

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		受傷日	平成 年 月 日		診療実日数																													
	男・女 才		初診日	平成 年 月 日																															
傷病名			診療期間	自平成 年 月 日		※ 転帰																													
			至平成 年 月 日		治ゆ		継続	転医	中止	死亡																									
診療内容			点数		診療内容	金額	摘要																												
			技術	薬剤等																															
10 診察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	*****	11 初診	円																													
	12 再診	外來管理加算	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																													
						摘要																													
	20 投薬	21 内服	薬剤	単位	*****																														
		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 その他	処方せん		回	*****																															
	リハビリテーション等			*****																															
	他 薬剤等			*****																															
10 ~ 80 点数計			①	点②																															
請求額の計算		A(④×単価×1.)		B(⑤×単価)		C(⑥×1.)		D(③+④+⑤)		合計(A+B+C+D)																									
		円		円		円		円		円																									
通院日に○印をつけてください。		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
		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