

診 療 内 容 証 明 書

(医科) 年 月 診療分(レセプトと同じ記入方法で診療月分ごとに記入願います。)

保 険 者 名				給 付 割 合	8割 ・ 7割				
被 保 険 者		記 号		番 号	(枝番)				
被 保 険 者 氏 名				男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日			
傷 病 名	(1)			診 療 日 始 始 日	(1) 年 月 日	転 帰	治 癒 死 亡 中 止	診 療 実 日 数	日
	(2)				(2) 年 月 日				
	(3)				(3) 年 月 日				
診 療 内 容			一 般	摘 要				審 査 決 定	
								一 般	
11	初 診	回	点					点	
12 再 診	再 診	× 回							
	外 来 管 理 加 算	× 回							
	時 間 外	× 回							
	休 日 深 夜	× 回							
13	指 導								
14 在 宅	往 診 間 急	回							
	夜 深 夜 ・ 緊 急	回							
	在 宅 患 者 訪 問 診 療 そ の 他 剤	回							
20 投 薬	21 内 服 薬 剤	× 回							
	22 内 服 調 剤	× 回							
	23 と ん 服 薬 剤	× 回							
	25 外 用 薬 剤	× 回							
	26 外 用 調 剤	× 回							
30 注 射	27 処 方 毒 基	× 回							
	31 皮 下 筋 肉 内	回							
	32 静 脈 内	回							
40 処 置	33 そ の 他	回							
	処 置 剤	回							
50 手 術	手 術 ・ 麻 酔 剤	回							
60 検 査	検 査 剤	回							
70 画 像	画 像 診 断 剤	回							
80 そ の 他	処 方 せ ん の 他 剤	回							
90 入 院	入院年月日		年 月 日	食 事	基 準	円 × 日	円		
	病 診	90 入院料	点		II	円 × 日	円		
		92 特定入院料・その他	点		I	円 × 日	円		
		× 日		標 準 負 担 額	円 × 日	円			
合 計	療 養 の 給 付		点	決 定	療 養 の 給 付		点		
	食 事 療 養		円		食 事 療 養		円		
	(標 準 負 担 額)		円						
薬 剤 一 部 負 担 金 額			円						
上記のとおり証明します。									
年 月 日			保険医療機関等の名称 所在地 保険医氏名						



※ この証明書は、保険医療機関及び保険医療養担当規則第6条の規定により無償で交付しなければならない。