

診療費請求明細書

				請求第 回 (年 月分)								
被災職員の氏名				初診	年 月 日	転	年 月 日					
						帰	治ゆ	継続	転医	中止	死亡	
傷病の部位 及び傷病名				診療 期間	年 月 日 から 年 月 日まで (診療実日数 日)							
診療内容				傷病の経過								
初診	時間外・休日・深夜			回	点							
再 診	再診	×	回		診療内容			金額		摘要		
	外来診療料	×	回		初診料	円						
	外来管理加算	×	回		再診料	円						
	時間外	×	回		再診時療養指導	円						
休日・深夜	×	回	管理料	円								
指導												
在 宅	往診		回	その他				円				
	夜間		回					円				
	深夜・緊急		回					円				
	在宅患者訪問診察		回					円				
	その他・薬剤		回	小計			② 円					
投 薬	内服薬	剤	単位	食事	基準			備考				
	調剤	×	回		円 × 日間							
	外用薬	剤	単位		円 × 日間							
	調剤	×	回		円 × 日間							
	処方		×	食事療養			日		③ 円			
	麻毒		×	摘要								
	調基		×									
注射	皮下筋肉内		回									
	静脈内		回									
	その他		回									
処置	薬剤		回									
手麻酔	薬剤		回									
検査	薬剤		回									
画像診断	薬剤		回									
その他												
入 院	入院年月日	年 月 日									合計 ① + ② + ③ 円 上記の記載事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 医療機関の名称 医師の氏名 ㊦	
	病診衣	入院料										
		×	日間									
		×	日間									
		×	日間									
		入院時医学管理料										
	×	日間										
	×	日間										
	×	日間										
	特定入院料・その他											
1点単価		円 銭										
小計		点 ① 円										