

# 愛犬受診チェックシート [皮膚・被毛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。

### 皮膚・被毛の状態について

主な症状	<input type="checkbox"/> かゆがる <input type="checkbox"/> 発赤 (炎症による赤み) がある <input type="checkbox"/> 発疹 (ぶつぶつ) がある <input type="checkbox"/> できものがある <input type="checkbox"/> カサカサしてふけが多い <input type="checkbox"/> 脂っぽくベタベタする <input type="checkbox"/> 強くにおう <input type="checkbox"/> 皮膚の色が変わった (黒ずむ、黄色くなるなど具体的に ) <input type="checkbox"/> 虫 (ノミやダニ) がいる <input type="checkbox"/> しこりがある <input type="checkbox"/> 脱毛している <input type="checkbox"/> 毛づやが悪くなった <input type="checkbox"/> その他 (具体的に )
異常がある部位	<input type="checkbox"/> おなか <input type="checkbox"/> 脇・内股 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 足先 <input type="checkbox"/> しっぽの付け根や肛門まわり <input type="checkbox"/> しっぽ <input type="checkbox"/> 顔全体 <input type="checkbox"/> 目のまわり <input type="checkbox"/> 口のまわり <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に )
いつ頃から症状に気づきましたか?	( ) 前頃から

かゆみの症状について

かゆみの症状について	<input type="checkbox"/> ひどくかゆがる <input type="checkbox"/> たまに搔く程度 <input type="checkbox"/> 搔くタイミングがある (食後、散歩の後など具体的に ) <input type="checkbox"/> その他(具体的に )
家族・同居動物のかゆみの有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
思い当たる原因	<input type="checkbox"/> とくになし <input type="checkbox"/> フードを変えた <input type="checkbox"/> 衣服や食器を変えた <input type="checkbox"/> 環境が変わった <input type="checkbox"/> 野山で遊ばせた <input type="checkbox"/> その他(具体的に )

脱毛の症状について

脱毛の状態	<input type="checkbox"/> 炎症のある部位に局所的に脱毛 <input type="checkbox"/> 円形に脱毛 <input type="checkbox"/> 左右対称に脱毛 <input type="checkbox"/> 全体的に薄くなっている <input type="checkbox"/> その他(具体的に )
思い当たる原因	(思い当たる原因があれば具体的に )

時期・原因について

同様の症状が これまでにもありましたか？	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> これまでにもあった
これまでにもあった場合、 季節との関係はありますか？	<input type="checkbox"/> ある(春・夏・秋・冬) <input type="checkbox"/> 季節に関係ない

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"/> 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

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。