

診 療 明 細 書

お客様へ

- ★ 動物病院が発行した領収証(診療明細)に次の5項目の記載がない場合、こちらの書類のご作成をお願いしてください。
 ①お客様のお名前 ②ペットのお名前 ③動物病院名 ④診療内容内訳 ⑤診療日
- ★ 本用紙は**1回の診療毎に1枚**の作成をお願いします。(複数回の場合にはコピーの上、ご使用ください)
- ★ 本用紙の作成にあたり、動物病院様に対する文書作成費用がかかる場合がございますが、**文書作成費用はお客様負担**となりますので、ご了承ください。
- ★ 保険金請求いただく場合は、当用紙だけではなく領収証の原本も必要ですので、必ずお送りください。

飼い主様のお名前	ペットのお名前	証券番号
様	ちゃん	

動物病院様へ

- ★ お客様がこの診療明細書をご持参の場合は、誠にお手数ではございますが、以下の項目についてご記入の上、ご署名ご捺印をいただきますようお願いいたします。
- ★ 記載方法等につきましてご不明な点がございましたら、フリーコール:0120-312-506 までお問い合わせください。
- ★ 該当の項目に○をし、具体的な内容を()にご記入ください。
- ★ 記載内容を訂正される場合は動物病院様のみとし、訂正箇所には必ず訂正印をお願いいたします。

治療日	年 月 日	ペットのお名前	傷病名
領収日	年 月 日	ちゃん	

項目	治療内容詳細	金額	項目	治療内容詳細	金額
診察料	初診料・再診料・時間外診療費	円	処方料 他	具体的に ()	円
検査料	尿・血液・X線・糞便・皮膚・眼・耳・エコー・その他 (具体的に)	円	内服薬	薬品名を具体的に(例:ウルソ・ビモバート等) ()	円
	尿・血液・X線・糞便・皮膚・眼・耳・エコー・その他 (具体的に)	円		薬品名を具体的に(例:ウルソ・ビモバート等) ()	円
	尿・血液・X線・糞便・皮膚・眼・耳・エコー・その他 (具体的に)	円		薬品名を具体的に(例:ウルソ・ビモバート等) ()	円
	尿・血液・X線・糞便・皮膚・眼・耳・エコー・その他 (具体的に)	円		薬品名を具体的に(例:ウルソ・ビモバート等) ()	円
処置料	採血・皮膚・眼・耳・その他 (具体的に)	円	外用薬	点眼・点耳・点鼻・塗り薬・その他 ()	円
	採血・皮膚・眼・耳・その他 (具体的に)	円		点眼・点耳・点鼻・塗り薬・その他 ()	円
	採血・皮膚・眼・耳・その他 (具体的に)	円		点眼・点耳・点鼻・塗り薬・その他 ()	円
	採血・皮膚・眼・耳・その他 (具体的に)	円	入院・預かり料	入院期間 (/ / ~ / /)	円
注射・点滴料	注射・点滴 (薬品名・製品名)	円	その他消耗品	具体的に(例:エリザベスカラー) ()	円
	注射・点滴 (薬品名・製品名)	円	療養食・ サプリメント	具体的に ()	円
	注射・点滴 (薬品名・製品名)	円		具体的に ()	円
	注射・点滴 (薬品名・製品名)	円	病気・ケガ以外 の処置料	シャンプー・爪切り・耳掃除・肛門腺絞・停留睪丸・ 歯垢除去・歯科治療・予防注射・その他()	円
手術料	手術名を具体的に ()	円		シャンプー・爪切り・耳掃除・肛門腺絞・停留睪丸・ 歯垢除去・歯科治療・予防注射・その他()	円
麻酔料	具体的に ()	円	文書料	シャンプー・爪切り・耳掃除・肛門腺絞・停留睪丸・ 歯垢除去・歯科治療・予防注射・その他()	円
抜糸 他	具体的に ()	円			円

合計	円
-----------	---

動物病院名	ご担当獣医師名 印 <small>※必ずご署名・ご捺印ください。</small>
住所・電話番号	