

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		単位	麻酔術	薬剤					
	調剤	×	回		検査	薬剤				
	屯服 薬剤		単位			画像断	薬剤			
	外用 薬剤		単位				その他	薬剤		
	調剤	×	回					入院	入院年月日	年 月 日
処方 麻毒基	×	回	病診衣	入院料					× 日間	
注射	皮下筋肉内			回	入院時医学管理料				入院料	× 日間
静脈内		回		特定入院料・その他		入院料			× 日間	
その他		回				食事	入院料		× 日間	
処置	薬剤							基準	円	× 日間
麻酔術	処置						円		× 日間	
検査	薬剤				円		× 日間			
画像断	薬剤			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。