

## 手術内容確認書

日本ペット少額短期保険株式会社 行  
(TEL: 0120-12-3839)

被保険者様へ

※この確認書は動物病院にてご記入いただく書類です。

※本書および診断書等の作成にかかる「文書作成料」などの費用は、補償の対象外となり、お客様のご負担となります。あらかじめご了承ください。

コピーして何度でもご利用いただけます。

患者様の情報		
フリガナ		
氏名	ペットちゃんのお名前	
手術内容の詳細		
傷病名		
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	傷害、または疾病の初診日	手術日
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
紹介元医療機関	あり(医療機関名称: _____) ・ なし	
いぬとねこの保険における「手術」の定義に関する確認事項 (詳細は本誌右下をご参照ください)	【手術確認】	本処置は獣医師が「手術」として診療明細等に記載し、認定した ものですか? はい ・ いいえ
	【麻酔】	全身麻酔・局所麻酔・鎮静のいずれかを実施しましたか? はい ・ いいえ
	【歯牙に関する処置】	① 今回の手術において、歯に関する処置を行いましたか? はい ・ いいえ ② 抜歯を行いましたか? はい ・ いいえ → はいの場合(この処置にかかった費用: _____円) ③ 歯石除去・スケーリングを行いましたか? はい ・ いいえ → はいの場合(この処置にかかった費用: _____円)
	【その他】 ※該当する場合のみ	<input type="checkbox"/> 食道・胃等における異物除去目的の内視鏡処置 <input type="checkbox"/> 整形外科疾患の非観血的処置(例: 脱臼整復など)
今回の傷病に関して行った手術の概要		
入院期間	____日間(20 年 月 日 ~ 20 年 月 日)	
	治癒 ・ 転院 ・ 継続 ・ 死亡(死亡日: 20 年 月 日)	
手術に該当する項目の総額	( _____円) 税込 ・ 税抜	

上記の内容に相違ありません。(20 年 月 日)

動物病院名

住所

電話番号

担当獣医師名・捺印

署名または捺印

## いぬとねこの保険における「手術」の定義

獣医師が治療を目的として、メス・鉗子・内視鏡などの器具を用い、病巣の切除・摘出、または臓器の形成・移植等を行う外科的処置をいいます(縫合のみ、皮膚病に伴う切開・排膿・抜糸、および術後処置〔縫合後の点滴・痛み止め注射等〕は含みません)。また、整形外科疾患の非観血的処置や、食道・胃等における異物除去目的の内視鏡処置については、獣医師が「手術」として診療記録に明記した場合に限り対象となります。