

# 診療報酬領収済明細書（医科）

年 月 分

療 養 の 内 容												
組合員証 記号番号	—											
受診者 氏名	年 月 日生			男・女	傷病の主症状と その経過概要							
傷病名	1			診療 開始 日	1 年 月 日			診療期間		診療実日数		
	2				2 年 月 日			自 年 月 日		日		
	3				3 年 月 日			至 年 月 日		転 帰		
							治 癒		死 亡		中 止	
種別	回数・単位			点数	金額	摘 要					※査定	
11 初診	時間外・休日・深夜 回			点	円	「投薬」・「注射」薬名・単位・用量等を記入してください。（投薬については、1調剤ごとまとめて記入してください。） 「処置」患部名・大きさ・程度等を記入してください。 「手術・麻酔」患部名・術名等を記入してください。 「検査」検査名を記入してください。 「画像診断」撮影部位・使用フィルムの大きさ等を記入してください。					11	点
12 再診	再診 × 回										12	点
	外来管理加算 × 回											
	時間外 × 回											
	休日 × 回											
	深夜 × 回											
13 指導											13	点
14 在宅	往診 回										14	点
	夜間 回											
	深夜・緊急 回											
	在宅患者訪問診察 回											
	その他 回											
	薬剤 回											
20 投薬	21 内服薬剤 単					20	点					
	内服調剤 × 回											
	22 頓服薬剤 単											
	23 外用薬剤 単											
	外用調剤 × 回											
	25 処方 × 回											
	26 麻 毒 回											
	27 調 基 回											
30 注射	31 皮下筋肉内 回					30	点					
	32 静脈内 回											
	33 その他 回											
40 処置	処置 回					40	点					
	薬剤 回											
50 手術	手術・麻酔 回					50	点					
	薬剤 回											
60 検査	検査 回					60	点					
	薬剤 回											
70 画像	画像診断 回					70	点					
	薬剤 回											
80 その他	処方せん 回					80	点					
	その他 回											
	薬剤 回											
90 入院	別紙を添付してください。					90	点					
合 計						公費負担		円				

上記のとおり領収(診療)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  
医師氏名



(注) 1 備考に記入できない場合は、別の用紙に記入してください。  
2 ※印欄は記入しないでください。