

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

飼主様氏名 _____ ふりがな _____

〒 _____ 住所 _____

自宅 TEL _____ (_____) 携帯 TEL _____ (_____)

フリガナ _____

紹介病院名 _____ TEL _____ (_____)

犬・猫・その他 (_____) 品種 (_____)

お名前 (_____) ちゃん

性別（該当するものに○をつけてください。） 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○をつけてください。） 室内・室外・両方

食事の種類・回数（該当するものに○をつけてください。） ドライ・缶詰・手作り（ _____ 回／1日）

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ください。）

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 (F V R C P)	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

当院は動物保険未対応のため、飼い主様からご請求頂きますようお願いいたします。