

愛犬受診チェックシート [鼻水・くしゃみ・咳・呼吸の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 <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

* 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。

鼻水症状について

鼻水症状の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※「ある」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
鼻水の状態	<input type="checkbox"/> サラサラしている <input type="checkbox"/> ネバネバしている <input type="checkbox"/> 無色透明 <input type="checkbox"/> にごった色 (緑・クリームなど) <input type="checkbox"/> 血が混じっている <input type="checkbox"/> においがくさい <input type="checkbox"/> 量が多い <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)
鼻水の量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない
出るタイミング	<input type="checkbox"/> ずっと出ている <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> くしゃみをしたとき <input type="checkbox"/> 寝ているとき <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)

くしゃみ症状について

くしゃみ症状の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※「ある」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
くしゃみの頻度	<input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 繰り返し続く <input type="checkbox"/> その他(具体的に)
出るタイミング	<input type="checkbox"/> 興奮したとき <input type="checkbox"/> 寝ているとき <input type="checkbox"/> ものを食べた直後 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)

咳症状について

咳症状の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※「ある」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
咳の状態	<input type="checkbox"/> 乾いた咳(コンコン、ケホケホ)をする <input type="checkbox"/> 湿った咳(ゼーゼーしたり、痰が絡んだような)をする <input type="checkbox"/> 血が混じっている <input type="checkbox"/> その他(具体的に)
咳の頻度	<input type="checkbox"/> 一時的・発作的 <input type="checkbox"/> 繰り返し続く <input type="checkbox"/> その他(具体的に)
咳をするタイミング	<input type="checkbox"/> 朝方 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 食事の後 <input type="checkbox"/> 興奮したとき <input type="checkbox"/> 寝ているとき <input type="checkbox"/> その他(具体的に)

呼吸器症状について

呼吸器症状の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※「ある」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
呼吸の状態	<input type="checkbox"/> 呼吸が速い <input type="checkbox"/> ガーガーと大きな音がる <input type="checkbox"/> ゼーゼーと音がする <input type="checkbox"/> ブーブーと音を鳴らして吸い込む <input type="checkbox"/> 呼吸時に鼻をひくひくさせる <input type="checkbox"/> 口をパクパクさせて呼吸する <input type="checkbox"/> その他(具体的に)
呼吸異常の頻度	<input type="checkbox"/> 一時的・発作的 <input type="checkbox"/> 繰り返し続く <input type="checkbox"/> その他(具体的に)

愛犬の様子について

食欲の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	元気の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
体の震えの有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	よだれの有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
発熱の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	下痢の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
嘔吐の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
胸やお腹のふくらみ(胸水、腹水)の有無	<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)がご提供しております。