

医師が証明する欄

領 収 (診 療) 明 細 書

立替払用

患 者 名				傷 病 名								
入 院 外				入 院								
初 診		時間外・休日・深夜		回		初 診		時間外・休日・深夜		回		
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	日						
指 導						調 基						
在 宅	往 診	回		注 射	皮下筋肉内		回					
	夜 間	回			静 脈 内		回					
	深夜・緊急	回			そ の 他		回					
	在宅患者訪問診療	回		処 置			回					
	そ の 他				薬 剤		回					
投 薬	内服 屯服 外用 処方 麻毒 調基	薬剤	単位	手 術 麻 酔			回					
		調剤	×		回	薬 剤		回				
		薬剤	単位		検 査			回				
		調剤	×			回	薬 剤		回			
		処方	×			回	画 像 診 断			回		
麻毒		回	薬 剤		回							
注 射	皮下筋肉内 静 脈 内 そ の 他	回		入 院	入院年月日		年		月		日	
		回			病	診	衣	入院料	×	日間		
		回							×	日間		
	回					入院時医学管理料	×	日間				
	回						×	日間				
回					×		日間					
処 置	薬 剤		回	特定入院料・その他								
手 術 麻 酔	薬 剤		回	食 事	基準							
検 査	薬 剤		回				円×					
	薬 剤		回				円×					
画 像 診 断	薬 剤		回				円×					
	薬 剤		回				円×					
その他	処 方 せ ん	×	回			円×						
	薬 剤		回			円×						
合計	円			合計	円							

上記のとおり領収(診療)いたしました。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の電話番号

医師名

印