

医師が証明する欄

医療機関・外来

診療報酬領収済明細書
【 医 科 入 院 外 】

患者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
傷病名	(1) (2) (3)			診療期間	年 月 日から 年 月 日まで (診療実日数) 日
初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数	
再診	再診	×	回		
	外来管理加算	×	回		
	時間外	×	回		
	休日	×	回		
	深夜	×	回		
医学管理					
在宅	往診		回		
	夜間		回		
	深夜・緊急		回		
	在宅患者訪問診療		回		
	その他		回		
投薬	内服薬剤調剤	×	単位回		
	頓服薬剤		単位		
	外用薬剤調剤	×	単位回		
	処方麻毒基	×	回		
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	処方せん		回		
	薬剤		回		
合計					円 減額 割(円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)

上記のとおり領収(診療)いたしました。

年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の電話番号
医師の氏名

印