

診療報酬領収済明細書 (医科)

療 養 の 内 容

組合員証 記号番号	—									
受診者 氏名	年 月 日生		男・女	傷病の主症状とその経過概要						
傷病名	1	診療開始日	1	年	月	日	診療期間		診療実日数	
	2		2	年	月	日	自	年	月	日
	3		3	年	月	日	至	年	月	日
種別	回数・単位		点数	金額		摘 要				※査定
11 初診	時間外・休日・深夜		回	円		「投薬」・「注射」薬名・単位・用量等を記入してください。(投薬については、1調剤ごとまとめて記入してください。) 「処置」患部名・大きさ・程度等を記入してください。 「手術・麻酔」患部名・術名等を記入してください。 「検査」検査名を記入してください。 「画像診断」撮影部位・使用フィルムの大きさ等を記入してください。				11
12 再診	×	回			12					
13 指導										13
14 在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診察 その他 薬剤		回 回 回 回							14
20 投薬	21 内服薬剤		単							20
	内服調剤	×	回							
	22 頓服薬剤		単							
	23 外用薬剤		単							
	外用調剤	×	回							
	25 処方	×	回							
	26 麻 毒		回							
	27 調 基		回							
30 注射	31 皮下筋肉内		回			30				
	32 静脈内		回							
	33 その他		回							
40 処置	処置		回			40				
	薬剤									
50 手術	手術・麻酔		回			50				
	薬剤									
60 検査	検査		回			60				
	薬剤									
70 画像	画像診断		回			70				
	薬剤									
80 その他	処方せん		回			80				
	その他									
	薬剤									
90 入院	別紙を添付してください。					90				
合 計						公費負担	円			
上記のとおり領収(診療)致しました。										
年 月 日			住所							
			医師							
			様							
			氏名							

医 療 機 関 記 載 欄

(注) 1 備考に記入できない場合は、別の用紙に記入してください。
 2 ※印欄は記入しないでください。