

健康診断書

手紙

所有者		検査日	2022 / 5 / 10
-----	--	-----	---------------

種類	977	性別	♀	体重	
生年月日	2022 / 3 / 23	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"/> 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 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。