

健康診断書

4777

所有者		検査日	2022 / 5 / 10		
種類	4777	性別	♀	体重	
生年月日	2022 / 3 / 19	No.			
毛色					

本日、下記の項目に関して検査を行いました。

□ (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	(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。