

# 診 療 報 酬 明 細 書

患者氏名		昭和・平成 年 月 日生	続柄	
傷病名		診療 期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	実日数 日
療 養 に 要 し た 費 用 の 内 訳				
診 療 の 内 訳		金 額	薬名・用量・処置等の明細	
診 察 料	初診料	回	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;">                     病院所定のフォーマットでもらうか、                      この用紙に記入してもらってください。                 </div>	
	(時間外・休日・深夜)	回		
	再診	回		
指導管理	回			
投 薬 料	内 薬剤	単位		
	服 調剤	回		
	頓 薬剤	単位		
	服 調剤	回		
	外 薬剤	単位		
	服 調剤	回		
注 射 料	処 方	回		
	調 基	回		
	皮下筋肉内	回		
処 置	静脈内	回		
	その他	回		
手 術	薬 剤	回		
	薬 剤	回		
検 査	薬 剤	回		
	薬 剤	回		
X 線		回		
		回		
そ の 他		回		
		回		
合 計				

上記の通り領収しました。

平成 年 月 日

所在地

医療機関の 名称

医師氏名

印