

ใบรับรองการตรวจสุขภาพสัตว์เลี้ยง

ชื่อสถานพยาบาล ใบอนุญาตสถานพยาบาลสัตว์เลขที่.....
 ชื่อ-สกุล น.สพ./สพ.ญ. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์
 ทำการตรวจสุขภาพสัตว์เลี้ยงชื่อ สายพันธุ์.....
 เพศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....
 หมายเลขไมโครชิพ.....
 โรคประจำตัวสัตว์เลี้ยง/โรคที่อยู่ระหว่างการรักษา.....

ผลการตรวจ Physical Examination

วันที่ทำการตรวจสุขภาพ (วัน/เดือน/ปี)/...../..... อุณหภูมิร่างกายสัตว์ F น้ำหนักตัวสัตว์.....Kg.

สิ่งที่ทำการตรวจ	ผลการตรวจ		ความผิดปกติที่ตรวจพบ
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
1. การทำงานระบบหายใจ			
2. การทำงานของหัวใจ			
3. ความสมบูรณ์ของเยื่อเมือก			
4. สภาพผิวหนังและขน			
5. ความสมบูรณ์ต่อมน้ำเหลือง			
6. ความสมบูรณ์ของตา			
7. ความสมบูรณ์ของหู			
8. ความสมบูรณ์ของจมูก			
9. ความสมบูรณ์ของช่องปาก			
10. ความสมบูรณ์ของเต้านม			
11. ความสมบูรณ์ของช่องท้อง			
12. ความสมบูรณ์ของข้อกระดูก			

ผลการซักประวัติสุขภาพสัตว์เลี้ยง

- | | |
|--|---|
| <p>1. มีเจ้าเล็ดตามตัว หรือเคยมีเลือดกำเดาออกหรือไม่
 () มี () ไม่มี () ไม่แน่ใจ</p> <p>2. เกิดภาวะท้องมานหรือไม่
 () มี () ไม่มี () ไม่แน่ใจ</p> <p>3. ประวัติการฉีดยา กินยา หรือการหยดยาเพื่อป้องกันเห็บหมัด ไร หรือพยาธิหนอนหัวใจ
 () เสมอ () บางครั้ง () ไม่เคย</p> <p>4. การแสดงอาการไอของสัตว์เลี้ยงที่ผ่านมา
 () บ่อยมาก () บางครั้ง () ไม่ค่อยมี</p> | <p>5. การทำหมัน / การควบคุมวงรอบการเป็นสัด ของสัตว์เลี้ยงที่ผ่านมา
 () ได้รับการฉีดยาคุม () ผ่าตัดทำหมันถาวร</p> <p>() ใช้การกักพื้นที่/ สวมกางเกงป้องกันการผสมพันธุ์</p> <p>() ไม่ได้ควบคุม ปล่อยตามธรรมชาติ</p> <p>6. ลักษณะที่อยู่อาศัยของสัตว์เลี้ยง
 () ปล่อยตามธรรมชาติ () อยู่ในกรง () อยู่ในกรงมีมุ้งลวด</p> |
|--|---|

เงื่อนไขการรับประกันภัยอื่นๆ

1. สัตว์เลี้ยงต้องมีสุขภาพสมบูรณ์ ไม่มีอาการบาดเจ็บ พิการหรือเจ็บป่วย
2. สัตว์เลี้ยงต้องอยู่ในอาณาเขตประเทศไทยเท่านั้น
3. สัตว์เลี้ยงต้องได้รับการฉีดวัคซีนครบตามประเภทโรคและกำหนดเวลาตามมาตรฐาน

ดำเนินการตรวจสุขภาพ และให้คำรับรองการตรวจโดย

ชื่อ-สกุล น.สพ./ สพ.ญ. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....