

診療報酬明細書（入院外）

保険証の記号・番号		—		事業所の名称			
患者氏名				性別	男・女	生年月日	年 月 日
傷病名							
診療期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				日数	日間
診療の内容				単価	金額(円)	薬名・用量・フィルムの大きさ等を明確に記入のこと	
初 診				回			
再 診	再 診	×	回				
	外 来 管 理 加 算	×	回				
	時 間 外	×	回				
	休 日	×	回				
指 導	深 夜	×	回				
				回			
				回			
				回			
在 宅	往 診		回				
	夜 間		回				
	深 夜 ・ 緊 急		回				
	在 宅 患 者 訪 問 診 療		回				
投 薬	そ の 他						
	薬 剤						
	内 服 薬 剤	×	単				
	内 服 調 剤		回				
注 射	内 屯 服 薬 剤		単				
	外 屯 服 薬 剤		回				
	外 屯 用 調 剤	×	回				
	処 方 毒 基	×	回				
処 置	皮 下 筋 肉 内		回				
	静 脈 内		回				
	そ の 他		回				
手 術	処 置 剤		回				
検 査	手 術 ・ 麻 酔 剤		回				
	薬 剤		回				
画 像 診 断	検 査 剤		回				
	画 像 診 断 剤		回				
そ の 他	画 像 診 断 剤		回				
	処 方 せ ん 他 剤		回				
合 計					円		
担 当 医 師 の 証 明	上記のとおり証明します。 所在地						
	令和 年 月 日 名 称						
	氏 名						
	TEL () —						

印