | <input type="checkbox"/> やせてきた     | <input type="checkbox"/> とくに変化なし |                                  |
| 嘔吐・下痢             | <input type="checkbox"/> ある        | <input type="checkbox"/> ない      |                                  |
| 吐く息がにおう           | <input type="checkbox"/> ある        | <input type="checkbox"/> ない      |                                  |
| 外陰部からのおりもの        | <input type="checkbox"/> ある        | <input type="checkbox"/> ない      |                                  |
| 腹部の腫れや触ると痛がるなどの症状 | <input type="checkbox"/> ある        | <input type="checkbox"/> ない      |                                  |
| 陰部をなめる            | <input type="checkbox"/> ある        | <input type="checkbox"/> ない      |                                  |

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) が提供しております。