

*10 診療費請求明細				(職員氏名) 群馬 太郎					
傷病名	ア ○○○○○○ イ ※公務災害として認定されている傷病名をご記載ください。			診療開始日	ア ○ 年 ○ 月 ○ 日 イ ○ 年 ○ 月 ○ 日 ウ ○ 年 ○ 月 ○ 日				
初 診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間	○ 年 ○ 月 ○ 日から ○ 年 ○ 月 ○ 日まで	診療実日数	○ 日		
再 診	再 診	×	回	傷病の経過	○年○月○日 左手を受傷。 当院受診し、レントゲンにて左橈骨遠位端骨折を認め、ギブス固定を施行した。				
	外 来 診 療 料	×	回						
	継 続 管 理 加 算	×	回						
	外 来 管 理 加 算	×	回						
	時 間 外	×	回						
	休 日	×	回						
指 導	10			転 帰	○ 年 ○ 月 ○ 日				
在 宅	往 診	回			治 ゆ	継続	転医	中止	死亡
	夜 間	回			摘要				
	深 夜 ・ 緊 急	回							
	住宅患者訪問診察	回							
	そ の 他	回							
投 薬	薬 剤	回			薬剤情報提供料 10×1 ロキソニン錠 60mg 3錠 13×7 ムコスタ錠 100mg 3錠 44×1 ボルタレンサポ 25mg 7個 18×1 特定疾患処方管理加算 780×1 ギブス包帯(半股) 1780×1 骨折非観血的整復術(前腕) 163 左手関節X-P 60 電子画像管理加算 3,850円 初診料 2,000円 文書料(公務傷病等診断書)				
	内服	7 単位 91							
	調 剤	9 × 1 回 9							
	屯 服	単位							
	調 剤	回							
	外 用	1 单位							
調 剤	6 × 1 回 6								
処 方	× 1 回 60								
麻 毒	回								
調 基	回								
注 射	皮 下 筋 肉 内	回			※算定方法は、社会保険診療報酬点数計算、労災計算、労災保険柔道整復師施術料に準じて計算してください。				
	静 脈 内	回							
	そ の 他	回							
処 置	1 回 780			※初診料(3,850円)、再診料(1,420円)、文書料など、保険点数で算定できないものはこちらの摘要欄にご記入ください。					
手術・ 麻 酒	1 回 1,780								
検 査	回								
画 像 断	1 回 223			※なお、診断書料は指定医療機関、非指定医療機関とともに2,000円です。					
そ の 他	回								
入 院	入 院 年 月 日	年 月 日							
入 院	病・ 診・ 衣	入院基本料・ 加算							
		×	日間						
		×	日間						
		×	日間						
		×	日間						
	特定入院料・ その他		基 準	円 × 日間					
			円 × 日間						
			円 × 日間						
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 点 × 12 円	○○○○ 円					
診療報酬点数により計算できないもの		診断書料・ 入院室料差額等			○○○○ 円				
診療費請求合計額					○○○○ 円				
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。)									
○ 年 ○ 月 ○ 日	診療機関の	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; margin-right: 10px;">被災職員が費用を負担した場合のみ 医師の証明を受けてください。</div> <div style="flex-grow: 1;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>名 称 前橋○○病院</div> <div>所 在 地 前橋市朝日町○一〇</div> </div> <div>医師の氏名 ○○○○</div> </div> </div>							