

健康診断書

たつみ

所有者		検査日	2021/1/26	
種類	A77	性別	♀	体重
生年月日	2021 / 5 / 26	No.		
毛色				

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"/> 咬状咬合	<input type="checkbox"/> 切端咬合	<input type="checkbox"/> 反対咬合	<input type="checkbox"/>
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 ・		
		<input type="checkbox"/> 右側（グレード I ・ II ・		
尾	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり（		
ヘルニア	頸部	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（程度） 軽度 ・ 中度	
	鼠径	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（程度） 軽度 ・ 中度	
腹門	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり（程度） 軽度 ・ 中度		
備考欄（その他所見）	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <u>小</u> ） ・ 中 ・			

※若齢のため現時点での

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。