*10 診療費請求明細

（職員氏名）

傷病名	ア イ ウ	診療開始日	ア　年　月　日 イ　年　月　日 ウ　年　月　日	診療期間	年　月　日から 年　月　日まで
初診	時間外・休日・深夜　回　点			診療実日数	日

再診	再診 × 回 外来診療料 × 回 継続管理加算 × 回 外来管理加算 × 回 時間外 × 回 休日 × 回 深夜 × 回	傷病の経過	
指導			
在宅	往診 回 夜間 回 深夜・緊急 回 在宅患者訪問診察 回 その他 薬剤 回	転帰	年　月　日 治癒　継続　転医　中止　死亡
投薬	内服 { 薬剤 単位 / 調剤 × 回 } 屯服 { 薬剤 単位 / 調剤 × 回 } 外用 { 薬剤 単位 / 調剤 × 回 } 処方 × 回 麻毒 回 調基	摘要	
注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回		
処置	回 薬剤 回		
手術・麻酔	回 薬剤 回		
検査	回 薬剤 回		
画像診断	回 薬剤 回		
その他			
入院	入院年月日　年　月　日 病・診・衣　入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間		
	特定入院料・その他	食事	基準　円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間

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。（この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。）

年　月　日

診療機関の { 所在地 / 名称 / 医師の氏名 }