

初診の方へ

下記の空欄をご記入し、選択肢に○をつけて下さい。

・飼い主様の情報

年 月 日

ふりがな：

氏名：

職業：

ご住所：〒

電話番号：(自宅)

(携帯)

・ペットの情報

ふりがな：

お名前：

性別：オス・メス (不妊手術：未・済)

動物種：犬・猫・その他() 品種：

生年月日(飼育開始日)： 年 月 日 (誕生・飼育) 年齢： 歳

動物健康保険：未加入・加入(会社名： 保険番号：)

マイクロチップ：なし・あり(登録番号：)

✓ 普段はどこにいますか？ ①室内 ②室外 ③その他()

✓ いつも何を食べていますか？ ①療法食(製品名：) ②市販食
➤ (ドライフード・缶詰・その他())

✓ 下記の予防歴についてお答え下さい。

混合ワクチン：①接種済(最終接種日 年 月、 種混合ワクチン) ②未接種

狂犬病ワクチン：①接種済(最終接種日 年 月) ②未接種

フィラリア予防：①接種済(最終接種日 年 月、 経口薬・注射・その他) ②未接種

ノミ・ダニ予防：①接種済(最終接種日 年 月、 経口薬・注射・その他) ②未接種

✓ 今まで病気になったことはありますか？アレルギーもあればご記入ください。 ①はい ②いいえ

➤ いつ、どんな病気ですか？ _____

➤ お薬やサプリメントは飲まれていますか？ _____

✓ 海外への渡航歴はありますか？ なし・あり()

✓ 今日はどうされましたか？ _____

✓ 当院を知ったきっかけは何ですか？ 通りがかり・web・チラシ・ご紹介 _____

※ご記入頂きました個人情報は、当院での業務のために使用致します。第三者への委託/提供など目的外の利用は一切致しません。

同意書もお読みいただき、署名をお願い致します。

同 意 書

(初診の方へ)

～診察・治療に際して下記の事項へのご理解・ご協力を願い致します～

- ✧ 院内および駐車場での盗難や紛失、事故について、当院は一切の責任を負いかねます。
- ✧ 飼い主様の怪我の防止等を目的に、検査や処置での動物の保定は原則病院スタッフが行います。
- ✧ 動物の状態によって、診察の順番が来院順とは異なる場合があります。緊急時は飼い主様への詳細なご説明が無いまま処置を始める場合があることを了承下さい。
- ✧ お待ちの間に状態の悪化が見られた場合は、すぐに近くのスタッフにお申し出下さい。
- ✧ 診察には十分配慮して対応致しますが、予測の難しい問題が診療中や治療後に起こることがあります。薬剤に対するアレルギー、潜在する重篤な疾患による急変などが含まれます。
(不可抗力により生じる問題は、免責事項とさせて頂きます)
- ✧ 保護された動物の治療費の支払いと治療後の対処は、連れて来られた方にお願いしております。
(保護動物のお預かりはできません)
- ✧ 院内設備だけでは、推定はできても確定診断が難しい疾患があります。必要に応じて、適切な施設を紹介させて頂きます。
- ✧ 動物用医薬品の種類には限りがあるため、安全と考えられる範囲で効能外の使用や人薬を使用しております。
- ✧ 時間外診療には、治療費以外に別途時間外診療費がかかります。また状況により対応できない場合がございます。
- ✧ 業務に際して誠実な対応を心掛けますが、明らかに度を超えた要求や迷惑行為を受けたと判断した場合には、従業員の安全確保のために然るべき対応を取らせて頂きます。
- ✧ お支払いは当日の精算が原則となっており、つけ払いはお断りしております。

私（飼育者または代理人）は上記の診察、治療などに関する注意事項を精読し、その内容を承諾遵守する事を誓います。

年 月 日

署名