

領 収 書 (診 療) 明 細 書

患 者 氏 名	傷 病 名	診 療 期 間	診 療 実 日 数
三 洋 一 郎	左 膝 半 月 板 靱 帯 損 傷	令 和 2 年 10 月 2 日	1 日

診 療 の 内 訳	点 数	単 価	金 額	薬名、用量等の明細
診 察 料 初 診・時 間 外・深 夜 () 再 診 { 時間内 回 時間外 回 深夜 回 内科加算 回 往 診 { 普通 難路 夜間 回 爆風雨雪・同一家屋 回	270	10	2,700	
投 薬 料 外 来 分 内服 調薬 回 剤 単位 処方 回 剤 単位 頓服 調薬 回 剤 単位 処方 回 剤 単位 外用 調薬 回 剤 単位 処方 回 剤 単位 入 院 分 内服 調薬 回 剤 単位 処方 回 剤 単位 頓服 調薬 回 剤 単位 処方 回 剤 単位 外用 調薬 回 剤 単位 処方 回 剤 単位	14	10	140	モーラス 10cm×14cm 2枚 7×2
注 射 料 皮下筋肉内 1 回 静脈内 回 その他 回				
処 置 及 び 手 術 料 1 回 回 回 回	720	10	7,200	プラスチックギブス 720×1
レ ン ト ゲ ン 検 査 料 1 回 回 回 回 回	295	10	2,950	X-P 膝 大四つ切2方向 1枚 四つ切 2方向 1枚 295×1
そ の 他				
入 院 料 入院期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 普食 日間 (内特食 日間) 食なし 日間				普通給食 有・無 備考 基 食 入院日 年 月 日より 基 寝 その他の加算内訳 看 1 類 看 2 類 看 3 類

療 養 に 要 し た 費 用 の 合 計	12,990 円
------------------------------	-----------------

上記のとおり診療を行い、その費用を領収しました。

令和 2 年 10 月 2 日

医療機関等の所在地 **長野県長野市△-△-△**

医療機関等の名称 **△△救急病院**

医師の氏名 **長野 △△**

(TEL 123- 3579- △△△△)

※ 訂正される場合は、訂正箇所に医師の印が必要です。

※ 医療機関等の所在地・名称については、ゴム印を押印してもらって下さい。