

健康診断書

10-900

所有者		検査日	2021 / 4 / 7		
種類	イグワ	性別	♀	体重	
生年月日	2021 / 2 / 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"/> 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 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 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。

名前	結い	
種別	犬 チワワ	
生年月日	2021.2.15	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	2021/4/7	
犬ジステンパー	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証明します。