

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険・共済の処理上必要といたしますので、この用紙を使用し診療内容を詳細にご記入願います。

氏名	※大・昭・平・令 年生		受傷日	年 月 日	診療実日数	
	男・女 才		初診日	年 月 日		
傷病名	診療期間			自 年 月 日	※ 転 帰	
				至 年 月 日	治 中 死 ゆ 続 医 止 亡	
診療内容		点数		診療内容	金額	
		技術	薬剤等			
10 診察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	*****	10 11 初診	円
	12 再診	外来管理加算	回	*****	12 再診	円
		時間外	回	*****	指導管理	円
		休日	回	*****	救急医療管理加算	円
		深夜	回	*****	10 小計	円
		13 医学管理		*****	80 その他	円
		その他		*****	診断書料	円
	10 小計		*****	明細書料	円	
20 投薬	21 内服	薬剤	単位	*****	摘要	
		調剤	× 回	*****		
	22 屯服	薬剤	単位	*****		
	23 外用	薬剤	単位	*****		
		調剤	× 回	*****		
	25 処方		× 回	*****		
	26 麻毒		回	*****		
27 調基		回	*****			
	20 小計		*****			
30 注射	31 皮下筋肉内		回	*****		
	32 静脈内		回	*****		
	33 その他		回	*****		
		薬剤等		*****		
	30 小計		*****			
40 処置	薬剤等		回	*****		
50 手術	薬剤等		回	*****		
60 検査	薬剤等		回	*****		
70 画像	フィルム・薬剤等		回	*****		
80 処方せん			回	*****		
	そのリハビリテーション等			*****		
	他 薬剤等			*****		
10 ~ 80 点数計			点	点		
請求額の計算	A (㊦ × 単価 × 1.)	B (㊧ × 単価)	C (㊨ × 1.)	D (㊩ + ㊪ + ㊫)	合計 (A + B + C + D)	
	円	円	円	円	円	
通院日に○印を	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計	日				
つけてください。	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計	日				

上記金額を 殿

(に請求・から受領)済であることを証明いたします。
(請求または受領のいずれかを抹消し消印してください。)

年 月 日

所在地 (床)
名称 印
医師名
電話

受付印	受付印
-----	-----

※欄は該当する事項を○で囲んでください。

診 療 内 容 内 訳 書

氏
名

摘

要

摘

要