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。