



同意書（手術・麻酔）

令和____年____月____日

ハロー動物病院

院長八田嘉朋 殿

動物名： _____ マイクロチップ番号： _____
動物種： 犬・猫 品種： _____ 毛色： _____
年齢： _____ 歳 _____ か月（生年月日： _____） 性別： 雄・雌

私（依頼者）は、上記動物が手術・麻酔および関連する必要検査等を受けるにあたり、病状および病態、検査や治療の方針・選択肢・手術および麻酔の内容、予想される危険性、予後、治療費用等について、十分な説明を受け理解しましたので、以下の内容に同意します。

1. 下記の内容で、手術・麻酔および関連する必要検査等を行うこと

手術（内容： 雌の避妊手術・雄の去勢手術）

麻酔（内容： 全身麻酔）

関連する必要検査 行う（内容： 血液検査・レントゲン検査） 行わない

2. 上記の手術内容は、病状の急変・病巣の状況によっては、変更する場合があること。その際には、原則として依頼者の同意に基づき行われるが、緊急の場合には、獣医師の判断に一任すること

3. 動物の特異体質、天変地異、および獣医師として通常要する注意義務の範囲を超えた不慮の事故等の不可抗力に起因する動物の損傷、死亡、逃亡などについては、免責事項となり、損害・補償等の対象とならないこと

依頼者氏名： _____ (印)

住所： _____

TEL： _____ 緊急連絡先 TEL： _____