

申込者名(病院名)	様	ペットの名前・年齢	(才)
ご住所	〒	性別	
		品種	
電話・FAX番号	TEL FAX	かかりつけ動物病院	
Eメール		車いす希望カラー	・赤 ・青 ・シルバー

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。

※シルバーはカスタム後肢用と4肢用サポートのみとなります。

例) 太っている。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)	c m
B	背長 (首元から尾元まで)	c m
C	前足かかとから後足つま先まで	c m
D	胸周	c m
E	床から首元までの高さ	c m
F	肩幅	c m
G	尻幅	c m
H	床から股までの高さ	c m
I	胸から地面までの前足の長さ	c m
J	股から床までの後ろ脚の長さ (Hと同じ)	c m
K	肩の真ん中からお尻の真ん中までの横に沿った長さ	c m
L	前足のうしろから後足の前までの腹部にそった長さ	c m

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	肢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	断脚しましたか?	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	後肢は麻痺していますか?(いつから?)	いいえ ・ はい(年 月頃~)
10	後肢は動かせますか?	いいえ ・ はい
11	後肢を立たせられますか?	いいえ ・ はい
12	後肢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	前肢は強いですか?	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。