

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	
	2		2	年	月	日	
	3		3	年	月	日	
			診療期間		診療実日数		
			自	年	月	日	
			至	年	月	日	
			転 帰				
			治癒	死亡	中止		
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	再診	回					12
	外来管理加算	回					
	時間外	回					
	休日	回					
	深夜	回					
13 指導							13
14 在宅	往診	回					14
	夜間	回					
	深夜・緊急	回					
	在宅患者訪問診察	回					
	その他						
	薬剤						
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				
			氏名				
様							

(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。