

入院・手術用診断書

医療機関名

所在地

電話番号

担当獣医師名

⑩

私は、下記内容に相違が無い事を証明します。

フリガナ		フリガナ	
契約者名		被共済者名	
フリガナ			
住所	都 道 府 県		
ペットのお名前	ちゃん 男の子 女の子	種類	犬 猫
診断名（傷病名）および症状		受傷または発症の原因 （被共済者の申告内容をご記入ください）	
主要症状ならびに治療内容			
当該傷病の初診日	年 月 日	事故（受傷）日の 発症日	年 月 日
紹介医療機関名 <small>（紹介でご来院の場合のみ記入）</small>			

今回の入院・手術に関する既往歴の有無	有（ 無
今回の傷病に関して行った手術の内容	（手術日 年 月 日）

入院治療	入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日 _____日間
通院期間	通院期間 年 月 日 ～ 年 月 日 _____日間
年 月 日	治療 継続 中止 転医 死亡

※同等の内容であれば、動物病院発行の診断書をご利用頂けます。
 ※診断書は、担当獣医師が記入した診断書のみ受付します。
 ※診断書の提出は下記窓口宛まで郵送にてお願い致します。
※ご記入いただきました個人情報、共済金に伴う手続以外の目的では利用いたしません。

※書類の送付先：〒659-0092 兵庫県芦屋市大原町5-17
 DANビル3階 一般社団法人 日本ペット共済 変更係まで