



## 予約確認書

様

ちゃん

予約日時 年 月 日 時 分

当院の診療にご予約を頂き、ありがとうございます。受診に先立ち、皆様に以下の内容をご了承いただいております。ご来院時には本書をお持ち頂き、受付にご提示ください。より良い診察がご提供できるよう、皆様のご理解とご協力をどうぞよろしくお願いいたします。

• 診察に関して

1. ※ 予約時間の12時間前より絶食、3時間前より絶水にてお願いいたします。
2. 初診の方は予約時刻の15分前にご来院をお願い致します。
3. ご紹介いただく動物の状態が許すようでしたら、来院前に紹介病院さまにて有効なノミ・ダニ駆除薬の事前投与をお願いいたします。
4. CTやMRI検査、生検、細胞診検査などの時間を要する検査は、診察日に実施できない場合があります。後日改めて検査を実施、結果報告が翌日以降になる場合がありますのでご了承ください。
5. 当院では緊急症例を除き、診察日当日に手術を行うことは原則ありません。診察により治療方針を決定したのち、必要に応じて翌日以降の手術をご案内させていただきます。
6. 6ヶ月以内に実施した検査データがあれば、コピーで結構ですので、ご持参ください。
7. 当院はより良い獣医療を提供するため、チーム獣医療を実施しています。すべての動物・飼い主様に寄り添った対応を目指しています。チーム獣医療の観点から、担当医が複数名となる場合があります。ご了承ください。
8. 予約時間に遅れる場合は必ず、予約時間の1時間前までに当院受付（075-251-7252）にご連絡をください。到着が遅れた場合、必要な診察時間を確保できない場合があります。このような場合には、改めて別の日に診察の予約をお取りいただくか、当日の診察が終わるまでお待ちいただく場合がございます。
9. 当日診察時間までにご連絡なく診察をキャンセルされた場合は、キャンセル料が発生する場合があります。
10. すべての科の初診は、夕方までかかる場合も多いため、時間に余裕をもてる日にご来院くださるようお願い致します。
11. 一回の診察で治療方針が決まらないことがあることをご了承下さい。難病になればなるほど、しっかりと的確な診断・治療を実施するために、複数回の診察（ご来院）が必要になる場合があります。お忙しい中申し訳ありませんが、日程に余裕を持ってご受診頂ければ幸いです。

● お支払いに関して

1. 当院では、クレジットカード ( VISA、MASTER 、 JCB、 AMERICAN EXPRESS、 Diners Club、 DISCOVER ) を取り扱っています。
2. ペット保険に関しては、アニコム損害保険、アイペット損害保険が窓口精算可能です。その他の保険につきましては後日、ご家族ご自身が保険会社にご請求をすることになります。保険申請に書類が必要な場合は、お申し出ください。その場合、当センター規定に従い、書類作成料をご請求させて頂く場合があることをご了承ください。
3. 入院治療や手術、高額な検査が必要な場合、予想費用の 50 % 程度を事前に内金としてお支払頂くことがあることをご了承ください。

● 入院に関して

1. 入院時の食事として処方食や一般食を各種取り揃えています。ご家族にご持参いただく必要はありませんが、ご希望がある場合は、ご持参いただければ対応させていただきます。
2. 入院の面会時間は、10時から17時までです。面会の際は、お電話にて事前に面会時間をご相談ください。面会時間外は、面会に対応できるスタッフのシフトが組まれていません。よりよい入院管理にどうぞご協力をよろしくお願い致します。

● ご来院に関して

お車でご来院の方は、当院の提携駐車場をご利用ください。

最大1時間分の駐車券/コインをご用意しております。

※お渡しの際は、駐車証明書をご確認させていただきます。



● 提携駐車場のご案内

① 御所東駐車場 (くるっとパーク系列)

最大駐車可能台数69台

② 藤木町第1駐車場

最大駐車可能台数30台

昼間：駐車後3時間を超えると、10分毎¥200が加算され高額になる恐れがあります。

※「藤木町第1駐車場 (オレンジ線)」と同じ敷地内に「進々堂駐車場 (白線)」があり、こちらは提携外です。

● アクセス、お問い合わせ先

京都動物医療センター

〒604-098 京都市中京区毘沙門町550番地4 京都動物医療センタービル3階

TEL 075-251-7252 FAX 075-251-7253

診療時間：9:00-18:00 (予約優先制)

## 問 診 票

No. \_\_\_\_\_

### ● 飼主様情報

年 月 日

フリガナ		フリガナ			
お名前		住所	〒		
電話		緊急連絡先		ご職業	
mail				ご紹介病院	

### ● 動物さん情報

お名前		動物種	犬 ・ 猫	品種 (毛色)	( )
生年月日	年 月 日 ( 歳)	性別	オス ・ メス (不妊手術 未 ・ 済)	同居動物	
性格	<input type="checkbox"/> 大人しい <input type="checkbox"/> 人懐っこい <input type="checkbox"/> 恐がり <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> その他( )				

### ● 今の症状について

症状	(例：下痢、嘔吐をする)		
いつ	(例：1/1から。以前にも同じ症状が出たことがある)	環境の 変化	(例：いつもと違うフードを与えた)

### ● その他 (わからないものは無記入でかまいません)

- いつも食べているものは何ですか？  
 ドライ    缶詰め  
 その他 ( )
- 生活場所はどこですか？  
 室内のみ    室外のみ    両方
- 動物健康保険に加入されていますか？  
 はい(お持ちであれば受付時に窓口で提示してください)  
 いいえ
- マイクロチップは入っていますか？  
 はい (番号 )  
 いいえ
- 混合ワクチン接種の最終日はいつですか？  
 最終予防日 ( 年 月 )  
 ワクチンの種類 ( 種 )
- フィラリア予防薬の最終投薬日はいつですか？  
 最終予防日 ( 年 月 )  
 商品名 ( )
- ノミ・ダニ予防薬の最終投薬日はいつですか？  
 最終予防日 ( 年 月 )  
 商品名 ( )
- 今までに注射やお薬で異常がありましたか？  
 はい → ( )  
 いいえ

※ ご記入頂きました個人情報については、当院での業務でのみ使用します。  
 警察等の行政・司法機関からの要請があった場合を除き、ご本人の同意がない限り第三者へは提供いたしません。