

療 養 明 細 書 (入 院 外)

氏名	(男 ・ 女) 年 月 日生	平成・令和 年 月分 (日 ~ 日)		
傷部 病名 部位		診療開始日 年 月 日		
		診療実日数 日 (日)		
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">転 帰</td> <td style="width: 25%;">治 ゆ</td> <td style="width: 25%;">死 亡</td> <td style="width: 25%;">中 止</td> </tr> </table>	転 帰	治 ゆ
転 帰	治 ゆ	死 亡	中 止	

11	初 診								
12	再 診	×	回						
	外来管理加算	×	回						
	時 間 外	×	回						
	休 日	×	回						
	深 夜	×	回						
13	指 導								
14	往 診		回						
	夜 間		回						
	深夜・緊急		回						
	在宅患者訪問診療		回						
20	21 内服薬剤		単						
	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									
30	31 皮下筋肉内		回						
	32 静 脈 内		回						
	33 そ の 他		回						
40	処 置		回						
40	処 薬 剤								
50	手術・麻酔		回						
50	薬 剤								
60	検 査		回						
60	薬 剤								
70	画 像 診 断		回						
70	薬 剤								
80	処 方 せん		回						
80	そ の 他								
80	薬 剤								
合計			点	領収金額	円	薬剤一部負担金額	円		

上記のとおり診療、領収したことを証明します。

令和 年 月 日 医療機関の所在地及び名称

担当医師の氏名

印