



# わんちゃんの問題診票



飼い主様の氏名 \_\_\_\_\_ 様 動物の名前 \_\_\_\_\_ ちゃん 年齢 \_\_\_\_\_ 才

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

\*報告書を郵送させていただきます。お間違えのないようご記入ください。

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 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方（屋内 _____ %、屋外 _____ %） 室内運動：1日（ _____ ）回、1回（ _____ ）分、散歩：1日（ _____ ）回、1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 他に飼っている動物（ _____ ）	
活動性	<input type="checkbox"/> 元気に遊び、お散歩に喜んで行く <input type="checkbox"/> 散歩に行っても走らなくなり、ゆっくり歩くようになった <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"/> 段差や高い所への上り下りを嫌がる、起き上がるのが辛そう、あるいは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くなった、どこかにぶつかることがある	
食事	食事回数：1日（ _____ ）回、歯磨き回数： <input type="checkbox"/> 1日1～3回、 <input type="checkbox"/> 週1～3回、 <input type="checkbox"/> ほぼできていない 食欲： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過剰 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> ムラがある <input type="checkbox"/> すぐに飽きてしまう 内容： <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 手作り食 <input type="checkbox"/> その他（おやつ等） メーカー・商品名（ _____ ） 手作り食やおやつの内容（ _____ ）	
便	1日（ _____ ）回、色調： <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 太さ： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細くなった <input type="checkbox"/> 太くなった 硬さ： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 水様便 他： <input type="checkbox"/> 便の表面に血液が付着する <input type="checkbox"/> ジャム状の粘液が付着する <input type="checkbox"/> （ _____ ）	
尿	回数：1日（ _____ ）回 <input type="checkbox"/> 以前と変わらない <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った 色調： <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 尿量： <input type="checkbox"/> 以前と変わらない <input type="checkbox"/> 1回量が少ない <input type="checkbox"/> 一回量が多い 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	
●過去1年間の間に実施した予防医療についてご記入ください <input type="checkbox"/> 混合ワクチン（6種・8種・他） <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		
●これまで病院で診断された病気や怪我についてご記入ください 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		
●以下の質問にお答えください。 ・アレルギー検査を受けたことがある： <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・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持っている： <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・今回の検査結果をもとに体調に適したフードのサンプルをお送りさせていただいています。 サンプルをご希望されますか： <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する ※お渡しするサンプルは現在ご愛用いただいているメーカーにはならないことがございます。		
●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		