支部様式第23号の２ **療養費請求明細書**　　　　　　　　　診療科［　　　　　　　　　　］

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定番号※１ |  | 所属・団体 |  | 氏　名 |  |
| 傷病名 | アイウ | 診療開始日 | ア　　　　年　　月　　日イ　　　　年　　月　　日ウ　　　　年　　月　　日 | 診療期間 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 診療実日数 | 日 |
| 療養の経過 |  | 転 帰 | 　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 治 ゆ | 継 続 | 転 医 | 中 止 | 死 亡 |
| 診　　療　　内　　容 | 点数（点） | 診　　療　　内　　容 | 金 額（円） |
| 初　診 | 時間外・休日・深夜　　回　　　点 |  | 初　診 |  |  |
| 再　診 | 再診　　　　×　　　回外来診療料　　　　×　　　回継続管理加算　　　　×　　　回外来管理加算　　　　×　　　回時間外　　　　×　　　回休日　　　　×　　　回深夜　　　　×　　　回 |  | 再　診 |  |  |
|  | 指　導 |  |  |
|  | その他 | □認定請求時診断書□療養の給付請求書取扱料□移送費証明書□その他［　　　　　　　　　　　　　］ |  |
| 指 導 |  |  |
| 在 宅 | 往診　　　　　　　　　　　　回夜間　　　　　　　　　　　　回深夜・緊急　　　　　　　　　回在宅患者訪問診察　　　　　　回その他　　　　　　　　　　　薬剤　　　　　　　　　　　　回 |  | 食事 | 基　準 | 　　　×　　　日間　　　×　　　日間　　　×　　　日間 |  |
| 室料加算※２ | □個室　　□2人部屋　　　　　　日×　　　　　　円　　　月　　日～　　　月　　日 |  |
| 投 薬 | 内　服屯　服外　用 | 薬剤　　　　　　単位調剤　　　×　　　回薬剤　　　　　　単位調剤　　　×　　　回薬剤　　　　　　単位調剤　　　×　　　回 |  | 小　　　　計　　　　　　　（ロ） |  |
| 　　診療費の合計　　　　　　（イ）＋（ロ） |  |
| 摘　　　　　　　　　要 | ※３ |
|  |  |
| 処　方　　　　　　 ×　　　回麻　毒　　　　　　　　　　 回調　基 |
| 注　射 | 皮下筋肉内　　　　　　　　　回静脈内　　　　　　　　　回その他　　　　　　　　　回 |  |
| 処　置 | 　　　　　　　　　　　　　　回薬　剤　　　　　　　　　　　回 |  |
| 手術・ 麻酔 | 　　　　　　　　　　　　　　回薬　剤　　　　　　　　　　　回 |  |
| 検　査 | 　　　　　　　　　　　　　　回薬　剤　　　　　　　　　　　回 |  |
| 画　像診　断 | 　　　　　　　　　　　　　　回薬　剤　　　　　　　　　　　回 |  |
| その他 |  |  |
| 入　院 | 入院年月日 | 　　　年　月　日 |  |
| 病・診・衣 | 入院基本料・加算　　×　　　日間　　×　　　日間　　×　　　日間　　×　　　日間　　×　　　日間 |  |
| 特定入院料・その他 |  |
| 小　　計 | 点 | １点単価円 | （イ）　　　　　　　円 |

※１　　必ず認定番号（８桁の数字　○○－○○○○○○）を記入してください。

※２　　室料加算を算定した場合は、上級室を使用した理由を摘要欄に記入してください。

※３　　摘要欄等に書ききれない場合には、別紙を添付してください。

※４　 年月日の記載には、元号を用いてください。