

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