

# 診療明細書

( 平成      年      月分 )

患者名		傷病名	
-----	--	-----	--

入院外				入院				
初診	時間外・休日・深夜			初診	時間外・休日・深夜			
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 調基	日		
指 導				注 射	皮下筋肉内	回		
在 宅	往診		回		静脈内	回		
	夜間		回		その他	回		
	深夜・緊急		回	処 置		回		
	在宅患者訪問診療		回		薬剤	回		
	その他			回	手 術 麻 酔		回	
薬剤		回	薬剤	回				
投 薬	内服	薬剤	単位	検 査		回		
		調剤	×		回		回	
	屯服	薬剤	単位		薬剤	回		
	外用	薬剤	単位		画 診 像 断		回	
		調剤	×			回	薬剤	回
処方		×	回	そ の 他		回		
麻毒 調基		×	回		薬剤	回		
注 射	皮下筋肉内		回	入 院	入院	年	月	日
	静脈内		回		病	×	日間	
	その他		回		診	×	日間	
処 置			回		衣	×	日間	
	薬剤		回		入院	×	日間	
手 術 麻 酔			回	管理料	×	日間		
	薬剤		回	医学	×	日間		
検 査			回	特定入院料 ・その他				
	薬剤		回	食 事	基準			
			回			円	×	日間
画 診 像 断			回		円	×	日間	
	薬剤		回		円	×	日間	
そ の 他	処方せん	×	回		円	×	日間	
	薬剤		回		円	×	日間	
合 計			円	合 計			円	

上記のとおり診療いたしました。

平成      年      月      日

住所

医師の

氏名

印

※医療機関ご担当者様

- ・ 診療の内容（薬剤名・数量・検査名等）を記載して下さい。
- ・ この用紙への記載ではなく貴医療機関の診療報酬明細書でも可能です。
- ・ 歯科診療・調剤薬局分は診療（調剤）報酬明細書でお願いいたします。