

業 務 日 誌

平成 年 月 日	天気				記録者
ボランティア獣医師数					計： 名 勤務簿(様式 1-2)
官庁関係来訪者					計： 名
その他来訪者					計： 名
治療等	犬	猫	その他	合計	備考
					問診票(様式 2-1)
当日治療数					加斤(検案書)(様式 3-1)
当日活動内容					
問題点					
明日の予定					
					稼働予定表(様式 1-3)
引継事項					
					ミーティング簿(様式 1-4)
報告先(宮獣 297-1735)					時間： 時 分 報告者： 受信者：
報告先(県安全推進課 297-1735)					時間： 時 分 報告者： 受信者：

ボランティア獣医師出勤参加簿

平成 年 月 日

ボランティアに参加する方は毎日必ず記入してください。初回は必ず全て記入（郵便番号もして下さい。）

宿泊して何日か参加される場合や2度目以降の方は氏名だけ記入してください。

番号	氏名	連絡先住所	電話番号	所属団体名	備考
		〒		宮城県獣医師会	
		〒		宮城県獣医師会	
		〒		宮城県獣医師会	
		〒		宮城県獣医師会	
		〒		宮城県獣医師会	
		〒		宮城県獣医師会	
		〒		宮城県獣医師会	
		〒		宮城県獣医師会	
		〒		宮城県獣医師会	
		〒		宮城県獣医師会	

ミーティング記録簿

開催部門： () 治療 部門

開催日時： 平成 年 月 日 朝 夜 (どちらかに) 天候

ボランティア参加人数		
ボランティア 獣医師		人

宿泊人数	
	人

現在収容動物数	新規収容	引き取り
犬	頭	頭
猫	頭	頭
その他	頭・羽	頭・羽

協議事項：

問題点：

連絡事項：

問 診 票 A

		台帳番号	
収容区分	飼育者搬入	保護者搬入	行政・被災動物救護本部搬入
(保護場所)			
搬入者氏名			
搬入者住所 (住民登録地)	〒		
連絡先名称			
連絡先住所			
連絡先電話番号			
携帯電話番号			
動物種類	犬・猫・その他()		
呼び名			
毛色		性別	雄・去勢・避妊・雌
特徴			

写真貼付

問 診 票 B

- 1 現在病気を患っておりますか? (イイエ ハイ)
- 1) 病名または悪い病気
- 2) 投薬中でしたら、薬品名をお知らせ下さい。
- (不明な場合で、投薬された薬をお持ちでしたならお見せ下さい)
- 3) 今後、何日後に病院へ行くことになっていますか。
 おおむね()日・月後
 ()月()日頃
- 2 過去に薬の副作用を経験したことがありますか? (イイエ ハイ)
 何の薬だったか判らない
 抗生物質 ワクチン 心臓関係の薬 泌尿器の薬 消化器の薬 肝臓の薬
 皮膚科の薬 神経系の薬 その他()
- 3 アレルギーをおこしたことがありますか? (イイエ ハイ)
 医薬品(名称:)
 餌(品名:)
 その他()
- 4 次の疾患の既往歴がありますか? (イイエ ハイ)
 心臓疾患 肝臓疾患 腎臓疾患 尿路疾患 骨・運動器疾患()
 皮膚病 伝染病() ()歳頃
- 5 以下の予防処置をしていますか? (イイエ ハイ)
 犬用ワクチン=最終接種日(年 月)頃
 狂犬病予防注射=最終摂取日(年 月)頃
 フィラリア予防=最終投薬日(年 月)頃
 犬登録
- 6 食餌は何を与えていますか?
 ドライフード 缶詰 セミウエットタイプ
 処方食()
 調理食()
- 7 その他飼育上の問題点はありますか?

診 療 カ ル テ (検 案 書)

	台帳番号	
飼主氏名		
住所		
連絡先電話番号		
携帯電話番号		

動物種		種類	
性別		年齢	
毛色		体重	K g
特徴		呼び名	

注意事項	
------	--

稟告 :

初診日： 年 月 日 午前 ・ 午後 時

初診時所見 : T . P . A .
治療 :
担当ボランティア獣医師名 :

ボランティア獣医師登録書

社団法人宮城県獣医師会
会長 太田 孝 様

氏名 _____
病院名 _____
連絡先(住所) _____
(電話番号) _____
(携帯番号) _____
(FAX番号) _____
(Eメール) _____
(携帯メール) _____

私は、社団法人宮城県獣医師会緊急災害時愛護動物救護要領に基づく、ボランティア獣医師として、災害時における動物の救護活動に参加いたします。

記

被災動物の救護は次のとおりとする。

- (1) 被災動物救護本部の設置及び運営管理に関すること。
- (2) 被災動物の救護及び応急処置に関すること。
- (3) その他必要な災害応急業務に関すること。

なお、要領第5条第2項にかかげる後方支援診療施設(現地救護サブセンター)として参加可能な場合、下記項目に記入願います。(() 内に 印を記入願います)

() 後方支援診療施設として登録いたします。

- * 個人情報保護法に基づき、本会の業務以外の目的での使用並びに会員の承諾を得ることなく、第三者(限定された組織以外)に情報を提供開示することは、一切ございません。
- * 登録事項に変更が生じた場合は、速やかに事務局まで変更願います。