

予約票 兼 受付申込書

ちゃん

川崎本院／名古屋病院／東京病院 科 月 日() 時 分

※8時間前から絶食の上、約〔20・40・60〕分前にご来院ください

カルテの準備や画像取り込みなどのため、時間前来院へのご協力をお願いします。

持参物 ○のみ 予約確認票兼受付申込書 ※本紙 問診票 画像データ MRI/CT/レントゲン/超音波 その他()

ご来院時のお願い

- ・ 感染症予防のため、同居動物の施設内同伴はお控えください。
- ・ 指示がない限り、飲水は喉を潤す程度でお願いいたします。
- ・ 来院日当日の窓口精算としています。(現金/クレジットカード/デビットカード利用可能)
※保険会社と提携していないため、全額を一旦お支払いいただく必要がございます。

当日の検査について

- ・ 検査情報をご提供いただいた場合でも、必要に応じて再検査を行うことがあります。
- ・ 全身麻酔が必要な検査(CT/MRI/内視鏡など)は、当日実施できない場合があります。

ご予約日の変更について

- ・ ご予約日の変更またはキャンセルは、必ず前日までにご一報ください。

ペット保険について

- ・ 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。

左記を確認しました。

NO.

当センターを受診したことがありますか？ ない ある
同居犬/猫で受診したことがありますか？ ない ある (ちゃん)

飼主名 フリガナ ※保険に加入している場合、同名義でご登録ください

※個人情報保護のため、非通知や登録外の番号からのご連絡の場合、お問い合わせ内容にお答えすることができません

1.	(飼主様との間柄 :)	2.	()	3.	()
4.	()	5.	()	6.	()

〒 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 なし あり(保険名)

動物名 フリガナ 種類 犬 猫 品種

性別 オス 去勢オス メス 避妊メス 去勢/避妊手術の時期(年 月頃)

毛色 生年月日 年 月 日(満 歳)

かかりつけ病院名 電話番号

日本動物高度医療センター
川崎本院 神奈川県川崎市高津区久地 2-5-8 TEL 044-850-1280
東京病院 東京都足立区一ツ家 3-1-7 TEL 03-5851-0300
名古屋病院 愛知県名古屋市天白区鴻の巣 1-602 TEL 052-933-9901

【JARMeC 記入欄】	
担当医 先生	
入力日 月 日	