

搬送時間診票

記入日	年 月 日	記入者	
所属			
連絡先			
認定者氏名			

飼い猫名： ちゃん （認定番号 ）

手術予定日： 年 月 日 ()

手術予定の飼い猫の術前の状態についてお聞きします。

【問診チェック項目】

- ・ 元気 （ ある ・ なし ） ※なしの場合、搬送不可
- ・ 体調に問題ないか （ 問題ない ・ 問題あり ）
※問題ありの場合、搬送不可
- ・ 前日までの食欲 （ ある ・ なし ） ※なしの場合、搬送不可
- ・ 本日絶食しているか （ 絶食している ・ 絶食していない ）

□ 絶食していない場合は麻酔時に誤嚥し、死亡するなど事故につながるおそれがあります。

□ 本日動物病院へ搬送し、不妊・去勢手術を実施する飼い猫は、
認定書の猫（認定番号 ）に相違ありません。

□ ノミがいる場合、ノミ駆除薬を猫の肩甲骨の間の皮膚に滴下処置します。まれに滴下した部分の皮膚にかゆみや脱毛など一過性の異常が出る場合があります。

大阪市長 様

上記内容を理解したうえで、上記飼い猫の不妊・去勢手術を実施することに同意いたします。

認定者（署名）