

眼科問診票

1 現在の症状はなんですか？

眼やに・流涙・赤い・斑点がある・腫れている・眼が開かない・ショボショボする・濁っている・眼が揺れる・出血・その他（_____）

2 どちらの眼に発症していますか？ 右眼・左眼・両眼

3 いつ発症しましたか？ _____年 _____月 _____日

4 その症状はどのようにはじまりましたか？ 突然に・徐々に

5 眼を触ると痛みますか？ いいえ・はい

6 眼を前肢でかいたり、ソファーや床等にこすりますか？ いいえ・はい

7 見えにくそうな感じはありますか？

いいえ・はい（ボール遊びをしなくなった、階段を昇れなくなったなど）

8 よく物にぶつかりますか？

いいえ・はい（どのような所で_____）

9 真っ直ぐに歩く事はできますか？ いいえ・はい

10 過去に同じような症状になった事がありますか？またその時どのような治療を受けましたか？

いいえ・はい（注射・飲み薬・点眼・わからない・病院は行ってない）

11 質問 10 ではいと答えた方にお聞きします。症状に変化はありましたか？

治った・少し治った・しばらくの間治った・変わらない・悪化した

12 室内と室外でどのような割合で飼育されていますか？

室内のみ・室外のみ・室内：室外（ _____%：_____%）

13 過去に何かアレルギーを起こした事がありますか？

いいえ・はい（何で_____）

14 あなたのペットの両親・兄弟・子供に同じ様な症状があらわれましたか？

いいえ・はい（両親・兄弟・子供）・わからない

15 何か他の病気をした事がありますか？ いいえ・はい（_____）

16 外科手術を受けた事がありますか？

いいえ・はい（去勢・避妊・その他_____）

17 大きな怪我をした事がありますか？ いいえ・はい（_____）

18 食欲や元気はありますか？ いいえ・はい

19 以前に比べて水を飲む量や、尿の量が増えた気がしますか？ いいえ・はい

20 嘔吐や下痢はありますか？ いいえ・はい

21 鼻水が出たり、くしゃみをしたりしますか？ いいえ・はい

22 ケイレンや発作などの神経症状はありますか？ いいえ・はい

23 ワクチンは接種していますか？ いいえ・はい

24 他にペットを飼っていますか？ いいえ・はい（犬・猫・鳥・その他）

25 今飲んでる薬やサプリメントなどはありますか？

いいえ・はい（_____）

26 今使っている点眼はありますか？ いいえ・はい（_____）