

初診申込書

初診の方へ:必要事項に楷書でご記入下さい。

| | | | |
|-------------|--|------|--|
| 飼主お名前 | | ご紹介者 | |
| ご住所 〒 _____ | | | |
| 自宅電話 | | 携帯電話 | |
| Mail | | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| 呼び名 | | | |
| 種類 犬 猫 鳥 うさぎ ハムスター その他: | | 性別 オス メス 去勢 避妊 (_____ 年 _____ 月頃) | |
| 品種 | | 毛色 | |
| 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 / 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 | | | |

御注意:診察の前に必ず御署名くださるようお願い申し上げます。

同意書

_____ 年 _____ 月 _____ 日

宮川動物病院
院長 宮川 顕 殿

私(飼育管理者または家族)は私所有の動物に対して治療行為を貴院に依頼いたします。その際、獣医学の常識に基づく治療・手術が行われたにもかかわらず、万一発生した不測の事態に対しては、一切の異議申立ていたしません。

尚、費用はその都度清算致します。

依頼者氏名

(自著) _____

病院記入欄

| | |
|--------------------------|-------|
| カルテ番号: | 特記事項: |
| 日付 _____ / _____ / _____ | |