

カナ			動物の名前	ちゃん
ご家族様のお名前	姓(Surname)	名(Firstname)		
動物種	犬 ・ 猫		品種	

1	<p>該当する症状にチェックをつけてください (☑複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/>口臭がひどい <input type="checkbox"/>歯肉から出血する <input type="checkbox"/>歯肉が赤い <input type="checkbox"/>歯がグラグラする <input type="checkbox"/>歯が抜けた <input type="checkbox"/>歯が欠けた・折れた</p> <p><input type="checkbox"/>咬み合わせ・歯並びがおかしい <input type="checkbox"/>歯が多い・少ない <input type="checkbox"/>くしゃみを頻繁にする <input type="checkbox"/>眼の下(頬)が腫れたことがある</p> <p><input type="checkbox"/>口の周りがいつも汚れている <input type="checkbox"/>口が曲がっている <input type="checkbox"/>ご飯を噛まずに丸飲みする <input type="checkbox"/>口を気にして引っ掻く・頭を振る</p> <p><input type="checkbox"/>顎をカクカクする <input type="checkbox"/>噛んでいる途中でこぼすようになった <input type="checkbox"/>食欲が徐々に落ちてきた <input type="checkbox"/>食欲が急に落ちた</p> <p><input type="checkbox"/>食欲が落ちた時期があった <input type="checkbox"/>顔周りを触られるのを嫌がるようになった <input type="checkbox"/>首をかしげるような仕草をする</p> <p><input type="checkbox"/>グルーミングが増えた(猫) <input type="checkbox"/>怒りっぽくなった(猫)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>
2	<p>実施しているホームケアにチェックをつけ、歯磨きの頻度を教えてください (☑複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/>歯ブラシ <input type="checkbox"/>歯磨きジェル・ペースト <input type="checkbox"/>歯磨きシート <input type="checkbox"/>指サック <input type="checkbox"/>デンタルガム <input type="checkbox"/>デンタルリンス <input type="checkbox"/>デンタルスプレー</p> <p><input type="checkbox"/>口腔内善玉菌サプリメント <input type="checkbox"/>インターバリー <input type="checkbox"/>その他 (_____) 歯磨き頻度 (_____ 日に _____ 回程度)</p> <p><input type="checkbox"/>ホームケアはしていない</p>
3	<p>現在、食事はどのようなものを与えていますか？ (☑複数回答可) (商品名がわからない場合は、市販食か処方食かのどちらかをご記入ください)</p> <p><input type="checkbox"/>ドライフード (商品名: _____) <input type="checkbox"/>缶詰 (商品名: _____)</p> <p><input type="checkbox"/>手作りフード (具体的に: _____)</p> <p><input type="checkbox"/>おやつ (具体的に: _____)</p>
4	<p>3で回答いただいた食事以外で、過去又は現在与えている物の中で最も硬い物は何ですか？ (商品名がわからない場合は、デンタルガム、蹄、ヒマラヤンチーズ、骨、プラスチックのおもちゃなどとご記入ください)</p> <p>(商品名: _____)</p>
5	<p>過去の歯科治療に関して教えてください (☑複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/>麻酔下での歯石除去を受けたことがある</p> <p><input type="checkbox"/>その他の歯科治療を受けたことがある</p> <p><input type="checkbox"/>無麻酔での歯石除去を受けたことがある</p> <p><input type="checkbox"/>歯科治療を受けたことはない</p> <p>上記の治療を最後に受けたのはいつ頃ですか？ (_____ 年 _____ 月頃)</p>
6	<p>歯科治療に対してご希望があれば教えてください (☑複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/>費用はできるだけ抑えたいので、温存が難しい歯があれば全て抜いてほしい</p> <p><input type="checkbox"/>温存が難しい歯があれば抜歯もやむを得ないが、できるだけ残してほしい</p> <p><input type="checkbox"/>できるだけ多くの歯を残したいので、抜歯すべきかは事前に相談したい</p> <p><input type="checkbox"/>費用はどれだけかかっても構わないので、できれば1本も抜いてほしくない</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>
7	<p>最後に健康診断を受けた時期と、検査の種類を教えてください (☑複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/>血液検査 (_____ 年 _____ 月頃)</p> <p><input type="checkbox"/>レントゲン検査 (_____ 年 _____ 月頃)</p> <p><input type="checkbox"/>超音波エコー検査 (_____ 年 _____ 月頃)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (_____) (_____ 年 _____ 月頃)</p> <p><input type="checkbox"/>健康診断を受けたことがない</p>
8	<p>治療中の基礎疾患(持病)、または過去に指摘を受けた未治療の異常はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ある (疾患名または異常(値): _____)</p> <p><input type="checkbox"/>ない</p>
9	<p>服用中の薬があれば、薬の名称と用法・用量を教えてください (例: プレドニン5mg 1/4錠を1日1回、など)</p>