

B 診断書

(獣医師さまにご記入いただく書類)

太枠部分をご記入ください

飼い主名 (被保険者名)			
ペットのおなまえ		ペット種類	
ペット性別	<input checked="" type="checkbox"/> ♂(オス) <input checked="" type="checkbox"/> ♀(メス)	ペット生年月日	西暦 20 年 月 日生(歳 か月)
既往症	有無	障害名	通院日
	<input checked="" type="checkbox"/> 有		
	<input type="checkbox"/> 無		
他院からの紹介	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院名	電話番号
診断内容①	障害名	原因・診療内容など	
	腫瘍の場合 <input type="checkbox"/> 良性 <input checked="" type="checkbox"/> 悪性	初診日 西暦 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続治療中 <input type="checkbox"/> 完治 (西暦 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 先天性の疾病である
診断内容②	障害名	原因・診療内容など	
	腫瘍の場合 <input type="checkbox"/> 良性 <input checked="" type="checkbox"/> 悪性	初診日 西暦 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続治療中 <input type="checkbox"/> 完治 (西暦 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 先天性の疾病である
診断内容③	障害名	原因・診療内容など	
	腫瘍の場合 <input type="checkbox"/> 良性 <input checked="" type="checkbox"/> 悪性	初診日 西暦 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 継続治療中 <input type="checkbox"/> 完治 (西暦 20 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 先天性の疾病である
入院期間 (入院の場合)	西暦 20 年 月 日から 西暦 20 年 月 日まで		
手術を行った場合	手術名	手術年月日	西暦 20 年 月 日
ペットが亡くなった場合	亡くなられた日	西暦 20 年 月 日	死亡理由()
上記のとおり診断します。 ※ゴム印の押印をお願いいたします。			
西暦 20 年 月 日			
所在地			
病院名			
電話番号			
担当医師			

診断書は当社HPからもダウンロードいただけます。
<https://www.sbiprism.co.jp/pdf/shindansho.pdf>



