

受付申込書

以下について同意のうえ、受付申込をいたします。

1. 細心の注意を払って診察や検査を行います。当センターに来院される動物は想像以上に重篤な容態であることが多く、環境の変化やストレスにより悪化したり、場合によっては死亡することがあります。(容態急変時は獣医師の判断で救急処置を行うことがあります。)
2. 動物用として承認されている薬剤や医療器具・機材の数は少ない現状があります。最善の治療を提供するため、ヒト医療用として承認されているものや、海外で使用されているものを含め、獣医師の判断で使用します。(動物への使用実績が少ないものを使用する際は、事前に飼い主様から同意をいただきます。)
3. 診療の結果や、検査のために採取した血液や組織を、学術・研究目的で利用することがあります。(動物や飼い主様が特定される情報を公開する際は事前に同意をいただきます。)
4. ペット保険会社からの医療照会について、当センターから回答することがあります。

過去に、当センターを受診したことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(過去に、同居犬/猫が受診したことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(ちゃん)	
飼主名	フリガナ		保険に加入している場合、同じ名義でご登録ください。		
電話番号	個人情報保護のため、登録番号以外からのお問い合わせにはお答えできません。 お電話いただく可能性のある番号を予めご登録ください。				
	例	090-XXXX-XXXX	3		
		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	
	1	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	4	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	
	2	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	5	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	
住所	〒 _____ 都道 _____ 市区 _____ 丁目 _____ 番地 _____ 号 府県 _____ 町村 _____ [ビル/建物名・部屋番号]				
職業		ペット保険加入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(会社名 _____)		

動物名	フリガナ		種類	<input type="checkbox"/> 犬 (品種)	
	ちゃん		品種	<input type="checkbox"/> 猫	
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス (去勢/避妊の時期)	毛色			
	<input type="checkbox"/> 去勢 <input type="checkbox"/> 避妊	年 月 頃			
生年月日	年 月 日(満 歳)		[JARMeC 記入欄]		
かかりつけ 病院名	(電話番号 _____)		No.		印
			担当医		
			入力日 月 日		