

診 療 申 込 書

お手数ですが、できるだけ詳しくお書きください。

20 年 月 日

住所 〒 _____	自宅電話 (_____) _____ 緊急連絡先 (_____) _____	
ふりがな	勤務先： 勤務先電話 (_____) _____	
飼い主名		
動物の名前	性別 オス・メス	不妊手術 未・済
種類 犬 猫 その他 (_____)	品種	毛色
生年月日 年 月 日 (_____ 歳)	マイクロチップの装着 はい・いいえ	
動物保険 はい (保険会社名 _____) ・いいえ	当院は？ご紹介 (_____ 様) HP・電話帳・看板	

○本日の来院の理由はなんですか？

- ・健康診断 ・不妊手術 ・予防接種 ・フィラリア予防 ・その他 (_____)
- ・気になる症状や様子など (_____)
- いつから (_____) →他院で治療を受けましたか？ (ある・なし)

○過去に病気やけがで治療を受けたことがありますか？

ある (いつ： _____ どのような： _____) ・なし

○混合ワクチンの接種は？ _____種ワクチン / 毎年 _____月・ _____年前 ・なし

狂犬病予防注射の接種は？ ・毎年接種 ・ _____年前 ・なし

フィラリアの予防は？ ・毎年予防 ・ _____年前 ・なし

○飼っている場所は？ : ・屋内 ・屋内外 ・屋外

○同居している動物はいますか？ ・いる (_____) ・いない

○食事は何を与えていますか？ : ・ドライ ・ウエット 1日 _____回
・その他 (_____) ・おやつ (_____)

同 意 書

20 年 月 日

緑が丘動物病院 院長 宍戸 智 殿

私(飼育管理者または代理人、ならびに家族)は、私所有の動物に対して治療行為を貴院に依頼します。その際、獣医学的常識に基づく施術が行われたにもかかわらず、万一発生した不測の事態に対しては、貴院の判断により追加の検査ならびに施術を行うことに同意いたします。

依頼者氏名 (自署) _____

*診療の前に必ずご署名下さいますようお願い申し上げます。

緑が丘動物病院