



太枠内と以下のチェックをご記入ください

No. _____

飼い主さまの お名前	ふりがな	ペットの お名前	ふりがな
犬・猫 種類	誕生年・月	年 月 歳	避妊・去勢手術 はしていますか はい・いいえ

以下のあてはまる項目にチェックをし、Team HOPEの動物病院で獣医師と一緒にペットの健康をチェックしましょう。

ご注意 ※ウェルネスチェックは、ペットの健康を保証したり、病気を確定するものではありません。ペットの健康状態は個体によりそれぞれ違いますので、以下の質問以外にも少しでも不安を感じたり、いつもと違う気になる変化がありましたら、必ず動物病院で獣医師の診察をお受けください。

	飼い主さま	動物病院		飼い主さま	動物病院	
生活全般	<p>元気がない</p> <p>いつから</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>毛づやに変化や、脱毛がある</p> <p>いつから</p> <p>部位</p> <p>体をかゆがったり、皮膚に異常がある</p> <p>いつから</p> <p>部位</p> <p>目に濁りや充血などの異常がある</p> <p>いつから</p> <p>どのように</p> <p>くしゃみや咳、鼻水や鼻血が出る</p> <p>いつから</p> <p>くしゃみ / 咳 / 鼻水 / 鼻血</p> <p>口臭がある、よだれが出る</p> <p>いつから</p> <p>口臭 / よだれ</p> <p>歯が汚れている、歯石がある</p> <p>いつから</p> <p>耳の中が汚れている</p> <p>いつから</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>息切れがあるなど、疲れやすい</p> <p>いつから</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<p>歩き方や行動に変化がある</p> <p>いつから</p> <p>どのように</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<p>睡眠に変化がある</p> <p>いつから</p> <p>どのように</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<p>体重に変化がある</p> <p>いつから</p> <p>増えた / 減った Kg</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	食事	<p>食事量や飲水量に変化がある</p> <p>いつから</p> <p>食事量 増えた / 減った</p> <p>飲水量 増えた / 減った</p>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		排泄	<p>排泄物の色や臭い、量、固さや、排泄の回数などに変化がある</p> <p>排便の変化</p> <p>いつから</p> <p>排尿の変化</p> <p>いつから</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>+</p> <p>+</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受診日： 年 月 日 受診回数： 回 / 年

病院記入欄

その他、気になる点やご質問がございましたらご記入ください