

診断書



リトルファミリー
少額短期保険株式会社

ご契約者さまへ 下記の各項目を確認および、すべてのチェックボックスにチェックをお願いします。

- 手術のご請求、または診療明細書の合計金が8万円(税込)以上のご請求時は、当診断書のご提出を必須とさせていただきます。
- 動物病院さまへご記入をご依頼いたします。
※動物病院さまご記入欄について、ご契約者さまが記入/訂正された場合は、約款第21条(重大事由による解除)が適用される場合がございます。
- 動物病院さまによっては文書作成費用がかかる場合がございますが、文書作成費用はご契約者さまのご負担となりますので何卒ご了承ください。
- 保険金のご請求をいただく際に、診療明細書と合わせてアップロードをお願いいたします。

動物病院さまへ

誠に恐れ入りますが、当診断書について依頼された場合は全項目をご記入ください。

ご不明な点がございましたら0120-850-076(音声ガイダンスの「動物病院の方」をご選択ください)までお電話をお願いいたします。

※ご訂正の場合は、動物病院さまにて二重線を引いていただき、訂正印を押印願います。修正液や修正テープによるご訂正は無効となりますので、あらかじめご了承ください。

※不明点が発生した場合など、動物病院さまへお電話でご照会させていただく可能性がございます。本診断書の写しは必ず保管ください。

飼い主さまのお名前					
わんちゃん / ねこちゃんのお名前		カルテ番号			
診療日	通院日	20 年 月 日			
	入院期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			
手術	手術の有無	有 (手術日: 20 年 月 日) ・ 無			
	手術内容				
	切開・切除	有 ・ 無		全身麻酔	有 ・ 無
ご受診経緯					
今回のご受診は他院さまからのご紹介ですか?		はい (病院名		電話番号) ・ いいえ	
診断名 (疑い含む)		(部位:)			
飼い主さまへの診断名告知日		20 年 月 日			
発症日 (症状が出た日)		20 年 月 日			
今回の傷病のご受診歴 <記入例> 2022/6/30 僧帽弁閉鎖不全症心エコー ピモベハート30日分処方 診断名お伝え					
ご治療・経過観察中の傷病		有 ・ 無 ※有の場合、以下に詳細のご記入をお願いします。			
<記入例> ①同上 投薬治療中 ②免疫介在性血小板減少症 2023/6/12 ~ 経過観察中					
動物病院名 住所・電話番号					
獣医師名		ご記入日 20 年 月 日			
				病院名のご捺印をお願いいたします (ない場合は、獣医師先生のご捺印でも構いません)	