

【医師が証明する欄】

入院外

領収（診療）明細書

※領収（診療）明細書は投与した薬剤名及び検査名、処置名、手術名をレセプト作成時と同様に記載してください。

患者氏名		性別		男・女	生年月日	年 月 日				
傷病名		(1) (2) (3)			診療期間	年 月 日から 年 月 日まで (診療実日数) 日				
初 診		(回数) (点数) 時間外・休日・深夜 回 点			公費分 点数					
再 診	再 診	×	回							
	外来管理加算	×	回							
	時 間 外	×	回							
	休 日	×	回							
	深 夜	×	回							
医学管理										
在 宅										
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 調 基		回							
注 射	皮下筋肉内		回							
	静 脈 内		回							
	そ の 他		回							
処 置	処 置		回							
手術 麻酔	手 術		回							
	麻 酔									
検 査	検査・病理		回							
画像 診断	画像診断		回							
その 他	処方せん		回							
	そ の 他		回							
上記のとおり領収（診療）いたしました。						令和 年 月 日				
医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 医療機関の電話番号 ()						※医療機関名等ゴム印を押印ください。				