

## 初診申込書

紹介病院	紹介病院	紹介医  先生	
飼主様	(ふりがな)		
	お名前:		
	住所: 〒            -		
	自宅電話: (            )	自宅FAX: (            )	携帯電話: (            )
	勤務先名:	E-mail:	
	勤務先電話: (            )	勤務先住所:	
動物の 情報	動物の名前	動物保険に加入していますか？ <input type="checkbox"/> 加入    会社名 (            ) <input type="checkbox"/> 未加入	
	動物の種類: 犬       ・       猫	品種:	毛色:
	生年月日: 年       月       日	年齢: 年       カ月	性別:   オス    メス 去勢オス/避妊メス
	ワクチン: 混合ワクチン (            種)            最終接種日            年            月 狂犬病ワクチン (犬のみ)            最終接種日            年            月		
	ノミ・ダニ駆除剤 (4~11月の期間中) 1カ月以内にノミ・ダニ予防薬を使用しましたか?            はい       ・        いいえ		
	「いいえ」とお答えされた方へ 院内感染リスクを最小限にするため入院時にノミ・ダニ駆除剤を使用することがあります。		
	了承する   ・   了承しない		

**同意事項:**

日本小動物医療センターが得た全ての情報について、ホームドクター（主治医）への報告を許可します。  
個人情報保護法の範囲内で、臨床データ（品種、年齢、検査所見、経過・治療成績など）を学会などで報告したり、検査後の血液や組織などを廃棄せず、今後の獣医療発展のために活用・保存することを許可します。

日付: \_\_\_\_\_ 年        月        日                      署名: \_\_\_\_\_

代理人 (当院に連れて 来られた方が 飼い主様以外の 場合)	(ふりがな)		飼主様との間柄:
	お名前:		
	住所: 〒 -		
	自宅電話: (            )	自宅FAX: (            )	携帯電話: (            )
	勤務先名:		勤務先電話: (            )
	勤務先住所: 〒 -		