

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ご記入願います。

氏名	※明・大・昭・平 年生 男・女 才										受傷日	平成 年 月 日					診療実日数																		
											初診日	平成 年 月 日																							
傷病名											診療期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日					※ 転帰 治 中 死 ゆ 続 医 止 亡																		
											診療内容										金額					摘要									
10 診察	11 初診 時間外・休日・深夜・乳幼児※										点	*****点					10 診察 11 初診 円 12 再診 円 指導管理 円 救急医療管理加算 円 10小計 円 80 その他 円 診断書料 通⑤ 円 明細書料 通⑥ 円																		
	12 外來管理加算 回										*****																								
	再時間外 回										*****																								
	休日 回										*****																								
	診深夜 回										*****																								
	13 医学管理										*****																								
	その他										*****																								
	10小計										*****																								
	21 内服 薬剤 単位 *****										*****																								
	22 屯服 薬剤 単位 *****										*****																								
20 投薬	23 外用 薬剤 単位 *****										*****																								
	25 処方 薬剤 単位 *****										*****																								
	26 麻毒 薬剤 単位 *****										*****																								
	27 調基 薬剤 単位 *****										*****																								
	20小計										*****																								
	31 皮下筋肉内 回 *****										*****																								
	32 静脈内 回 *****										*****																								
30 注射	33 その他 薬剤等 回 *****										*****																								
	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 画像診断	フィルム・薬剤等 回 *****										*****																								
80 その他	処方せん 回 *****										*****																								
そのリハビリテーション等 薬剤等 *****										*****																									
10 ~ 80 点数計										① 点② 点																									
請求額の計算		A (⑦ × 単位 × 1.) 円					B (⑧ × 単価) 円					C (⑩ × 1.) 円					D (⑨ + ⑪ + ⑫) 円					合計 (A + B + C + D) 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。)
 平成 年 月 日
 所在地
 名称 (床)
 医師名 印
 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