

本人	家族	診療期間			実日数		
		自	年	月	日	年	月

診療明細書

氏名	昭平 年 月 (才)			傷病名		健 保 査 定
11	初診	回				
12	再診	再診	×	回		
		外来管理	×	回		
		時間外	×	回		
		休日	×	回		
		深夜	×	回		
13	指導					
20	投薬	21 内服薬剤	×	単回		
		内服調剤		単回		
		22 外用薬剤		単回		
		23 外用調剤	×	単回		
		25 処方	×	単回		
		26 麻薬		単回		
		27 調剤		単回		
30	注射	31 皮下筋肉内		回		
		32 静脈内		回		
		33 その他		回		
40	処置	処置		回		
50	手術	手術・麻酔		回		
60	検査	検査		回		
70	画像	画像診断		回		
80	その他	処方せん その他 薬 剤		回		
入院	入院年月日		年 月 日			
		入院料		×	日	
				×	日	
		入院時医学管理料		×	日	
				×	日	
	食 事		×	食		
			×	食		
請求点数					点	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

査定額計

円

医療機関

所在地
名称
担当医師名
TEL

()