



# わんちゃんの問題診票



検査日：20 年 月 日

飼い主様 氏名 様 電話

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。

動物名	ちゃん		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 <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 他に飼育している動物( )			
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： <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(該当するもの全てに☑してください) <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				
●体質に関して以下の質問にお答えください ・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もっている： <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・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 ・副作用が生じた薬剤やアレルゲンを下の括弧内にご記入ください ( )				
●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				