

診療明細証明書（医科）（ 年 月分）

療養者氏名		生年月日		性別	職務上の事由			区分					
		明・大・昭 . . 生		男・女	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害			精神 結核 療養					
病傷名		診療開始日		療養期間				特記事項					
				自		至							
(1)		年	月	日	年	月	日						
(2)		年	月	日	年	月	日						
(3)		年	月	日	年	月	日						
11 初診	時間外・休日・深夜			回		円	診療実日数	転帰					
12 再診	再診	×		回		円	日	治	ゆ	死	亡	中	止
	外来管理加算	×		回		円							
	時間外加算	×		回		円							
	休日加算	×		回		円							
	深夜加算	×		回		円							
13 指導						円							
14 在宅	往診			回		円							
	夜間			回		円							
	深夜・緊急			回		円							
	在宅患者訪問診療			回		円							
	その他					円							
	薬剤					円							
20 投薬	21 内服	{	薬剤	×	単位	円							
	22 頓服	{	調剤		回	円							
	23 外用	{	薬剤	×	単位	円							
	24 調剤	{	調剤		回	円							
	25 処方		毒基	×	回	円							
	26 麻		毒基		回	円							
	27 調		基		回	円							
30 注射	31 皮下筋肉内			回		円							
	32 静脈内			回		円							
	33 その他			回		円							
40 処置	調剤			回		円							
50 手術	調剤			回		円							
60 検査	調剤			回		円							
70 画像	調剤			回		円							
80 其他	処方せん			回		円							
	調剤					円							
90 入院	入院年月日	年 月 日											
	病 診	90 入院基本料・加算		×	日間	円	97	基準	円×	回			
				×	日間	円			円×	回			
				×	日間	円			円×	日			
				×	日間	円			円×	日			
91 特定入院料・その他		×	日間	円	円×	日							
						生活	基準(生)	円×	回				
							特別(生)	円×	回				
合計	療養費	円			食事療養	円							

※医療機関の方へのお願い ○診療内容内訳については毎月毎に記入してください。 ○保険診療扱いの場合は証明しないでください。

上記のとおり自費診療扱いで診療したことを証明します。

年 月 日

医療機関
郵便番号
所在地
電話番号
名称
医師名