



## BASE Dog Training School 健康診断書

●飼い主様 ご記入欄			
フリガナ		電話番号	
飼い主のお名前		緊急連絡先 (携帯電話)	
ご住所 〒		LINE ID	
連絡可能なメールアドレス (PC・携帯)		LINE ID	
フリガナ		犬種	
犬のお名前		犬種	
毛色 白・黒・茶・レッド・( )	体重	kg	性別 ♂・♀
生年月日 西暦	年	月	日 ( 歳)
どのようにして弊社を知りましたか? ・ご近所/通りがかり ・Web ・SNS(FB/ Blog/Insta) ・ご紹介 (ご紹介者名 )			
●獣医師の先生 ご記入欄			
去勢/避妊処置	・済 ( 年 月 日)	・未処置	
ワクチン接種歴	混合ワクチン	年 月 日 ( 種)	※パルボ、ジステンパーは必須です。
	狂犬病ワクチン	年 月 日	・未接種
	未接種の場合	(理由 )	
フィラリア予防歴	最終フィラリア検査日	年 月 日	検査キット名 ( )
	検査結果 感染 無し・有り		
	その他		
ノミ・ダニ類外部寄生虫	予防薬最終塗布日	年 月 日	塗布薬名 ( )
	その他		
内部寄生虫	ジアルジア	検査日 年 月 日	検査方法 ( )
	コクシジウム	検査日 年 月 日	検査方法 ( )
	回虫	検査日 年 月 日	検査方法 ( )
	鉤虫	検査日 年 月 日	検査方法 ( )
	鞭虫	検査日 年 月 日	検査方法 ( )
	その他		
身体検査	口腔 (歯石・歯肉炎・口臭など)	異常 無し・有り	
	耳介外耳道 (耳垢・真菌など)	異常 無し・有り	
	四肢末端部 (パッド・爪など)	異常 無し・有り	
	皮膚および被毛の状態	異常 無し・有り	
	肛門囊および生殖器 (腫・包皮)	異常 無し・有り	
	目 (結膜炎・充血など)	異常 無し・有り	
過去治療歴	病名	年 月 日	治療済み
現在治療中	病名	年 月 日	日～
	治療薬など		
聴診所見			
その他			
ご協力ありがとうございました。最後にご署名をお願いいたします。			
動物病院名	診断日 西暦 年 月 日		
ご住所・電話番号	獣医師名 (署名)		

(株) ベースドッグトレーニングスクール 代表取締役 鬼澤穰次/園長 上地亜衣

〒337-0041 埼玉県さいたま市見沼区南中丸 307 番 21 号 TEL/FAX 048-688-8304 www.base-dts.co.jp