

# 診断書 記入例

ご契約者さまは  をご覧ください。

動物病院さまは  をご覧ください。

## 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

ご確認後、すべて  
チェックを  
つけてください。

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。

ご契約者さま

ここより下は動物病院さまにてご記入願います。ご契約者さまが記入された場合は無効となります。

|                                      |                                                                                    |                                         |                                         |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 飼い主さまのお名前                            | 山田 花子                                                                              |                                         |                                         |
| わんちゃん / ねこちゃんのお名前                    | マロン                                                                                | カルテ番号                                   | XXXXXXXXXX                              |
| 診療日                                  | 通院日                                                                                | 2024年11月1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）・ <input type="radio"/> 無 |                                         |
|                                      | 手術内容                                                                               |                                         |                                         |
|                                      | 切開・切除                                                                              | 有・無                                     | 全身麻酔*                                   |
| ご受診経緯                                | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                               |                                         |                                         |
| 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                                    | ）・ <input checked="" type="radio"/> いいえ |
| 診断名（疑い含む）                            | <input checked="" type="radio"/> 骨折 <input checked="" type="radio"/> 膝蓋骨脱臼（部位：右後肢） |                                         |                                         |
| 飼い主さまへの診断名告知日                        | 2024年11月1日                                                                         |                                         |                                         |
| 発症日（症状が出た日）                          | 2024年10月25日                                                                        |                                         |                                         |
| 同様症状のご受診歴の有無                         | <input checked="" type="radio"/> 有・無 ※有の場合、以下に詳細のご記入をお願いします。                       |                                         |                                         |
| 例：2022/6/30 不完全症心エコー<br>→ 30日分処方 云々  | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                               |                                         |                                         |
| ご治療・経過観察中の傷病の有無                      | <input checked="" type="radio"/> 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。                  |                                         |                                         |
| 例：僧帽弁閉鎖不全症<br>2022/6/30～治療中          | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                               |                                         |                                         |
| 動物病院名<br>住所・電話番号                     | 東京都品川区 XXXXX<br>リトルファミリー動物病院 03-XXXX-XXXX                                          |                                         |                                         |
| 動物病院さま<br>担当の獣医師先生のご署名<br>をお願いいたします。 | 獣医師名                                                                               | 田中 太郎                                   |                                         |

ご訂正の場合は、二重線と訂正印を押印願います。訂正印は病院印・獣医師印いずれでも構いません。

ご受診歴・傷病について、有・無いいずれかに○をお願いいたします。

動物病院さま  
担当の獣医師先生のご署名  
をお願いいたします。

ご受診歴・傷病がある場合、可能な限り日付・症状等詳細のご記入をお願いいたします。

病院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構いません。

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月版

※本内容は、2024年11月版の内容に基づいて作成しています。  
最新の内容とは異なる箇所がある場合がございますので、あらかじめご了承ください。