

シロ

# 健康診断書

所有者		検査日	2021 / 4 / 17		
種類	子犬	性別	♀	体重	
生年月日	2021 / 2 / 20	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"/> 顎状咬合	<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断です。				
尾	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり ( )		
ヘルニア	臍帯	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" 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 ( 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、将来を保障するものではありません。

シロ

2021年4月17日

検査者: [不明]

検査場所: [不明]

検査時間: [不明]

検査内容: [不明]

検査結果: [不明]

検査費用: [不明]

検査者印: [不明]

検査場所印: [不明]

検査時間印: [不明]

検査内容印: [不明]

検査結果印: [不明]

検査費用印: [不明]

検査者印: [不明]

検査場所印: [不明]

検査時間印: [不明]

検査内容印: [不明]

検査結果印: [不明]

検査費用印: [不明]