

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願います。
※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」）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 ※気管挿管を伴うガス麻酔	
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			
同様症状のご受診歴の有無 例：2022/6/30 僧帽弁閉鎖不全症心エコー ピモベハート 30 日処方 診断名お伝え		有 ・ 無 ※有の場合、以下に詳細のご記入をお願いします。			
ご治療中・経過観察中の傷病の有無 例：僧帽弁閉鎖不全症 2022/6/30～治療中		有 ・ 無 ※有の場合、以下に診断名・発症日のご記入をお願いします。			
動物病院名 住所・電話番号					
獣医師名		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） 			

ご回答ありがとうございました。

2024年 11 月改訂版