

診療明細書

患者氏名		診療期間		診療実日数	傷病名	
健保 太郎		△△ 年 △△ 月 △△ 日 から △△ 年 △△ 月 △△ 日 まで		○ 日	□□□□□□	
診療の内訳				点数	薬名、用量等の明細	
診察料	初診	時間外	休日 深夜	回		
	再診		×	回		
	外来管理加算		×	回		
	時間外休日深夜		×	回		
指導				回		
在宅		×	回			
投薬	内服	薬剤	単位	回		
		調剤	×	回		
	頓服	薬剤	単位			
	外用	薬剤	単位			
	調剤	×	回			
処方	麻毒	調基				
注射	皮下筋肉内		回			
	静脈内		回			
	その他		回			
処置	処置		回			
	薬剤					
手術	手術・麻酔		回			
	薬剤					
検査	検査		回			
	薬剤					
画像診断	画像診断		回			
	薬剤					
その他						
入院	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間			
	入院料	点×	日間			
	入院時医学管理料	点×	日間			
療養の給付		合計点数	〇〇〇 点	療養の給付金額	円	
食事	基準		円×	回	食事療養費金額	円
上記のとおり診療しました。				合計金額	〇, 〇〇〇 円	

△△年△△月△△日

所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇
医療機関の □□□□□□□□□□
名称 □□□□□ 病院
医師の 氏名 □□ □□

【記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください。】
※上の明細書に代えて、診療報酬明細書等の用紙により、医療機関の名称・所在地・医師の氏名・印の表示がある
証明書を作成して差し支えありません。