

認定番号 ※1	所属・団体		氏名					
傷病名	ア	診療開始日	ア	年 月 日	診療期間	年 月 日から		
	イ		イ	年 月 日		年 月 日まで		
	ウ		ウ	年 月 日		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)	
⑪初診	時間外・休日・深夜	回	点	⑪初診				
⑫再診	再診	×	回	⑫再診				
	外来診療料	×	回		⑬指導			
	継続管理加算	×	回					
	外来管理加算	×	回					
	時間外	×	回					
⑬指導	休日	×	回	その他	<input type="checkbox"/> 認定請求時診断書 <input type="checkbox"/> 療養の給付請求書取扱料 <input type="checkbox"/> 移送費証明書 <input type="checkbox"/> その他 []			
	深夜	×	回					
	在宅	×	回					
⑭在宅	往診		回	食事	基準	×	日間	
	夜間		回		×	日間		
	深夜・緊急		回		×	日間		
	在宅患者訪問診察		回					
⑯投薬	内服	{	薬剤調剤	×	単位	回	小計 (ロ)	
	外用		薬剤調剤	×	単位	回		
⑰在宅	在宅患者訪問診察		回	室料加算 ※2	<input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 2人部屋	日×月 日	円
	その他		回		月 日～ 月 日	円		
⑱入院	入院年月日	年 月 日		診療費の合計 (イ) + (ロ)				
	病・診・衣	入院基本料・加算		摘要 ※3				
⑲入院		×	日間					
		×	日間					
		×	日間					
		×	日間					
⑳入院	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 〇〇-〇〇〇〇〇〇)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 摘要欄等を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。