



# 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

- |           |                               |                                 |                                 |                                 |
|-----------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>元気</b> | いつもの元気を10とすると                 | →                               | /10                             |                                 |
| <b>食欲</b> | いつもの食欲を10とすると                 | →                               | /10                             |                                 |
| <b>排便</b> | <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     |                                 |
| <b>排尿</b> | <input type="checkbox"/> 量多め  | <input type="checkbox"/> 正常     | <input type="checkbox"/> 量少なめ   | <input type="checkbox"/> 頻尿     |
| <b>嘔吐</b> | <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

- 血液検査
- 胸部レントゲン検査
- 腹部レントゲン検査
- 腹部エコー検査
- 心臓エコー検査
- 尿検査
- 便検査
- 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が良い
- なるべく短時間で簡潔な説明を希望する

・内服薬で服用可能な剤型を教えてください

- 錠剤
- カプセル
- 散剤（粉）
- その他（
- ）

※ その他ご要望があればお書きください