

【鼻水・くしゃみ・咳・呼吸の異常がみられるとき用】 No. _____

●鼻水症状について ※症状がある方は以下の質問にご回答ください 診察日 年 月 日

いつ頃から症状に気づきましたか？	() 前頃から	
鼻水の状態	<input type="checkbox"/> サラサラしている <input type="checkbox"/> 無職透明 <input type="checkbox"/> 血が混じっている <input type="checkbox"/> 量が多い	<input type="checkbox"/> ネバネバしている <input type="checkbox"/> にごった色 (緑・クリーム) <input type="checkbox"/> においが臭い <input type="checkbox"/> その他 ()
鼻水の量	<input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> 少ない
出るタイミング	<input type="checkbox"/> ずっと出ている <input type="checkbox"/> くしゃみをしたとき <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 寝ているとき <input type="checkbox"/> その他 ()

●くしゃみ症状について ※症状がある方は以下の質問にご回答ください

いつ頃から症状に気づきましたか？	() 前頃から	
くしゃみの頻度	<input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 繰り返し続く
出るタイミング	<input type="checkbox"/> 興奮したとき <input type="checkbox"/> 寝ているとき	<input type="checkbox"/> ものを食べた直後 <input type="checkbox"/> その他 ()

●咳症状について ※症状がある方は以下の質問にご回答ください

いつ頃から症状に気づきましたか？	() 前頃から		
咳の状態	<input type="checkbox"/> 乾いた咳 (コンコン、ケホケホ) をする <input type="checkbox"/> 湿った咳 (ゼーゼーしたり、痰が絡んだような) をする <input type="checkbox"/> 血が混じっている		
咳の頻度	<input type="checkbox"/> 一時的・発作的 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 繰り返し続く	
咳をするタイミング	<input type="checkbox"/> 朝方 <input type="checkbox"/> 興奮したとき <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 寝ているとき	<input type="checkbox"/> 食事の後

次へ

●呼吸器症状について※症状がある方は以下の質問にご回答ください

いつ頃から症状に気づきましたか？	() 前頃から
呼吸の状態	<input type="checkbox"/> 呼吸が速い <input type="checkbox"/> ガーガーと大きな音がする <input type="checkbox"/> ゼーゼーと音がする <input type="checkbox"/> ブーブーと音を鳴らして吸い込む <input type="checkbox"/> 呼吸時に鼻をひくひくさせる <input type="checkbox"/> 舌をパクパクさせて呼吸する <input type="checkbox"/> その他 ()
呼吸異常の頻度	<input type="checkbox"/> 一時的・発作的 <input type="checkbox"/> 繰り返し続く <input type="checkbox"/> その他 ()

●ペットの様子について

よだれの有無	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
体の震えの有無	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
発熱の有無	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
嘔吐の有無	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
下痢の有無	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
胸やお腹のふくらみ（胸水、腹水）の有無	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない

●その他メモ欄

i

※その他気になること、受診時に先生へ伝えようと思うことがあればメモして下さい