

記入日： 年 月 日

当てはまるものがあれば☑を、
(増・減) どちらかには○を、
何かあれば右の欄に記入してください。

1.活動性・睡眠

・動きに変化があった	<input type="checkbox"/>
・寝ている時間が増えた	<input type="checkbox"/>

2.毛・皮膚・爪

・毛が荒れている	<input type="checkbox"/>
・フケが出ている	<input type="checkbox"/>
・体臭が気になる	<input type="checkbox"/>
・シコリ、イボがある	<input type="checkbox"/>
・赤み、腫れがある	<input type="checkbox"/>
・爪が長い、曲がっている	<input type="checkbox"/>
・爪の伸びが速くなった	<input type="checkbox"/>

3.目・耳・鼻

・目の見え方が変わった	<input type="checkbox"/>
・目の色が変わった	<input type="checkbox"/>
・耳の聞こえが変わった	<input type="checkbox"/>
・目ヤニが多くなった	<input type="checkbox"/>
・耳の汚れが多くなった	<input type="checkbox"/>
・鼻からの分泌物が増えた	<input type="checkbox"/>
・臭いが気になる	<input type="checkbox"/>

4.運動性・敏しょう性

・ビッコをひく	<input type="checkbox"/>
・ジャンプしなくなった	<input type="checkbox"/>
・歩き方が変わった	<input type="checkbox"/>
・階段をのぼらなくなった	<input type="checkbox"/>

5.呼吸・咳

・息が荒い、呼吸が速い	<input type="checkbox"/>
・咳をする	<input type="checkbox"/>
・おかしい音が出る	<input type="checkbox"/>

6.食欲・食べ方

・食欲が増した・減った	(増・減)
・食べにくそうにしている	<input type="checkbox"/>

7.嘔吐・口のおい

・吐くことがある	<input type="checkbox"/>
・吐きそうだけど吐かない	<input type="checkbox"/>
・歯のようすに変化があった	<input type="checkbox"/>
・口がにおう	<input type="checkbox"/>

8.便の形状・出やすさ

・うんちがゆるい	<input type="checkbox"/>
・便秘する	<input type="checkbox"/>
・出にくそうにしている	<input type="checkbox"/>
・量が増えた・減った	(増・減)
・排泄回数が増えた・減った	(増・減)
・色が変わった	<input type="checkbox"/>

9.尿の量・出やすさ

・尿の量が増えた・減った	(増・減)
・尿の回数が増えた・減った	(増・減)
・トイレを失敗する	<input type="checkbox"/>

10.のどの渇き

・水を飲む量が増えた・減った	(増・減)
----------------	-------

11.体型や体重

・太ってきた	<input type="checkbox"/>
・痩せてきた	<input type="checkbox"/>
・お腹が出ている	<input type="checkbox"/>

12.行動

・同じことを繰り返す	<input type="checkbox"/>
・ぐるぐる回る	<input type="checkbox"/>
・怒りっぽくなった	<input type="checkbox"/>
・反応が鈍くなった	<input type="checkbox"/>

その他、気になることなどあればご記入ください。
どんな些細な事でもかまいません。

ワクチンで来院される時に
この紙を持ってきてください♡



ハート動物病院
Heart Animal Hospital