

こちらの診療明細書に必要事項をご記入いただきますようお願いいたします。
また、領収証(レシート)の原本が必要となりますので同封の上、送付ください。

動物病院様へ

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。

診療明細書

※内容ご記入に対し文書作成費用がかかる場合もございますが、文書作成費用等につきましてはお客さま負担となりますのでご了承ください。

※領収証(レシート)等の請求書類は返却いたしませんのでご了承ください。

※この用紙は1回の診療につき1枚の作成をお願いいたします。

飼い主様ご記入欄(必ずご記入ください)

お名前(ふりがな)

印

ペットの名前

動物病院様ご記入欄

※ご記入内容の訂正につきましては、動物病院さまのみとさせていただきます。その際訂正箇所には、必ず訂正印をお願いいたします。

※該当する項目名がある場合は○で囲んでください。ない場合は()に記入してください。

治療日	20 年 月 日	治療回数	初診・2回目・3回目 ※いずれかを○で囲んでください
病名、症状名			

	保証対象項目	金額	保証対象外項目	金額
診察料	初診料・再診料	¥	往診料・時間外・休日診察料(加算分)	¥
			()	
入院・預かり料			()	¥
手術料			()	¥
予防処置・予防薬			ワクチン・フィラリア予防薬・ノミ・ダニ予防薬	¥
			()	
処置料	皮膚・耳・目・投薬・薬浴	¥	爪切り・肛門腺搾り・耳掃除・歯石除去・歯切り	¥
	()		()	
注射・輸液料	注射・点滴	¥	()	¥
検査料	糞便・尿・血液・X線・皮膚・耳・眼	¥	フィラリア抗原検査・mf検査・健康時における各種検査	¥
	()		()	
内服薬	()	¥	()	¥
外用薬	点眼・点耳・点鼻	¥	薬用シャンプー・イヤークリーナー	¥
	()		()	
麻酔料	全身・局所	¥	健康体への処置に伴う麻酔	¥
	()		()	
その他	エリザベスカラー・割引	¥	サプリメント・ビタミン剤等の健康食品・療法食・文書料	¥
	()		()	
	①小計(保証対象項目)	¥	②小計(保証対象外項目)	¥
①+② 税込総合計額 ()円				

※必ずご記入ください。記入がない場合は書類不備となりますのでご注意ください。(病院印の捺印も可)

病院住所:

電話番号

病院名:

獣医師名:

印