

愛犬受診チェックシート [認知症(痴呆)の兆しが見られるとき用]

※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 ***

※おかな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。

認知症について

気になる症状	<input type="checkbox"/> 呼びかけても無反応 <input type="checkbox"/> 夜中や明け方に意味もなく鳴き続ける <input type="checkbox"/> 部屋の中を徘徊する <input type="checkbox"/> 狭いところに入りたがり、行き止まると後退できない <input type="checkbox"/> とぼとぼとうつむいて歩く <input type="checkbox"/> ぼーっと立っていることがある <input type="checkbox"/> 不適切な場所での排泄や失禁 <input type="checkbox"/> 学習していた行動や習慣的な行動ができなくなる <input type="checkbox"/> 視力や聴力が衰え、異常ににおいをかぐ <input type="checkbox"/> 飼い主のことがわからない <input type="checkbox"/> その他 (お気づき・お困りの症状があれば具体的に)
いつ頃から症状に気づきましたか?	() 前頃から
予防のために何かやっていることはありますか?	(サプリメントの使用など具体的に)

愛犬の様子について

食欲	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> いくら食べても満足しない
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
下痢の有無	<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。