

糖尿病症例 カウンセリングシート

・飼い主様お名前： _____

ご住所 _____

お電話番号 _____

患者名： _____

動物種 犬 猫

品種 _____

体重 _____ kg

糖尿病発症日(多飲多尿など症状の出た日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

糖尿病と診断された日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

併発疾患(他の病気) 無 有(病名、発症日: _____)

糖尿病の治療を行っていますか はい いいえ

”はい“の方は以下にお答え下さい。

・食事について

種類 ドライ ウエット

品名 (_____)

食事を与えている回数： _____ 回

食事を与えている時間と量、食べ方

時間	量	食べ方
：	g	<input type="checkbox"/> 一気食い <input type="checkbox"/> ゆっくり
：	g	<input type="checkbox"/> 一気食い <input type="checkbox"/> ゆっくり
：	g	<input type="checkbox"/> 一気食い <input type="checkbox"/> ゆっくり
：	g	<input type="checkbox"/> 一気食い <input type="checkbox"/> ゆっくり
：	g	<input type="checkbox"/> 一気食い <input type="checkbox"/> ゆっくり
：	g	<input type="checkbox"/> 一気食い <input type="checkbox"/> ゆっくり

・インスリンについて

インスリン注射はしてますか はい いいえ

”はい“の方は以下にお答え下さい。

インスリンの種類： _____ かかりつけ医の調整剤

注射方法： 専用注射器 ペン、カートリッジ型 その他

注射部位： 頸部～肩甲 胸部 臀部

注射時間と量

時間	量
：	単位
：	単位
：	単位
：	単位

・糖尿病の評価で行っていることはありますか

- 尿糖測定
- 自己血糖測定
- かかりつけ医の定期検診
(血糖 尿糖 糖化アルブミン、フルクトサミン)

・今回のカウンセリングにあたりお聞きになりたい点、

糖尿病治療でお困りの点をお知らせ下さい。

ご協力有り難うございました。他の資料と共にお送り下さい。
カウンセリングをお待ちしております。

アルマ動物病院

TEL: 03-5758-6658

FAX: 03-5758-6670

hasegawa@alma-ah.com