

# 愛犬受診チェックシート [足腰(骨・関節)や歩行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 <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 \*

※お分かる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。

### 歩行症状について

歩行症状の有無	<input type="checkbox"/> 足を引きずる <input type="checkbox"/> 足を上げたまま(浮かせて)歩く <input type="checkbox"/> 足をかばって歩く <input type="checkbox"/> 上記の症状は見られない ※その他の歩行異常については、後ほど詳しくお聞きいたします。
※上記で異常があるとお答えの方は以下の質問にもご回答ください	
異常のある部位	前肢: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 後肢: <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
足・腰の様子	<input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 患部に熱がある <input type="checkbox"/> 触るといやがる <input type="checkbox"/> その他(具体的に ) <input type="checkbox"/> 特にない

その他の歩行異常の症状について

具体的な症状	<input type="checkbox"/> ふらつく <input type="checkbox"/> 段差をいやがる <input type="checkbox"/> 立ち上がるときによろめく <input type="checkbox"/> 腰を左右に振って歩く(モンローウォーク) <input type="checkbox"/> ウサギ跳び(両後足をそろえて地面を蹴る)のような走り方をする <input type="checkbox"/> 頭を不自然に上下させて歩く <input type="checkbox"/> 抱っこや背中を触られるのをいやがる <input type="checkbox"/> 足を浮かせてスキップするように歩く(しばらくすると元に戻る) <input type="checkbox"/> 足先が裏返って甲を地面につけて歩く <input type="checkbox"/> 首を動かさず前につっぱったような歩き方をする <input type="checkbox"/> 旋回運動をする(意味なくグルグル回る) <input type="checkbox"/> まっすぐに歩けない・頭が傾く(斜頸) <input type="checkbox"/> 座り方がおかしい <input type="checkbox"/> その他(具体的に )
--------	--

時期と思い当たる原因について

いつ頃から症状に気づきましたか?	( ) 前頃から
症状の出方	<input type="checkbox"/> 突然 <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> その他(具体的に )
思い当たる原因	( ソファから飛び降りた、床で滑ったなど、思い当たる原因があれば )

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
体重	<input type="checkbox"/> 太ってきた <input type="checkbox"/> やせてきた <input type="checkbox"/> とくに変化なし
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
発熱の有無	<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
下痢の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
咳の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
呼吸異常の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
けいれん等の発作の有無	<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。