

# 健康診断書

所有者		検査日	2020/ 9		
種類	997	性別	♂	体重	
生年月日	2020 / 8 / 15	No.			
毛色					

本日、下記の項目に関して検査を行いました。

<input type="checkbox"/> (咬合)	<input checked="" type="checkbox"/> 缺状咬合	<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"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり ( )		
耳 (耳道内)	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり ( )		
鼻	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり ( )		
心臓 (聴診)	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり ( )		
皮膚	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり ( )		
外部寄生虫	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり ( )		
膝蓋骨脱臼 (触診)	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 左側 (グレード I ・ II ・ III )		
		<input type="checkbox"/> 右側 (グレード I ・ II ・ III )		
※若齢のため現時点での診察				
尾	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり ( )		
ヘルニア	臍帯	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (程度) 軽度 ・ 中度 ・ 重度	
	鼠径	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (程度) 軽度 ・ 中度 ・ 重度	
泉門	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <u>小</u> ・ 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。

住所 ・ 獣医師氏名
------------