

医科並び保険診療を扱わない医療機関記入欄 ( 年 月分 )

患者氏名		男・女	年	月	日生
傷病名		診療開始日	診療終了日		転帰
1)	年 月 日	年 月 日	治癒	死亡	繰越
2)	年 月 日	年 月 日	診療実日数	転医	中止
診療内容		一般 点又は円	審査 点	摘要	
初診	時間外・深夜・休日	回	点		
再診	再診	×	回		
	外来管理加算	×	回		
	時間外加算	×	回		
	休日加算	×	回		
	深夜加算	×	回		
指導	特薬・悪・栄・皮Ⅰ・皮Ⅱ・慢透	回			
在宅	内服	回			
	夜間	回			
	深夜・緊急	回			
	在宅患者訪問診察	回			
	その他	回			
投薬	内服 薬剤	×	単位		
	調剤	×	回		
	頓服 薬剤	×	単位		
	外薬 薬剤	×	単位		
	調剤	×	回		
注射	皮下筋肉内	回			
	静脈内	回			
	その他	回			
処置	薬剤	回			
手術	薬剤	回			
検査	薬剤	回			
	判・尿・血・生Ⅰ・生Ⅱ・免・徹・病	回			
画像診断	薬剤	回			
その他	処方箋	回			
	薬剤	回			
入院	入院年月日	年 月 日			
	病診衣	×	日間	点	結核予防法
	入院料	×	日間	点	他法(法名)
	学管	×	日間	点	結核予防法
	入院時料	×	日間	点	自己負担分
指定入院料・その他	×	日間	点	薬剤一部負担金	
食事	基準	区分	請求	審査	負担金額
	円×	日間	点又は円	点	円
	円×	日間	合計	療養の給付	薬剤一部負担金公費①
	円×	日間			円
	円×	日間			円
円×	日間	円			
※高額療養費	日	円	円	円	領収金額
上記のとおり診療を行い 年 月 日より 年 月 日までの費用を領収しました。					
平成 年 月 日					
所在地・電話番号					
医療機関名					
開設者氏名					

※記入上の注意

- ① 記入は診療報酬明細書の記入要領により記入してください。
- ② 患者氏名・性別・生年・傷病名・診療期間・転帰・実日数は特に漏れなく記入してください。
- ③ 投薬注射はそれぞれの薬名・量・濃度・処置・手術・検査はそれぞれの名称・部位・区分を明記してください。
- ④ 記入事項を訂正した場合は必ず訂正印を押してください。