

# 問診票



本日はどうされましたか？（複数回答可）

- |                               |                                 |                                 |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 下痢   | <input type="checkbox"/> 皮膚を痒がる | <input type="checkbox"/> 元気がない  |
| <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 耳を痒がる  | <input type="checkbox"/> 手足を痛がる |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐   | <input type="checkbox"/> 咳が出る   | <input type="checkbox"/> 誤食をした  |
| <input type="checkbox"/> 血尿   | <input type="checkbox"/> 呼吸がはやい | <input type="checkbox"/> 目ヤニが出る |
| <input type="checkbox"/> ふらつく | <input type="checkbox"/> 口が臭い   | <input type="checkbox"/> ケガをした  |
| <input type="checkbox"/> その他（ |                                 | ）                               |



上記の症状はいつからですか？

[ ]



動物の状態を教えてください

**元気**

いつもの元気を10とすると → /10

**食欲**

いつもの食欲を10とすると → /10

**排便**

- |                               |                             |                               |                               |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 硬め   | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 柔らかめ | <input type="checkbox"/> ドロドロ |
| <input type="checkbox"/> 水っぽい | <input type="checkbox"/> 粘液 | <input type="checkbox"/> 血便   |                               |

**排尿**

- |                              |                             |                               |                             |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 量多め | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 量少なめ | <input type="checkbox"/> 頻尿 |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|

**嘔吐**

- |                             |                                 |                                 |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 1~3回/日 | <input type="checkbox"/> 4~6回/日 | <input type="checkbox"/> 7回以上/日 |
| <input type="checkbox"/> 胃液 | <input type="checkbox"/> 未消化物   | <input type="checkbox"/> 固形物    | <input type="checkbox"/> 血が混じる  |



検査・治療について

・検査・治療内容について当てはまるものをお答えください

- 必要な検査・治療は全てしてほしい
- 相談して決めたい
- お薬のみで様子を見たい

・希望の検査があれば教えてください

- |                                  |                                    |                                    |                              |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血液検査    | <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン検査 | <input type="checkbox"/> 腹部レントゲン検査 |                              |
| <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査 | <input type="checkbox"/> 心臓エコー検査   | <input type="checkbox"/> 尿検査       | <input type="checkbox"/> 便検査 |
| <input type="checkbox"/> その他（    |                                    |                                    | ）                            |

・説明についてご希望があれば教えてください

- 詳細な説明を希望する
- 異常箇所の説明のみで良い
- なるべく短時間で簡潔な説明を希望する

※ その他ご要望があればお書きください