

健 康 診 斷 書

NPO法人 高崎アニマルランド 殿

貴団体が運営する譲渡会に参加するため、下記の通り診断します。

犬・猫	種類:	毛色:	名前:
オス・メス	生後約	歳 カ月(年 月 日生)	あるいは生後約 日

触診視診	皮膚	外傷	無・有		皮膚炎	無・有	
		腫瘍	無・有				
		寄生虫	無・有	ノミ・マダニ・ハジラミ・疥癬・毛包虫・他			
	目	結膜炎	無・有	左眼・右眼			
		角膜炎	無・有	左眼・右眼			
		他の異常	無・有	左眼・右眼			
	耳	外耳炎	無・有	左耳・右耳			
		耳疥癬	無・有	左耳・右耳			
	口腔	潰瘍	無・有				
		口腔粘膜色	良好・不良		不正咬合	無・有	
歯肉炎		無・有		喪失歯	無・有		
鼻腔		鼻炎	無・有		膿瘍鼻汁	無・有	
四肢		歩様の異常	無・有		クル病	無・有	
ヘルニア		無・有	ヘソヘルニア・そけいヘルニア・他				
リンパ節腫脹	無・有						
聴診	胸部・腹部の異常	無・有					
検便	寄生虫卵・原虫	無・有					
フィラリア	無・有						
ウイルス性疾患の疑い	無・有	※ただし潜伏期間中である場合は診断不可能					
病歴	治療・観察中の持病	無・有	アレルギー・てんかん・他				
	服用中の薬	無・有					
	過去の病気・手術歴	無・有					
不妊・去勢手術	未・済		出産歴	無・回	不明		
健康状態	良好・普通・不良・要治療		体重		kg		
栄養状態	痩せ・標準・肥満・要治療		体温		°C		
性 格	温厚人懐っこい・神経質・攻撃的	臆病人慣れしていない					
※補足事項							

診断日: 年 月 日

診断動物病院名

譲渡希望者さま・獣医師さまへ、団体から診断書についてお願ひ

- ※犬猫一匹につき一枚の診断書の記入をお願いします。当団体では診断書の有効期限は3ヵ月です。
- ※治療としてフロントライン、レボリューションを滴下した場合、1週間以上あけて再診察をお願いします。
- ※譲渡希望者さまはお手数ですが糞便を持参の上、獣医師の検便を受けてください。
- ※狂犬病予防注射、ワクチン未接種の場合は接種してください。成犬はフィラリア検査をしてください。

犬猫がいる譲渡会に参加するため、感染症疾患・治療中の診断書では入室・受理できません。
必ず感染症完治後にご記入願います。

お問合せ:NPO法人 高崎アニマルランド 高崎市高関町443 電話:027-345-6331 FAX:027-345-6332