診　療　明　細　書

令和　　年　　月分

※点数の証明をお願い致します

入院・入院外　　⟶　該当に〇をつけてください。

氏名	男・女　昭和/平成/令和　　年　月　日　生				保険医療機関の所在地及び名称	印
傷病名				診療開始日		
初診				点		
再診	再診	×	回			
	外来管理加算	×	回			
	時間外	×	回			
	休日	×	回			
	深夜	×	回	点		
指導				点		
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					
	薬剤			点		
投薬	内服薬剤		単			
	内服調剤	×	回			
	屯服薬剤		単			
	外用薬剤		単			
	外用調剤	×	回			
	処方	×	回			
	麻毒		回			
	調基			点		
注射	皮下筋肉内		回			
	静脈内		回			
	その他		回	点		
処	処置					
	薬剤			点		
手	手術・麻酔		回			
	薬剤			点		
検	検査		回			
	薬剤			点		
画	画像診断		回			
	薬剤			点		
他	処方箋					
	その他					
	薬剤			点		
保険	**請求点**					