

# 健康診断書

この診断書は、レックスランド 日帰老犬介護ホーム で、愛犬のお預かりを開始する際、健康状態を把握するために必要な書類です。獣医師の診断を受け、全項目を記入の上、診断後2週間以内にご提出ください。

## ※飼い主様ご記入欄

飼い主様 氏名		愛犬の 名前		性別	オス・メス
愛犬の 誕生日		犬種		避妊・ 去勢	未・済

- 1)現在治療中、または半年以内に経過観察中の病気やケガはありますか？ はい=>2)へ いいえ  
 2)病名、薬名等：(書ききれない場合は別紙添付又は過去の病歴欄に継続中としてお書きください)

※以下は獣医師の先生によるご記入をお願いします。

■平熱：℃    ■体重：kg    ■心拍数：回/分

■現在の健康状態 (良好にチェックを入れるか、それ以外はコメント、服用中の薬等をご記入ください)

全身状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 反応悪い <input type="checkbox"/> 元気消失 <input type="checkbox"/> 虚脱 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 可視粘膜蒼白 <input type="checkbox"/> その他( )
被毛/皮膚	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 乾燥・鱗屑 <input type="checkbox"/> 油性脂漏 <input type="checkbox"/> 被毛粗剛 <input type="checkbox"/> 脱毛・抜毛 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 外部寄生虫 <input type="checkbox"/> 掻痒 <input type="checkbox"/> 皮疹 <input type="checkbox"/> その他( )
眼	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 視力異常 <input type="checkbox"/> 分泌物 <input type="checkbox"/> 赤色 <input type="checkbox"/> 白濁 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 牛眼 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 眼瞼異常 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> その他( )
耳	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 炎症・感染 <input type="checkbox"/> 肥厚・狭窄 <input type="checkbox"/> 耳垢 <input type="checkbox"/> 毛が密生 <input type="checkbox"/> 油性・湿性 <input type="checkbox"/> 耳疥癬 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> その他( )
口腔	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯列異常 <input type="checkbox"/> 歯のぐらつき <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 歯肉炎 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 舌異常 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> その他( )
鼻腔・咽頭・頸部	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 鼻分泌物 <input type="checkbox"/> 鼻腔狭窄 <input type="checkbox"/> 顔面非対称・変形 <input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 気管圧迫発咳 <input type="checkbox"/> リンパ節腫大 <input type="checkbox"/> 下顎部腫瘍 <input type="checkbox"/> その他
四肢	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 跛行 <input type="checkbox"/> 関節痛・こわばり <input type="checkbox"/> 神経学的異常 <input type="checkbox"/> 靭帯損傷 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 爪の異常 <input type="checkbox"/> 趾間・指端異常 <input type="checkbox"/> その他( )
心臓	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 頸部脈怒張 <input type="checkbox"/> 心臓触診異常 <input type="checkbox"/> 心拍数異常 <input type="checkbox"/> 心雑音 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他( )
肺・胸腔	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 異常呼吸音 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 打診音異常 <input type="checkbox"/> その他
腹腔	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 腹部膨大 <input type="checkbox"/> 腹部緊張 <input type="checkbox"/> 圧痛・自発痛 <input type="checkbox"/> 腹腔内腫瘍 <input type="checkbox"/> 腹水
消化器系	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 蠕動音異常 <input type="checkbox"/> 嘔吐・嘔吐動作 <input type="checkbox"/> 便異常(下痢・宿便) <input type="checkbox"/> ガス貯 <input type="checkbox"/> 寄生虫 <input type="checkbox"/> その他( )
泌尿生殖器系	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 前立腺腫大 <input type="checkbox"/> 排尿異常 <input type="checkbox"/> 外陰部腫脹・分泌物 <input type="checkbox"/> 肛門周囲異常 <input type="checkbox"/> 精巣腫大 <input type="checkbox"/> 陰萎 <input type="checkbox"/> その他( )
リンパ節	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 1個腫大(部位： ) <input type="checkbox"/> 複数腫大(部位： )
その他特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	

■過去の病歴

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

■糞便検査

検便	検査日	年	月	日	結果	直接法	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性:駆除日	年	月	日
						浮遊法	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性:駆除日	年	月	日

■予防歴

狂犬病 (最終接種日)	年	月	日	猶予中(	年	月	~	年	月)
混合ワクチン(最終接種日)	年	月	日	5種・7種・8種・その他(					
フィラリア予防	検査日	年	月	日					
	投薬	年	月	~	月	(薬名:			
ノミ・ダニ・マダニ予防									

上記身体検査の結果、本犬につき、現時点において上述の健康状態、管理状態であることを証明します。

以上

年 月 日

動物病院名

獣医師名

印