

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	<b>該当する症状にチェックをつけてください (☑複数回答可)</b>			
	<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 <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 <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 <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 <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 <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) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
2	<b>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)</b>			
	<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 <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) <input type="checkbox"/> ホームケアはしていない			
3	<b>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)</b>			
	<small>(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)</small> <input type="checkbox"/> ドライフード (商品名: _____) <input type="checkbox"/> 缶詰 (商品名: _____) <input type="checkbox"/> 手作りフード (具体的に: _____) <input type="checkbox"/> おやつ (具体的に: _____)			
4	<b>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？</b>			
	<small>(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)</small> (商品名: _____)			
5	<b>過去の歯科治療に関して教えてください (☑複数回答可)</b>			
	<input type="checkbox"/> 麻酔下での歯石除去を受けたことがある <input type="checkbox"/> その他の歯科治療を受けたことがある <input type="checkbox"/> 無麻酔での歯石除去を受けたことがある <input type="checkbox"/> 歯科治療を受けたことはない 上記の治療を最後に受けたのはいつ頃ですか？ ( _____ 年 _____ 月頃)			
6	<b>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)</b>			
	<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 <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
7	<b>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)</b>			
	<input type="checkbox"/> 血液検査 ( _____ 年 _____ 月頃) <input type="checkbox"/> レントゲン検査 ( _____ 年 _____ 月頃) <input type="checkbox"/> 超音波エコー検査 ( _____ 年 _____ 月頃) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ( _____ 年 _____ 月頃) <input type="checkbox"/> 健康診断を受けたことがない			
8	<b>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？</b>			
	<input type="checkbox"/> ある (疾患名または異常(値): _____) <input type="checkbox"/> ない			
9	<b>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)</b>			