

## 診療情報等提供書

## 御院情報

御動物病院名：	ご担当獣医師	先生
ご住所：〒		
お電話番号：	FAX 番号：	緊急連絡先：
E-mail		

## お客様情報

お客様ご氏名：	愛犬名	( ♂ ♀ )	去勢不妊	済	未
犬種：	生年月日：西暦	年	月	日	

## 病歴：症状等

病歴（病名）・術歴等

.....

.....

.....

期待される改善事項

.....

.....

注意事項等

.....

.....

## 評価等

関節の可動域評価 \*正常は+ 異常は-

左前肢 + - 右前肢 + - 左後肢 + - 右後肢 + -

## 立位の状態

正常 部分負重（立位可） 重度（要補助） 立位不能

コメント：

## 手術等の施術部位あるいは障害部位等

## 固有感覚検査及び深部痛覚検査 \*正常は+ 異常は-

左前肢		右前肢		左後肢		右後肢	
固有感覚	深部痛覚	固有感覚	深部痛覚	固有感覚	深部痛覚	固有感覚	深部痛覚

◆ご記入ありがとうございました