

*10 診療費請求明細				(職員氏名) 土佐太郎								
傷病名	ア	○	○	← 認定された傷病名	診療開始日	ア平成30年7月1日	診療期間	平成30年7月1日から				
	イ	○	○			イ平成30年7月1日		平成○年○月○日まで				
ウ	○	○	○		ウ平成 年 月 日	診療実日数	○ 日					
初診	時間外・休日・深夜			回	点							
再診	再	診	料	×	回	○○○○						
	外	来	療	×	回	○○○○○						
	継	続	管	×	回							
	外	来	管	×	回							
	時	間	外	×	回							
休	日	夜	×	回								
深	夜		×	回								
指 導					転 帰	平成○年○月○日						
在 宅	往	診	回	診	治	ゆ	繼	続	転			
	夜	間	回							医	中	止
深	夜	・	回	摘 要								
住	宅	患	回	者	受診日							
そ	の	他	回	診								
薬	の	薬	回	剤	投薬							
内	服	○	単	位						○○○		
屯	服	×	回	回	○○○							
外	用	×	回	回						○○○		
処	方	×	回	回	○○○							
麻	毒	×	回	回						○○○		
調	基		回	回								
注 射	皮	下	回	筋								
	静	脈	回	内								
	そ	の	回	他								
処 置	薬	剤	回									
手 術 酔	薬	剤	回									
検 査			○	回								
画 診 像 断	薬	剤	回	回								
そ の 他			回	回								
入 院	入	院	年	月						日	平成 年 月 日	
	病	・	診	・	衣	入院基本料・加算						
				×	日	間						
				×	日	間						
				×	日	間						
			×	日	間							
	特定入院料・その他					食 事	基 準	円	×	日	間	
診療報酬点数表により計算できるもの						合計点数	1	点	単	価		
診療報酬点数により計算できないもの						○	○	×	○			
診療費請求合計額									○	○	○	円
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)												
平成 年 月 日 診療機関の { 所在地 名称 医師の氏名 } { ※記載不要 }												

