

# 【嘔吐が見られるとき用】

## ●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 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		

## ●嘔吐の症状について ※症状がある方は以下の質問にご回答ください

いつ頃、気付きましたか？	（ _____ ）前頃から		
吐くタイミング	<input type="checkbox"/> 食べてすぐ	<input type="checkbox"/> 食後（ _____ ）時間	<input type="checkbox"/> 空腹時
	<input type="checkbox"/> 水を飲んでも吐く	<input type="checkbox"/> 分からない	
	<input type="checkbox"/> その他（具体的に _____）		
頻度	<input type="checkbox"/> 1日（ _____ ）回程度 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
嘔吐物の状態	<input type="checkbox"/> 食べたものがそのままの状態 <input type="checkbox"/> 消化された状態で（一部・全部） <input type="checkbox"/> 白い泡や黄色の液体のみ <input type="checkbox"/> 毛玉が混じっている <input type="checkbox"/> 血液（らしきもの）が混じっている（少量・多量） <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"/> 色やにおいが異常（具体的に _____）		
吐いた後の様子	<input type="checkbox"/> 吐いたものを食べる	<input type="checkbox"/> 元気にしている	
	<input type="checkbox"/> 元気がない	<input type="checkbox"/> よだれが多い	
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（ _____ ）		

## ●おしっこの状態について

排尿の回数	<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