

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	薬 剤	内服	単位	手 術 麻 酔			回							
		調剤	×		回	薬 剤		回						
		屯服	単位		検 査			回						
		外用	単位			薬 剤		回						
		調剤	×		回	画 像 診 断			回					
処方	×	回	薬 剤		回									
麻 毒 調 基	麻 毒 調 基	麻毒	回	そ 他	薬 剤		回							
		調基	回											
		注 射	皮下筋肉内		回	入 院	入院年月日		年		月		日	
			静 脈 内		回		病	診	衣	入院料	×	日間		
			そ の 他		回						×	日間		
処 置	薬 剤		回	回	院					入院時医学管理料	×	日間		
							×	日間						
手 術 麻 酔	薬 剤	回	回	特定入院料・その他				×	日間					
						×	日間							
検 査	薬 剤	回	回	食 事		基準								
					円×	日間								
画 像 診 断	薬 剤	回	回		円×	日間								
					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 ㊟