

所有者

検査日

2020 / 6 / 23

種類	アラ	性別	♂	体重	
生年月日	2020 / 5 / 12				
毛色		No.			

本日、下記の項目に関して検査を行いました。

口（咬合）	<input checked="" type="checkbox"/> 緩状咬合	<input type="checkbox"/> 切端咬合	<input type="checkbox"/> 反対咬合	<input type="checkbox"/> 被蓋咬合
目（視診）	<input checked="" type="checkbox"/> 正常なし	<input type="checkbox"/> 异常あり ( )		
耳（耳道内）	<input checked="" type="checkbox"/> 正常なし	<input type="checkbox"/> 异常あり ( )		
鼻	<input checked="" type="checkbox"/> 正常なし	<input type="checkbox"/> 异常あり ( )		
心臓（聴診）	<input checked="" type="checkbox"/> 正常なし	<input type="checkbox"/> 异常あり ( )		
皮膚	<input checked="" type="checkbox"/> 正常なし	<input type="checkbox"/> 异常あり ( )		
外部寄生虫	<input checked="" type="checkbox"/> 正常なし	<input type="checkbox"/> 异常あり ( )		
	<input checked="" type="checkbox"/> 正常なし	<input type="checkbox"/> 左側 (グレード I · II · III)		
膝蓋骨脱臼（触診）		<input type="checkbox"/> 右側 (グレード I · II · III)		
		※若齢のため現時点での診断です。		
尾	<input checked="" type="checkbox"/> 正常なし	<input type="checkbox"/> 异常あり ( )		
ヘルニア 臍	横帯	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (程度)	軽度 · 中度 · 重度
	臍	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (程度)	軽度 · 中度 · 重度
泉門		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( 小 · 中 · 大 )	
備考欄（その他所見）				

上記の検査については検査日の状態を示したものであり、将来を保証するものではありません。  
ト記の検査については検査日の状態を示したものであり、将来を保証するものではありません。

名前 ジェームス 君

種別 犬 チワワ

生年月日 2020/5/12

性別 ♂

接種したワクチンの種類	バンガードプラス 5/CV
接種年月日	2020/6/23

犬ジスティンバー

犬コロナウイルス感染症

犬伝染性肝炎

犬アデノウイルス2型感染症

犬パラインフルエンザ

犬バルボウイルス感染症

上記の通り接種したことを見明します。