公益財団法人　日本小動物医療センター

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？ ☐ 加入　会社名（　　） ☐ 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。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・保存することを含む日本小動物医療センターのプライバシーポリシーに同意します。

日付:　　年　　月　　日　　署名:

<table>
<tr><td rowspan="5">代理人
（当院に連れて来られた方が飼い主様以外の場合）</td><td colspan="2">（ふりがな）
お名前:</td><td>飼主様との間柄:</td></tr>
<tr><td colspan="3">住所: 〒　　－</td></tr>
<tr><td>自宅電話:（　　）</td><td>自宅 FAX:（　　）</td><td>携帯電話:（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">勤務先名:</td><td>勤務先電話:（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">勤務先住所:〒　　－</td></tr>
</table>