

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		日																													
傷病名	診療期間		自平成 年 月 日	* 転帰		治ゆ 継統 転医 中止 死亡																													
	至平成 年 月 日																																		
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	時間外	回	*****	12 再診	円																													
	12 再診	休日	回	*****	指導管理	円																													
	12 再診	深夜	回	*****	救急医療管理加算	円																													
	13 医学管理			*****	10 小計	円																													
	その他			*****	80 その他	円																													
	10 小計			*****	診断書料	通③ 円																													
					明細書料	通④ 円																													
					摘要																														
20 投薬	21 内服	薬剤	単位	*****																															
	22 外用	薬剤	単位	*****																															
	23 外用	薬剤	単位	*****																															
	25 処方	薬剤	単位	*****																															
	26 麻痺	薬剤	単位	*****																															
	27 調基	薬剤	単位	*****																															
	20 小計			*****																															
30 注射	31 皮下筋肉内		回	*****																															
	32 静脈内		回	*****																															
	33 その他		回	*****																															
	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	薬剤等		回	*****																															
80 その他	処方せん		回	*****																															
80 その他	リハビリテーション等		回	*****																															
	その他	薬剤等		*****																															
10 ~ 80 点数計			①	点	②	点																													
請求額の計算		A (① × 単位 × 1.)		B (② × 単価)		C (③ × 1.)		D (④ + ⑤ + ⑥)		合計 (A + B + C + D)																									
		円		円		円		円		円																									
通院日に○印を		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
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

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