

受診票 (カルテ No.)

ご来院日: 年 月 日

フリガナ		電話番号	
お名前		緊急連絡先	
ご住所	〒		

フリガナ		動物種		毛色	
動物のお名前	ちゃん	品種		性別	男の子・女の子・不明
生年月日	年 月 日 (現在 歳 ヶ月)				
同居動物の有無	無・有 動物種 ()				
現在治療中の病気	無・有 (病気:) (投薬中の薬:)				
過去治療を受けた病気	無・有 (病気:)				
かかりつけ病院・紹介病院					
ペット保険	未加入・加入済 (保険会社名:)				

ご来院理由	※病状について具体的にご記入ください。(例 いつから・どこが・どのように) ()
-------	--

※当院からのお知らせ、ワクチン・フィラリア予防のご案内等のDM送付を希望されない場合 (チェック)

【説明・同意書】※下記の記載事項をよくお読みになってからご署名ください。

○私は、エキゾチックアニマルの特性に基づく下記リスクを理解した上で、貴院の行う診療行為(検査、処置、投薬等を含み、これらに限られませんが)に同意します。また、下記リスクに起因して症状が増悪した場合や死亡した場合について、貴院に対する責任追及を致しません。

- ・エキゾチックアニマルは、細心の注意を払ったとしても、治療や保定を行う過程において、ストレスによる体調悪化、骨折、恐怖による失神・死亡等を伴う可能性があります。
- ・全身状態の悪い場合は、治療や注射等により突発的に呼吸停止、心停止等を来し、死亡する可能性があります。
- ・エキゾチックアニマルは、簡単な処置や検査においても全身麻酔による不動化が必要な場合があります。
- ・エキゾチックアニマルは、検査・診断や治療内容に制限があり、予測困難な事態を招く可能性があります。

○私は、私の飼育動物(将来を含む)の治療において、適応外処方されることに同意します。

※当院では動物の治療において、未承認医薬品(人用医薬品や、犬や猫の動物種を超えて処方する動物用医薬品等)を使用することがあります。獣医師は各法令(獣医師法、薬機法、薬剤師法等)に基づき治療に関する裁量を認められており、国の承認の範囲を超えて医薬品を使用することができます。適応外処方は多くの動物病院で一般的に行われていることであり、未承認医薬品を使用しなければカバーできない症例が多いことから、適応外処方ができないことにより最善の治療が行えない場合があります。なお、取り扱い医薬品の種類は非常に多いため、獣医師の判断により、当該医薬品の適応外処方に関する説明を省略することがあります。

○私は、私の飼育動物の診療において、獣医師が合理的な裁量に基づき、説明及び診療行為(検査、処置、投薬等を含み、これらに限りませんが)を行うことに同意します。

※当院では、診療行為を行うに当たり、飼い主様に対して丁寧な説明を心掛けております。ただし、診療行為の全てについて事前説明を行うことは困難であり、また、緊急時にはやむを得ず事後説明となることがあります。個々の症例、状況等に応じて、獣医師の合理的な裁量に基づく説明と診療を行わせていただきますので、この点についての異議(診療費の支払い拒否を含みます)はお受けしかねます。

○私は、貴院及びスタッフに対し、如何なる理由があろうとも、以下のカスハラ行為を致しません。

威圧的な言動や侮辱、暴力的な態度/SNSやインターネット上での誹謗中傷/当院敷地内での許可のない撮影・録音、それらをSNSやネット上で公開すること/拘束的な行動(不除去、居座り等)/不当・過剰な要求/名誉棄損・誹謗中傷/その他の迷惑行為全般

※当院において上記行為を確認した場合は、治療をお断りし、または民事または刑事上の責任を追及する等、しかるべき措置を講じます。

私は、上記の記載事項を十分に理解した上で、私の飼育動物に対する診療を申し込みます。

年 月 日 お名前(自署)