

# [下痢・血便などが見られるとき用]

## ●全体の様子について

診察日 年 月 日 No. \_\_\_\_\_

体重	<input type="checkbox"/> やせてきた	<input type="checkbox"/> 特に変化なし	<input type="checkbox"/> 太ってきた
飲水量	<input type="checkbox"/> あまり水を飲まない	<input type="checkbox"/> 大量に水を飲む	<input type="checkbox"/> 特に変化なし
お腹を触られることを嫌がる	<input type="checkbox"/> 嫌がる	<input type="checkbox"/> そうでもない	
毛づくろい	<input type="checkbox"/> 頻繁にする	<input type="checkbox"/> そうでもない	

## ●生活環境について

同居の動物	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (※具体的に _____ )		
飼育場所	<input type="checkbox"/> 屋内	<input type="checkbox"/> 屋外	<input type="checkbox"/> 屋内と屋外両方
	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
食事	回数：1日 ( _____ ) 回 内容： <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェットフード (缶詰・レトルトなど) <input type="checkbox"/> 手作り おやつ ( _____ ) 最近食事内容を変えましたか？ <input type="checkbox"/> はい (具体的に _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ		

## ●排便の状態について※排便に異常がある方は以下の質問にご回答ください

いつ頃、気付きましたか？	( _____ ) 前頃		
排便回数	<input type="checkbox"/> 普段と変わらない：1日 ( _____ ) 回 <input type="checkbox"/> 変わった _____ 1日 ( _____ ) 回から ( _____ ) 回へ		
排便の状態	<input type="checkbox"/> 排便時に痛がることもある	<input type="checkbox"/> 排便姿勢何度もとる	
	<input type="checkbox"/> 下痢と便秘を交互に繰り返す	<input type="checkbox"/> 普段と変わらない	
	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
便の性状・固さ	<input type="checkbox"/> 固くてコロコロ	<input type="checkbox"/> 便が細い	<input type="checkbox"/> やわらかくて形がない
	<input type="checkbox"/> 水状	<input type="checkbox"/> 普段と変わらない	
	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
色	<input type="checkbox"/> 黒っぽい	<input type="checkbox"/> 白っぽい	<input type="checkbox"/> 黄色 (緑色) っぽい
	<input type="checkbox"/> とくに異常なし (正常な黄褐色)		<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
異常な混じりも物	<input type="checkbox"/> 粘液 (ゼリー状のもの) を含んでいる <input type="checkbox"/> 鮮血が混じっている		
	<input type="checkbox"/> 食事以外の異物 (おもちゃの破片など) が混じっている		
	<input type="checkbox"/> 白いツブツブや寄生虫が混じっている		
	<input type="checkbox"/> とくに異常なし <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
におい	<input type="checkbox"/> においが強い	<input type="checkbox"/> いつもと変わらない	
おなかや肛門の様子	<input type="checkbox"/> お腹がゴロゴロ鳴る <input type="checkbox"/> お腹が張っている		
	<input type="checkbox"/> 肛門をなめたり、お尻を床にこすりつける		
思い当たる原因	<input type="checkbox"/> フードの変更	<input type="checkbox"/> 誤飲 (ティッシュ、新聞紙等)	<input type="checkbox"/> 拾い食い
	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		