

【嘔吐・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		

●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
-------	---

●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（ _____ ）

次へ

●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 ()

※その他気になること、受信時に先生へ伝えようと思うことがあれば記入して下さい。