

NO. _____

動物病院代行 問診票

【担当が伺うまでにご記入を済ませておいて下さい】

マルマルワンワン荏田南店
横浜市都筑区荏田南 2-13-10
TEL : 045-949-2294

【飼い主様・ペット情報】

フリガナ		ご住所	〒		
飼育者名(依頼者)					
電話番号		緊急連絡先			
ペットの名前		ペットの年齢	才	犬種	

【今回のご依頼内容】

病院でお願いしたい事はどれですか？	<input type="checkbox"/> ①診察 <input type="checkbox"/> ②ワクチン接種やフィラリア予防などの予防治療 <input type="checkbox"/> ③薬が欲しい <input type="checkbox"/> ④トリミング・ホテル <input type="checkbox"/> ⑤定期検診や検査 <input type="checkbox"/> ⑥その他 ()
①診察をする場合、いつから、どのような症状が出ていますか？	
①以外の項目を選択した詳細を教えてください	

【現在の体調・予防接種などを教えてください】

一番最近の狂犬病ワクチン接種日	年 月	一番最近の混合ワクチン接種日	年 月 (種)
去勢・避妊手術はしていますか？	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> していない		
過去1ヶ月以内にノミ・ダニの予防はしていますか？ (ノミ・ダニを発見した場合は駆除薬を投与し実費分を頂戴致します)	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> していない		
現在、治療を受けている病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()		
性格(クセなど)・注意点、伝えたい点はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()		
かかりつけ病院名	病院電話番号		

【下記の同意書に署名・捺印をお願いします】

同意書 _____ 年 月 日 飼育者名(依頼者名) _____ ペットの名前 _____ 印

私が貴店に私の動物を依頼した場合は下記の規定を遵守します。

- 上記の質問に虚偽または未報告の回答があった場合、それにより起こった不慮の事故、または失踪・逃亡・死亡及び損傷の場合に対する損害賠償、或いは、その他の補償などの請求は一切致しません。
- 動物の特異体質による死亡および損傷、或いは不慮の事故、天変地異に基づく動物の失踪・逃亡・死亡及び損傷の場合に対する損害賠償、或いはその他の補償などの請求は一切致しません。
- 動物預かり中の不測の出来事についての異議は申し立てません。
- 動物預かりに際し、当該動物が一年以内に混合ワクチン接種を受けていない場合は預かり前にワクチン接種を必ず行います。
- 動物の預かり中に当該動物に新たな疾病があることが判明した場合は、その診察を受けるか否かの判断は貴店と担当医にお任せします。その場合、病院までの搬送及び診察代は別途お支払いを致します。
- 精算を要する日時を経過しても貴店に何ら連絡なき場合は、動物の処遇は貴店にお任せします。
- 死亡および損傷等の損害賠償、或いはその他の補償などの請求は一切致しません。その際のサービス費用は全額支払いをします。
- 送迎中の不慮の事故、天変地異に基づく動物の失踪・逃亡・死亡及び損傷の場合や輸送中の汚れ等に対する損害賠償、或いはその他の補償などの請求は一切致しません。