



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

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