

# 診療明細証明書（医科）（ 年 月分）

療養者氏名		生年月日		性別	職務上の事由			区分				
		大・昭・平 . . 生		男・女	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害			精神 結核 療養				
病傷名		診療開始日		療養期間				特記事項				
				自		至						
(1)		年 月 日		年 月 日		年 月 日						
(2)		年 月 日		年 月 日		年 月 日						
(3)		年 月 日		年 月 日		年 月 日						
11 初診	時間外・休日・深夜	回		円		診療実日数		転帰				
12 再診	再診 外来管理加算 時間外加算 休日加算 深夜加算	×	回	円		日	治	ゆ	死	亡	中	止
		×	回	円								
		×	回	円								
		×	回	円								
		×	回	円								
13 指導				円								
14 在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤		回	円								
			回	円								
			回	円								
			回	円								
			回	円								
20 投薬	21 内服 { 薬剤 調剤 } 22 頓服 薬剤 23 外用 { 薬剤 調剤 } 24 調剤 25 処方 26 麻毒基 27 調剤	×	単位 回	円								
			単位 回	円								
		×	単位 回	円								
			回	円								
		×	回	円								
			回	円								
30 注射	31皮下筋肉内 32静脈内 33その他		回	円								
			回	円								
40 処置	調剤		回	円								
			回	円								
50 手術	調剤		回	円								
			回	円								
60 検査	調剤		回	円								
			回	円								
70 画像	調剤		回	円								
			回	円								
80 その他	処方せん 調剤		回	円								
			回	円								
90 入院	入院年月日	平成 年 月 日		97	基準 特別 食事 環境 生活	円×	回	円×	回			
	病診	90 入院基本料・加算								円		
		×	日間								円	
		×	日間									円
		×	日間									
	×	日間	円									
	91 特定入院料・その他		円									
合計	療養費	円		食事療養	円							

※医療機関の方へのお願い ○診療内容内訳については毎月記入してください。 ○保険診療扱いの場合は証明しないでください。

上記のとおり自費診療扱いで診療したことを証明します。

郵便番号  
所在地  
医療機関 電話  
名称  
医師名

令和 年 月 日