

※10 診療費請求明細		(職員氏名)	
傷病名	ア 左母指皮膚欠損創 イ ウ	始診日	ア ○年 7 月 10 日
初診	時間外・休日・深夜 回 点	期間	○年 7 月 10 日から ○年 7 月 31 日まで
再診	再 診 時間 外 来 診 時間 深 夜	開 診 日 数	4 日
指 導	診 間 急 患 者 訪 問 他 診 薬 剤	傷 病 の 経 過	他院より紹介来院 当院での治療希望となり処置施行す 外来にて経過観察中
在 宅	往 夜 深 夜 ・ 緊 急 患 者 訪 問 他 診 薬 剤	転 帰	○年 7 月 31 日
投 薬	内 服 薬 剤 調 剤 外 用 薬 剤 処 方 毒 基	治 癒 (継 続)	○年 7 月 31 日
注 射	皮 下 筋 肉 内 静 脈 他	初 診 料	3,820 円
処 置	薬 剤	再 診 料	×
手 術 併 用	薬 剤	再 診 時 療 養 指 導 管 理 料	×
検 査	薬 剤	そ の 他	救 急 医 療 管 理 加 算 1,200 円
画 像 診 断	薬 剤	小 計	5,020 円
他 診 断	薬 剤	摘 要 (診 療 明 細)	
入 院	入 院 年 月 日 年 月 日	※再診	
病 院	特 基 1 入院時基本診療料(入院料) (室料・看護料・給食料)	外 来 診 療 料	73 × 3
診 療 所	特 基 2 食有 × 日間 特 基 1 食無 × 日間 特 基 1 特食 × 日間	創 傷 処 置 1. 手 ・ 指 加 算 × 2	90 × 1
普 食	特 他 1 入院時医学管理料	ザ ル コ ニ ン 0.025% 綿 球 20 4個	
基 礎 衣	基 他 2 × 日間 基 他 3 × 日間	エ ル タ シ ン 軟 膏 0.1% 1mg 1g	
その他		ソ フ ラ チ ュ ー ル 貼 付 剤 10cm 10.8mg 10cm × 10cm 0.5枚	4 × 1
診療報酬点数表により計算できるもの	合計点数 1点単価	創 傷 処 置 1. 手 ・ 指 加 算 × 2	0 × 1
診療報酬点数表により計算できないもの	診 断 書 料 入 院 室 料 差 額 等	ザ ル コ ニ ン 0.025% 綿 球 20 4個	
診療費請求合計額		エ ル タ シ ン 軟 膏 0.1% 1mg 1g	0 × 1
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)		Q タ イ S 5cm × 9m 0.1円/cm	0 × 1
診療機関の所在地 名称 医師の氏名		イ フ ツ キ ¥0.1 50cm	1 × 1
		創 傷 処 置 1. 手 ・ 指 加 算 × 2	0 × 1
		ザ ル コ ニ ン 0.025% 綿 球 20 1個	
		※その他 処方せん料	68 × 1
		付 添 看 護 等 を 求 め た 理 由	
		看 護 師 等 が 医 師 又 は 看 護 師 の 指 揮 下 に あ っ た こ と の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 年 月 日 から 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 無 日間
		泊り込みが行われた場合 (徹夜勤務の場合を除く。)	必要とした理由 日数
		徹夜勤務が行われた場合	必要とした理由 日数
		補装具の装着を治療上必要と認めたことの有無	<input type="checkbox"/> 有 補装具の種類 <input type="checkbox"/> 無
		個室・2人部屋に収容した理由	
		合計	4,393 円
		合計	8,020 円
		合計	12,413 円

認定の傷病名であるか確認

注 労災診療費における「療養の給付請求書取扱料」は療養補償の対象とはなりません。

※ 明細書の記入に代え「別紙のとおり」と記載し、レセプトのコピーを明細として添付することができます。但し、診断書料等がある場合には、下段に記載し診療費請求合計額欄に金額を記載してください。

個室又は2人部屋の上級室を使用した期間がある場合には、その理由とその期間を記入してもらうこと。

4,393円 + 5,020円 + 3,000円

(消費税は、非課税扱い)