

診療等の明細書

傷病名										
⑪ 初診	時間外・休日・深夜	回			診療期間及び実日数		転記			
⑫ 再診	再診	×	回		年 月 日～(日) 年 月 日	治 ゆ	死 亡	中 止	継 続	
	外来管理加算	×	回							
	時間外	×	回							
	休日	×	回							
	深夜	×	回							
⑬ 医学管理										
⑭ 在宅	往診		回							
	夜間		回							
	深夜・緊急		回							
	在宅患者訪問診療		回							
	その他		回							
⑮ 投薬	⑲ 内服	{ 薬剤 調剤	×	単位 回						
	⑳ 屯服		{ 薬剤 調剤			単位 回				
	㉑ 外用			×		単位 回				
	㉒ 調剤		×	回						
	㉓ 処方		×	回						
	㉔ 麻毒		回							
	㉕ 調基		回							
⑯ 注射	㉖ 皮下筋肉内		回							
	㉗ 静脈内		回							
	㉘ その他		回							
⑰ 処置			回							
⑱ 手術			回							
⑲ 検査			回							
㉑ 診断増			回							
㉒ その他			回							
㉓ 入院	入院年月日 年 月 日		合 計	療養の給付 食事・生活療養	請求※	決定				
	病診	㉔ 入院基本料・加算 点								
		×			日間					
		×			日間					
㉕ 生食生活事・環境	㉖ 特定入院料・その他		計	円	※	円				
	基準				円×	回				
	特別				円×	回				
		食堂		円×	日					
		環境		円×	日					

年 月 日
 電話 ()
 医療機関 所在地
 名 称
 代表者又は
 医師氏名

診療等の明細書

傷病名部位																診療期間	年	月	日～		
																診療実日数		日			
																転	帰	治	死	中	止
初診	時間外 休日 深夜 乳 障 紹 病																				
再診	再診	×	時間外	休日	深夜	乳	障	病	指導						衛	F+					
投薬	注射	内・屯・外・注	誤 × × 処方 × + × 清 × × 処 × × × 注 × × ×																		
X線・検査	パ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	全顎	枚	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
処置・手術	EMR	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	根	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	根	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
麻酔	局麻	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	浸麻	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	IS	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
歯冠修復及び欠損補綴	補綴	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	歯冠形成	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	14K	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
その他	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
摘要																療養の給付	請求	決定	療養の給付を受けたと決定した場合の薬剤一部負担金に相当する額		
																円	円	円			
																円	円	円			

年 月 日

電話 ()

病院又は 所在地

診療所 名称

代表者氏名

調剤等の明細書

[illegible]

年 月 日 電話 ()

所 在 地

藥 局 名 稱

藥劑師氏名

施術内容の明細書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

○被保険者資格の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																												
		年 月 日																														
療 養 を 受けた者 の 氏 名	(フリガナ)		○業務上・外、第三者行為の有無																													
			男・女 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																													
			○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）																													
	明・大・昭・平・令 年 月 日生																															
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間										実日数		請 求 区 分																	
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日										日		新 規 ・ 継 続																	
	傷病名及び症状														転 帰																	
															継続・治癒・中止・転医																	
	施 術 料	マッサージ（施術料）		同意部位	(軀 幹)	(右 上 肢)	(左 上 肢)	(右 下 肢)	(左 下 肢)	摘 要																						
		施術回数	回	回	回	回	回	回																								
		通 所	円× 回＝						円																							
		訪問施術料 1	円× 回＝						円																							
		訪問施術料 2	円× 回＝						円																							
		訪問施術料 3（3人～9人）	円× 回＝						円																							
		温 電 法（加 算）		円× 回＝						円																						
		温電法・電気光線器具（加 算）		円× 回＝						円																						
		変形徒手矯正術（加算） ※温電法との併施は不可		同意部位	(右 上 肢)	(左 上 肢)	(右 下 肢)	(左 下 肢)																								
				施術回数	回	回	回	回						回																		
			円× 回＝						円																							
	特 別 地 域（加 算）		円× 回＝						円																							
	往 療 料		円× 回＝						円																							
	施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）		円× 回＝						円																							
	明 細 書 発 行 加 算		円× 回＝						円																							
	合 計								円																							
施術日	訪問1①	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
通所○	訪問2②																															
往療◎	訪問3③	月																														
○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ())																																
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。										保健所登録区分					1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																
	令和 年 月 日										〒 ー																					
	免許登録番号										住 所																					
											氏 名 電話																					
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所										同 意 年 月 日					傷 病 名					要加療期間									
													令和 年 月 日																			

施術内容の明細書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

○被保険者資格の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																																
		年 月 日																																		
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)			○業務上・外、第三者行為の有無																																
				男・女 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																																
				○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）																																
	明・大・昭・平・令 年 月 日生																																			
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実日数	請 求 区 分																														
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新 規 ・ 継 続																														
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩		転 帰																															
			5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()		継続・治癒・中止・転医																															
	初 検 料 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用				円	摘 要																														
	施 術 料	はり・きゅう		施術の種類	1 術 回			2 術 回																												
		通 所		円× 回＝ 円																																
		訪問施術料 1		円× 回＝ 円																																
		訪問施術料 2		円× 回＝ 円																																
		訪問施術料 3（3人～9人）		円× 回＝ 円																																
	電療料（加算／ 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具）		円× 回＝ 円																																	
	特 別 地 域（加 算）		円× 回＝ 円																																	
	往 療 料		円× 回＝ 円																																	
	施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）		円× 回＝ 円																																	
	明 細 書 発 行 加 算		円× 回＝ 円																																	
	費 用 額 計		円																																	
施術日 訪問 1 ①																																				
通所 〇 訪問 2 ②																																				
往療 〇 訪問 3 ③																																				
月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他（ ） ）																																				
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。												保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																					
	令和 年 月 日												〒																							
	免許登録番号												はり師 住 所																							
同 意 記 録	免許登録番号												きゅう師 氏 名 電話																							
	同意医師の氏名												住 所												同 意 年 月 日						傷 病 名				要加療期間	
																								令和 年 月 日												