

健康チェックシート

生活全般

元気がない	☐ はい	☐ いいえ
息切れがある、疲れやすい	☐ はい	☐ いいえ
歩いている足が痛がることある	☐ はい	☐ いいえ
ジャンプをしなくなった	☐ はい	☐ いいえ
眠っている時間が多くなった	☐ はい	☐ いいえ
体重が増えてきた、または痩せてきた	☐ はい	☐ いいえ

食事

食事量が増えた、あるいは減った	☐ はい	☐ いいえ
水を飲む量が以前より増えた	☐ はい	☐ いいえ

排泄

排尿の回数が以前より多い	☐ はい	☐ いいえ
排尿の量が以前より多い、または少ない	☐ はい	☐ いいえ
尿の色が薄い、または濃い	☐ はい	☐ いいえ
排便の回数が多い、または少ない	☐ はい	☐ いいえ
便の色がおかしい	☐ はい	☐ いいえ

体や部位

毛づやに変化があったり、脱毛がある	☐ はい	☐ いいえ
体を痒がったり、皮膚に異常がある	☐ はい	☐ いいえ
目に濁りや、充血などの異常がある	☐ はい	☐ いいえ
目を痛がる	☐ はい	☐ いいえ
くしゃみや咳、鼻水や鼻血が出る	☐ はい	☐ いいえ
口臭がある、よだれが出る	☐ はい	☐ いいえ
食べる時に痛がる	☐ はい	☐ いいえ
歯が汚れている、歯石がある	☐ はい	☐ いいえ
耳の中が汚れている、痒がる	☐ はい	☐ いいえ
頭を何度もブルブルと振る	☐ はい	☐ いいえ
耳を床などにこすりつける	☐ はい	☐ いいえ