

手術不適理由書

認定者： 様

猫の名称： 認定番号：

手術予定日： 年 月 日（ ）

上記の猫は、次の理由により、手術不適と判断しましたので、手術は実施せず、返却します。

- ☐ 術前検査で_____に異常が認められたため
- ☐ 術前検査で_____の疾患が認められるため
(当該疾患について治療することを勧めます)
- ☐ 性別がオスであることが判明したため
- ☐ 過去に不妊・去勢手術を実施済みであったため
- ☐ その他（ ）

年 月 日

動物病院名

獣医師名

手術不適理由書

認定者： 様

猫の名称： 認定番号：

手術予定日： 年 月 日（ ）

上記の猫は、次の理由により、手術不適と判断しましたので、手術は実施せず、返却します。

- ☐ 術前検査で_____に異常が認められたため
- ☐ 術前検査で_____の疾患が認められるため
(当該疾患について治療することを勧めます)
- ☐ 性別がオスであることが判明したため
- ☐ 過去に不妊・去勢手術を実施済みであったため
- ☐ その他（ ）

年 月 日

大阪市長