

# 健康診断問診票 (わんちゃん用)



飼い主様 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

お名前		生年月日	年	月	日	年齢	歳
品種		性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 去勢・避妊済み <input type="checkbox"/> 出産経験あり				

飼育環境	<input type="checkbox"/> 屋内（ケージ、放し飼い） <input type="checkbox"/> 屋内多め <input type="checkbox"/> 半々 <input type="checkbox"/> 屋外多め <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他（    ）						
室内運動	1日（    ）回    一回（    ）分						
シャンプー	月（    ）回 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> トリミングサロン						
同居動物	<input type="checkbox"/> 犬（    ）頭 <input type="checkbox"/> 猫（    ）頭 <input type="checkbox"/> その他（    ）						

活動性	<input type="checkbox"/> 元気に遊び、散歩にも喜んで行く <input type="checkbox"/> 散歩の際に走らなくなった <input type="checkbox"/> 寝てばかりいる、家の中であまり動かなくなった、疲れやすくなった <input type="checkbox"/> 上り下りの動作が辛そう、起き上がりが辛そう、それらの動作がゆっくりになった <input type="checkbox"/> 音や光への反応がにぶい、どこかにぶつかることがある						
-----	---	--	--	--	--	--	--

食事	1日（    ）回	食欲	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過剰 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> なし			
食事内容	<input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェットフード（缶詰、パウチ） <input type="checkbox"/> 手作り <input type="checkbox"/> その他（おやつ等） メーカー、商品名等（    ）					

便の回数	1日（    ）回	色	<input type="checkbox"/> 茶色 <input type="checkbox"/> こげ茶色 <input type="checkbox"/> 黒色 <input type="checkbox"/> 赤色 <input type="checkbox"/> 緑色 <input type="checkbox"/> クリーム色			
便の太さ	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細くなった <input type="checkbox"/> 太くなった					
便の硬さ	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 柔らかい <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 水様便					
便その他	<input type="checkbox"/> 血液が付着 <input type="checkbox"/> ジャム状の粘液が付着 <input type="checkbox"/> その他（    ）					

尿の回数	1日（    ）回	頻度	<input type="checkbox"/> 以前と変わらない <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った			
尿の色	<input type="checkbox"/> 黄色（変わらない） <input type="checkbox"/> 濃くなった <input type="checkbox"/> 薄くなった <input type="checkbox"/> 赤色					
尿の量	<input type="checkbox"/> 以前と変わらない <input type="checkbox"/> 一回量が少ない <input type="checkbox"/> 一回量が多い					
尿その他	<input type="checkbox"/> トイレから尿が外れる <input type="checkbox"/> トイレに間に合わない <input type="checkbox"/> おもらしをする					

飲水量	1日（    ）ml <input type="checkbox"/> 以前と変わらない <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った					
予防接種	直近一年 <input type="checkbox"/> 混合ワクチン（    種） <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミ・マダニ					
既往歴	病名1					<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 無治療
	病名2					<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 無治療
	病名3					<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 無治療
体質	アレルギー検査を受けたことがある				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	薬、食べ物、植物などに対して副作用あるいはアレルギーをもっている				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
副作用が生じた薬剤、アレルゲン（    ）						

現在気になる症状や様子の変化があればご記入ください