

*11 診療費請求明細				(職員氏名)								
傷病名	ア			診療開始日	ア	年	月	日	診療期間	年	月	日から
	イ				イ	年	月	日		年	月	日まで
	ウ				ウ	年	月	日		診療実日数	日	
初診	時間外・休日・深夜			回	点							
再診	再診	×	回	傷病の経過								
	外来診療料	×	回									
	継続管理加算	×	回									
	外来管理加算	×	回									
	時間外	×	回									
指導	休日	×	回									
	深夜	×	回									
在宅	往診			回	年 月 日							
	深夜・緊急			回	治 ゆ 継 続 転 医 中 止 死 亡							
	在宅患者訪問診察			回	初 診 料 円							
	その他			回	再 診 料 × 回							
	薬			回	再診時療養指導管理料 × 回							
投薬	内服	薬剤調剤	×	単位	摘 要 (診療明細)							
	屯服		×	単位								
	外用	薬剤調剤	×	単位								
	処方		×	単位								
注射	皮下筋肉内			回								
処置	静脈内			回								
	その他			回								
手麻酔	薬			回								
	薬			回								
検査	薬			回								
	薬			回								
画像診断	薬			回								
	薬			回								
入院	入院年月日	年 月 日		付添看護師等を求めた理由								
	病・診・衣	入院基本料・加算		個室・2人部屋に収容した理由								
		×	日間	補装具の装着を治療上必要と認めたことの有無								
		×	日間	□ 有 補装具の種類								
		×	日間	食 基準 円× 回								
		×	日間	事 円× 回								
特定入院料・その他			回	食事療養 円× 回								
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		円					
診療報酬点数表により計算できないもの				診断書料・入院室料差額等		円						
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。												
年 月 日 医療機関の				所在地 名称 医師の氏名								