

# 猫の去勢手術に関する説明および同意書

飼主様氏名 \_\_\_\_\_ 様

動物名 \_\_\_\_\_ ちゃん (以下あなた)

術式等 去勢手術 \_\_\_\_\_

私は、あなたの去勢手術について、口頭または図示により飼主様氏名 \_\_\_\_\_ 様に次の通り説明いたしました。

## 1. 去勢手術の必要性、メリットについて

望まない子猫の出産の防止。

睪丸、前立腺、肛門の病気、会陰ヘルニアの防止。

マーキング、スプレー行動の抑制効果。

攻撃性の低下等、飼いやすさの向上効果、など。

## 2. 手術と麻酔方法

去勢手術は、外科的に精巣（睪丸）を切除することです。

下記に示す麻酔方法を予定しており、その内容について口頭で説明しました。

全身麻酔、その他 ( \_\_\_\_\_ ) ただし、状況によって変更する可能性があります。

## 3. 去勢手術に伴う合併症の可能性・危険性

幼少や高齢の動物は、呼吸循環系の予備能力が少なく、各種合併症の危険性が高まり、麻酔中や麻酔後に異常が起こりえます。

尿失禁、排尿障害等が起こる可能性があります。

## 4. 去勢手術費のお支払い

原則、手術当日退院ですが、状況により入院することがあります。

去勢手術費は、おおよそ \_\_\_\_\_ 円かかります。

(費用には、診察料、血液検査《CBC+5項目》、胸部レントゲン検査、麻酔料、手術料、入院費、薬代(1週間分)、エリザベスカラー代、肛門腺しぼり、爪切りが含まれています。)

手術後の診察料、消毒料、抜糸料等は含まれていません。 おおよそ \_\_\_\_\_ 円かかります。

追加検査(血液検査《CBC+5項目》以外、胸部レントゲン検査以外等)、治療等には別途費用がかかります。

去勢手術後に精算を行なってください。

大田区にお住まいの方は助成金請求のためシャチハタでない印鑑をお持ちください。

去勢手術日前日 \_\_\_\_\_ 時以降は食事を与えないでください。

お水は手術当日 \_\_\_\_\_ 時以降は与えないでください。

去勢手術日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時来院 (手術後は安静にしてください。)

手術後診察日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) (診察、消毒等)

抜糸予定日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) (状況により抜糸日が延びることがあります。)

\*エリザベスカラーを外すのは原則抜糸の翌日になります。

\*術部の状況によりエリザベスカラーを外すのが延びることがあります。

これ以外の合併症も発生する可能性、場合により生命に危険が及ぶ可能性をご説明しました。

私たちは不測の事態の発生をできるだけ回避するとともに、異常事態を可能な限り早期に発見し、適切な対処を迅速に行なうよう努めます。

また、手術後お引取りに来られない場合又は連絡のない場合は、あなたの所有権を放棄したものとさせていただきます。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

石川台どうぶつ病院院長、担当獣医、説明獣医 \_\_\_\_\_ (署名)

## 去勢手術同意書

石川台どうぶつ病院院長殿

私は、動物名 \_\_\_\_\_ ちゃんの今回の去勢手術の必要性とその内容、これに伴う危険性等について十分な説明を受け、理解いたしましたので、その実施に署名をもって同意します。なお、実施中に去勢手術方法の変更や緊急に処置を行なう必要が生じた場合には、適宜処置されることについても署名をもって同意します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

飼主様氏名 \_\_\_\_\_ (署名)