

診療明細書

(年 月 診療分)

保険証の記号・番号	—	療養を受けた者の氏名	
診療期間	自: 年 月 日 ~ 至: 年 月 日	診療実日数	日間

傷病名		入院・入院外						
初診	時間外・休日・深夜	回	点	初診	時間外・休日・深夜	回	点	
再診	再診	×	回	投薬	内服		単位	
	外来管理加算	×	回		屯服		単位	
	時間外	×	回		外用		単位	
	休日	×	回		調剤		日	
	深夜	×	回		麻毒基		日	
指導				注射	皮下筋肉内		回	
在宅	夜間		回	処置	静脈内		回	
	深夜・緊急		回		その他			回
	在宅患者訪問診療 その他		回		薬剤			
投薬	内服	薬剤		麻酔術	薬	剤		
		調剤	×	検査	薬	剤		
	屯服	薬剤		画像断	薬	剤		
	外用	薬剤		その他	薬	剤		
	処方	調剤	×					
	麻毒基	×	回	入院年月日		年 月 日		
注射	皮下筋肉内		回	入院	病診衣	×	日間	
	静脈内		回		入院料	×	日間	
	その他		回		入院時医学管理料	×	日間	
処置	薬	剤			特定入院料・その他	×	日間	
麻酔術	処置	薬	剤		基準			
検査	薬	剤		食事		円	×	日間
						円	×	日間
画像断	薬	剤				円	×	日間
						円	×	日間
その他	処方せん その他	薬	剤			円	×	日間
合計			点	合計			点	

上記のとおり診療いたしました。

令和 年 月 日

医療機関住所

担当医師氏名

医療機関より「診療報酬明細書」が発行されない場合のみ、この用紙を医療機関へ持参し記入を依頼してください。「領収明細書」原本は別途必要です。
【添付書類についての注意】

- ① 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成してください。
- ② 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」および「血液代金の領収証書」をつけてください。