様式 1-1

業　務　日　誌

令和　　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					ｶﾙﾃ(検案書)(様式 3-1)
当日活動内容					
問題点					
明日の予定					
					稼動予定表(様式 1-3)
引継事項					
					ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ簿(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 211-2642)　時間：　時　分　報告者：　受信者：					

様式 1-2

ボランティア獣医師出勤参加簿

令和　　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	

様式 1-3

ボランティア獣医師稼動予定表

出向日			引上日		ボランティア獣医師氏名			現地救護センター記載者
月	日		月	日	班長氏名	班員氏名	班員氏名	
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						
		～						

様式 1-4

ミーティング記録簿

開催部門：　（　）治療　　部門
開催日時：　令和　　年　　月　　日　朝　夜（どちらかに〇）　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	頭
猫	頭	頭	頭
その他	頭・羽	頭・羽	頭・羽

協議事項：

問題点：

連絡事項：

様式 2-1(A)

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	犬 ・ 猫 ・ その他（　　）		
種類			
呼び名			
毛色		性別	雄 ・ 去勢 ・ 避妊 ・ 雌
特徴			

写真貼付

様式 2-1(B)

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?

様式 3-1(表)

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	Ｋｇ
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：

様式 3-1(裏)

月	日	現症並びに所見	治療	指示事項	担当

死亡（確認）年月日		年　月　日　午前・午後　時　分（頃）
確認（収容）場所		
確認者（飼主）	住所	
	氏名	
検案獣医師		（自署サイン）
現地救護センター長		印

様式 4-1

ボランティア獣医師登録書

公益社団法人宮城県獣医師会
会　長　　様

登録区分　産業動物　小動物（どちらか、または両方に〇）
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
連絡先（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（電話番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（携帯番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（ＦＡＸ番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（ＰＣﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（携帯ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、公益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。（（　）内に〇印を記入願います）

（　）　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。

様式 1-1 事務局

業　務　日　誌

令和　　年　　月 日　　天気　雪　　記録者：		
勤　　務　　者	計：　　名	
◎当日活動内容		
◎問題点		
・		
◎明日の予定		
◎引継事項		
報告先(県安全推進課 211-2642)　　時間：　時　分　　報告者：　　受信者：		