

年 月分 公害診療報酬明細書(入院外)

--	--	--	--

様式第二号(二)

公害医療手帳の認定番号		横浜-		公害医療機関		所在地																	
氏名		男 女		所在地 名称 電話番号		名称 電話番号																	
生年月日		大 昭		年 月 日		電話番号																	
疾病名	(1) 公害医療手帳に記載のある認定疾病名すべてを右に記載してください。						診療開始日	(1) 年 月 日	転帰	診療実日数	日												
	(2)							(2) 年 月 日															
	(3)							(3) 年 月 日															
①初診		時間外・休日・深夜		回		(1点15円)点	(1点10円)点																
⑫再診	再診		×		回																		
	外来管理加算		×		回																		
	時間外		×		回																		
	休日		×		回																		
	深夜		×		回																		
⑬医管 学理	公害相談				回																		
	公害外来療養指導				回																		
	その他				回																		
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																		
⑳投 薬	⑲内服		薬剤		単位																		
			調剤		× 回																		
	⑲屯服				単位																		
	⑲外用		薬剤		単位																		
			調剤		× 回																		
	⑲処方				× 回																		
	⑲麻毒				回																		
⑲調基				回																			
⑳注 射	⑳皮下筋肉内				回																		
	⑳静脈内				回																		
	⑳その他				回																		
	⑳薬剤				回																		
㉑処 置	㉑薬剤				回																		
	㉑手術 麻酔		薬剤		回																		
㉒病 理 検 査	㉒薬剤				回																		
	㉒フィルム等				回																		
㉓そ の 他	㉓処方せん				回																		
	㉓薬剤				回																		
小 計				①	点	②	点	受診日に○をつけてください															
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
③ 15円×①				円				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
④ 10円×②				円				※決定 (この欄は、記入しないこと)															
⑤ ③+④				円																			

備考:この用紙は、日本産業規格A列4番黒刷りとする。