記 載 例

診療費請求明細		（職員氏名） 秋 田 春 男	
傷病名	ア **アナフィラキシー性ショック** イ ウ	診療開始日 ア **令和７年７月８日** イ 年 月 日 ウ 年 月 日	診療期間 **令和７年７月８日**から **令和７年７月10日**まで 診療実日数 **２日**
初診	時間外・休日・深夜 回 点	傷病の経過	令和６年４月９日、草刈り作業中に蜂に刺されて来院。投薬治療を行った結果、経過良好で４月１１日をもって治ゆ。
再診	再診 **1** × **1** 回 **1** 外来診療料 **52** × **1** 回 **52** 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		転帰	**令和７年７月10日** 治ゆ ・ 継続 ・ 転医 ・ 中止 ・ 死亡
在宅	往診 回 夜間 回 深夜・緊急 回 住宅患者訪問診察 回 その他 薬剤 回	摘要	**別紙内訳書添付**
投薬	内服 薬剤 単位 調剤 × 回 屯服 薬剤 単位 調剤 × 回 外用 薬剤 単位 調剤 × 回 処方 × 回 麻毒 回 調基		病院が発行する診療費請求内訳書を添付する場合は、点数等の記載は省略可。
注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回		
処置	回 薬剤 回		
手術・麻酔	**1** 回 **390** 薬剤 回		内訳書を添付する場合も、職員氏名と請求合計額、医師の証明を記載のうえ、提出が必要。
検査	**1** 回 **110** 薬剤 回		
画像診断	回 薬剤 回		
その他	**処方せん料 68**		
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
診断書料に消費税は含まない。		合計点数 621 × 1点単価 12円	**7,452** 円
		診断書料・入院室料差額等 **診断書料2,000円 初診料3,820円**	**5,820** 円
診療費請求合計額			**13,272** 円

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。

令和７年８月５日

診療機関の
郵便番号 **000-0000**
所在地 **○○市○○町○－○**
名称 **□□病院**
医師の氏名 **○ ○ ○ ○**

自筆署名の場合は押印不要。