

*10 診療費請求明細				(職員氏名)								
傷病名	ア	年	月	日	診療期間	年 月 日から						
	イ	年	月	日		年 月 日まで						
	ウ	年	月	日		診療実日数	日					
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療開始日								
再診	再診	×	回	傷病の経過								
	外来診療料	×	回									
	継続管理加算	×	回									
	外来管理加算	×	回									
	時間外	×	回									
	休日	×	回									
深夜	×	回										
指導												
在宅	往診	回	転帰	年 月 日								
	夜間	回		治癒	継続	転医	中止	死亡				
	深夜・緊急 在宅患者訪問診察	回		摘要								
投薬	その他	回	-----									
	薬剤	回										
	内服	単位										
	薬剤	×						回				
	調剤	×						回				
外用	単位											
薬剤	×	回										
調剤	×	回										
処方	×	回										
麻毒	回											
調基	回											
注射	皮下筋肉内	回										
	静脈内	回										
	その他	回										
処置	薬剤	回										
	薬剤	回										
手術・麻酔	薬剤	回										
	薬剤	回										
検査	薬剤	回										
	薬剤	回										
画像診断	薬剤	回										
	薬剤	回										
その他												
入院	入院年月日	年						月	日			
	病・診・衣	入院基本料・加算	×	日間								
		×	日間									
		×	日間									
		×	日間									
		×	日間									
特定入院料・その他	食事	基準	円×	日間								
				円×	日間							
				円×	日間							
診療報酬点数表により計算できるもの				合計点数	1点単価		円					
診療報酬点数表により計算できないもの				診断書料、入院室料差額等			円					
診療費請求合計額						円						
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)												
年 月 日 診療機関の				所在地 名称 医師の氏名								

*11 調剤費請求明細				(職員氏名)				
処方せんを交付した診療機関の		名称						
		所在地						
担当医氏名		1. _____		3. _____		4. _____		
調剤期間		年 月 日から		年 月 日まで		日間 調剤実日数 日		
医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料
	・	・		点		点	点	点
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
処方せん受付回数		回		摘要				
調剤基本料(点)		時間外加算等(点)		指導料(点)		合計点数 点		
						合計金額 円		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)								
年 月 日 薬局の				{ 所在地 名称 薬剤師の氏名				

*12 訪問看護事業者の証明		(職員氏名)		
傷病名		(訪問看護期間)		
傷病の経過		年 月 日から		
		年 月 日まで		
		訪問看護の回数 回		
基本療養費 (Ⅰ)・(Ⅱ)	保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士	円× 回	円	
		円× 回	円	
	准看護師	円× 回	円	
		円× 回	円	
	加算	円× 回	円	
		(時間)		
		主治医への直近報告年月日 年 月 日		
管理療養費	管理療養費	円	円	
	管理療養費の加算	円	円	
			指示期間	
			年 月 日から 年 月 日まで	
			(特別指示期間)	
			年 月 日から 年 月 日まで	
		訪問日		
		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		
情報提供療養費			提供した情報の概要	
			情報提供先の市区町村名	
ターミナルケア療養費	死亡年月日 年 月 日	円	(備考)	
合計			円	
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名				
医療機関の名称				
主治医氏名				
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)				
年 月 日				
訪問看護事業者の				
所在地				
名称				
代表者の氏名				