

ペットがいちばん保険 手術内容証明書(兼診断書) ※動物病院様にご記入いただく書類です。

- (1) 診療を目的とし、器具および全身麻酔を用いて、患部または必要部位に 切除、切開等を行うことをいいます。(縫合のみの場合は含まれません。) ※切開とは縫合を伴う程度の術創を作ることをいいます。
- (2) 全身麻酔下で整形外科疾患の非観血的処置および内視鏡を用いた食道・胃等における異物摘出の処置も含むものとします。

◎ 太枠内をご記入ください。
◎ サインペンまたはボールペンでご記入ください。
(消えるインク・鉛筆不可)

動物病院様へ 弊社の被保険者さまがこの手術内容証明書をご持参された場合は、お手数ではございますが、下記につきご記入くださいますようお願いいたします。

- ご記入内容の訂正につきましては、動物病院さまのみ有効とさせていただきます。その際の訂正箇所には必ず訂正印を押印ください。
 - 記載いただいた内容について確認させていただくことがございますので、予めご了承ください。
- ※「傷害、または疾病の初診日」とは、その病気で獣医師の診察を初めて受けた日を指します。

フリガナ		ペット名
契約者名		

手術内容の詳細			
傷病名		手術部位	<input type="checkbox"/> 前肢(右・左) <input type="checkbox"/> 後肢(右・左) <input type="checkbox"/> 尺骨 <input type="checkbox"/> 橈骨 <input type="checkbox"/> 膝蓋骨 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> その他()
傷害の受傷原因、または疾病の発症原因			
傷害の受傷日、または疾病の発症日	20 年 月 日	傷害、または疾病の初診日	20 年 月 日
	20 年 月 日		20 年 月 日
紹介元医療機関	<input type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 有 (医療機関名称:)		
ペッツファースト少額短期保険における「手術」の定義に関する確認事項 (詳細は本紙左上をご参照ください)	麻酔	<input type="checkbox"/> 全身麻酔 <input type="checkbox"/> 局所麻酔	
	切開・切除	<input type="checkbox"/> 切開有 <input type="checkbox"/> 切除有 <input type="checkbox"/> 切開・切除無	
	その他 ※該当する場合のみ	<input type="checkbox"/> 内視鏡処置の食道・胃等における異物摘出 <input type="checkbox"/> 整形外科疾患の非観血的処置	
今回の傷病に関して行った手術の概要	※異物誤飲の場合は摘出物の詳細()		
治療期間	通院期間 (20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 日間)		
	入院期間 (20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 日間)		
	<input type="radio"/> 治癒 <input type="radio"/> 転院 <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 死亡 (死亡日: 20 年 月 日)		
本書以外の診断書等の発行	<input type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 有		
動物病院様 ご署名・捺印欄	上記のとおり証明します。		
	動物病院名	記載年月日: 年 月 日	
	住所		
	電話番号	獣医師署名・捺印	Ⓢ

※手術内容証明書の代わりに動物病院発行の診断書をご利用いただけます。(診療明細書不可)

(※動物病院発行の診断書がない場合は、こちらの書面を診断書とさせていただきます。)

※手術内容証明書作成にかかる「文書作成料」等につきましては、保険金をお支払いすることができません。あらかじめご了承ください。

※手術後に経過診療(通院)があった場合は、忘れずに保険金をご請求ください。

【ご契約者の方へ】

保険会社 使用欄	受付日	20 年 月 日	処理	検印	承認	受付No.