

# 問診票

名前 \_\_\_\_\_

飼育環境は？

室内のみ・屋外で飼育・散歩のときだけ外・自由に外に出られる・ほとんど外

既往歴

今治療中の病気はありますか？ はい ( ) ・ いいえ

今薬を服用していますか？ はい ( ) ・ いいえ

今までかかった大きな病気やけがはありますか？ はい ( ) ・ いいえ

去勢、避妊手術以外の手術を受けたことは？ はい ( ) ・ いいえ

去勢、避妊はうけていますか？ はい ・ いいえ

はいの場合 当院で

他院で 歳ぐらいのとき

最後に混合ワクチンを受けたのは？

当院で

他院で ( 年 月に 種混合を)

食事について

食事は1日に何回？ \_\_\_\_\_回 主に \_\_\_\_\_

おやつをあげていますか？ 主に \_\_\_\_\_

一般状態

a) 元気は今まで通りですか？ はい ・ いいえ

b) 疲れやすい様子がありますか？ はい ・ いいえ

c) 食欲がありますか？ はい ・ いいえ

d) 体重に変化がありますか？ はい ・ いいえ

e) 水をたくさんの飲み、尿量も増えた印象はありますか？ はい ・ いいえ

## 皮膚

- a) かゆみはありますか？ はい ・ いいえ
- b) 脱毛しているところがありますか？ はい ・ いいえ
- c) 皮膚に傷やしこり、あるいは盛り上がった所がありますか？ はい ・ いいえ

## 眼・耳鼻咽喉

- a) 視力や視野に変化はありますか？ はい ・ いいえ
- b) 眼が赤くなっていたことはありますか？ はい ・ いいえ
- c) 眼やにがでていましたか？ はい ・ いいえ
- d) 聴力に変化はありましたか？ はい ・ いいえ
- e) 耳の中が臭いことはありましたか？ はい ・ いいえ
- f) 耳から分泌液が出たことはありましたか？ はい ・ いいえ
- g) 頭を左右に激しく振ることはありましたか？ はい ・ いいえ
- h) 耳にかゆみや痛みがあるようでしたか？ はい ・ いいえ
- i) 鼻から鼻水や分泌液はでていましたか？ はい ・ いいえ
- j) 咳にきづいたことはありますか？ はい ・ いいえ
- k) 呼吸が困難な様子は見られましたか？ はい ・ いいえ

## 骨格筋系

- a) 手足や全身に痛みが見られるようですか？ はい ・ いいえ
- b) 関節が腫れたことはありますか？ はい ・ いいえ
- c) ビッコをひくことはありますか？ はい ・ いいえ

## 心血管系

- a) 以前と比べ、運動時に疲れる様子がありますか？ はい ・ いいえ
- b) 興奮時や運動時に咳をすることがありますか？ はい ・ いいえ
- c) チアノーゼ（舌の色が紫や白色）になったことはありますか？ はい ・ いいえ
- d) 気絶したことがありますか？ はい ・ いいえ

## 呼吸器系

- a) 息苦しい様子は見られますか？ はい ・ いいえ
- b) 呼吸の様子は今までとかわっていますか？ はい ・ いいえ

### 消化器系

- a) 最近吐き気や嘔吐はありますか？ はい ・ いいえ
- b) 排便の回数は増えたり減ったりしていますか？ はい ・ いいえ
- c) 最近、下痢や軟便が見られましたか？ はい ・ いいえ
- d) 最近、便の中に血や粘液が見られましたか？ はい ・ いいえ
- e) 最近、便の中や肛門の周りに虫の様なものが見られましたか？ はい ・ いいえ

### 泌尿器生殖器系

- a) 尿の回数に変化がありますか？ はい ・ いいえ
- b) 尿の量に変化がありますか？ はい ・ いいえ
- c) 尿をするとき痛みがあるようですか？ はい ・ いいえ
- d) 尿に赤いものがついていることがありますか？ はい ・ いいえ
- e) 尿の中に砂や石のようなものを見たことがありますか？ はい ・ いいえ
- f) 外陰部から分泌液がでたことがありますか？ はい ・ いいえ
- g) 発情の周期に変化はありますか？ はい ・ いいえ

### 神経系

- a) 意識を失ったことはありますか？ はい ・ いいえ
- b) 痙攣を起こしたことはありますか？ はい ・ いいえ
- c) 歩き方に異常はありませんか？ はい ・ いいえ
- d) 麻痺がみられたことはありませんか？ はい ・ いいえ

ほかに、飼い主さんが気になることはありますか？ はい ・ いいえ

はい の場合は具体的にお書き下さい

ドック当日はこの問診表と、尿、(可能なら便も)を受付に渡してください。