

お申込者名(病院名)	様	ペットの名前・年齢	( 才 )
ご住所	〒	性別	
電話・FAX番号	TEL FAX	品種	
Eメール		かかり付け動物病院	

AとEはほぼ接近した数値になります。GよりFが通常は大きいです。

例)太っていてFよりGが大きい、前足が曲がっていてAよりEが高いなど理由もご記入下さい。

A	尻高(床から尻上まで)	cm
B	背長(首元から尾元まで)	cm
C	前足かかとから後足つま先まで	cm
D	胸周	cm
E	床から首元までの高さ	cm
F	肩幅	cm
G	尻幅	cm
H	床から股までの高さ (立っている状態)	cm
I	胸から地面までの前足の長さ	cm
J	そ頸部から地面までの後足の長さ (脚の長さ)	cm
K	肩の真ん中からお尻の真ん中までの横に沿った長さ	cm
L	前足のうしろから後足の前までの腹部にそった長さ	cm

4輪車

1	去勢・避妊手術はしましたか？	いいえ ・ はい
2	現在の体重/以前の体重	現在 kg / 以前 kg
3	足が動かなくなった原因は何ですか？	
4	これまでに病気をしたことがありますか？	いいえ ・ はい
5	それはいつ頃(時期)で病名は何ですか？	時期 / 病名
6	骨折はしましたか？	いいえ ・ はい
7	切断しましたか？	いいえ ・ はい(どの足・どこから？)
8	断端(足が少しでも残っている)はありますか？	いいえ ・ はい
9	後足は麻痺していますか？(いつから？)	いいえ ・ はい( 年 月頃～)
10	後足は動かせますか？	いいえ ・ はい
11	後足を立たせられますか？	いいえ ・ はい
12	後足で段は上がれますか？	いいえ ・ はい
13	ペットの性格は？(活発・おとなしい etc)	
14	前足は強いですか？	強い ・ 適度に強い ・ 普通 ・ やや弱い ・ 弱い

※他にお気づきのことがあればご記入下さい。