

担当医: 受 時 分

### 麻布大学附属動物病院内における診療に関する承諾書

麻布大学附属動物病院(以下、「本院」)での診療に際して、以下の点を同意いたします。

1. 診療に際して、不可抗力的に動物の容態が急変することがあります。その際には緊急事態として、飼い主様への事前の承諾を得ずに救急蘇生等を行うことがあります。
2. 待合室における動物間での咬傷事故等については、飼い主様間で対応していただき、本院では費用負担等の責任を負いません。
3. 本院は、獣医師の養成や獣医療の向上を目的とした附属動物病院であるため、診療に際して、獣医学部学生・研究生・獣医学関係者等が見学・立ち会うことがあります。
4. 本院から入院動物についての連絡があつて、10日間放置し、または飼い主様へ連絡が取れない状態のときは、動物の処遇について本院の判断に一任していただきます。
5. 診断・治療に関する諸データは、個人情報保護法に抵触しない範囲で、教育目的等により情報を使用並びに開示することがあります。

## 初 診 申 込 用 紙

全ての事項についてご記入願います。

平成 年 月 日

フリガナ  
飼主氏名

動物保険へ加入していますか? はい・いいえ

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

自宅Tel ( \_\_\_\_\_ ) 携帯Tel ( \_\_\_\_\_ )

フリガナ  
紹介病院名

病院長名

Tel ( \_\_\_\_\_ )

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

犬・猫・その他 ( \_\_\_\_\_ ) 品種 ( \_\_\_\_\_ )

お名前 ( \_\_\_\_\_ ) ちゃん

性別 (該当するものに○をつけて下さい。) オス 去勢手術はしていますか? はい・いいえ  
メス 避妊手術はしていますか? はい・いいえ

毛色 \_\_\_\_\_

生年月日・年齢 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

飼育場所 (該当するものに○をつけて下さい。) 室内・室外・両方

餌の種類・回数 (該当するものに○をつけて下さい。) ドライ・缶詰・手作り ( \_\_\_\_\_ 回/1日)

餌の商品名・内容物 \_\_\_\_\_

ワクチン接種歴 (一番最近接種した年月をご記入下さい。)

犬	狂犬病ワクチン	年	月	不明	未接種
	混合 3・4・5・6・7・8・9 種 (数字に○をつけて下さい。)	年	月	不明	未接種
猫	猫ワクチン (FVRCP)	年	月	不明	未接種

今までにかかった大きな病気・怪我 \_\_\_\_\_

本日は、紹介病院から資料を預かってこられましたか? はい・いいえ

本日は、どのような症状で来院されましたか? 飼い主様から見た状態を、簡単に結構ですので、お書きください。