

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	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
初診	時間外・休日・深夜	回数		診療実日数	2日
再診	再診料 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	傷病の経過	令和7年7月8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7月10日をもって治ゆ。		
指導		転帰	令和7年7月10日 治ゆ 継続 転医 中止 死亡 摘 要		
在宅	往夜診 回 深夜・緊急 回 住宅患者訪問診察 回 その他 回 薬剤 回	別紙内訳書添付			
投薬	内服薬剤 単位 調剤 × 回 屯服薬剤 単位 外用薬剤 × 回 調剤 × 回 処方毒基 × 回				
注射処	皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回				
置	薬剤 回				
手麻術・酔	薬剤 1 回 390				
検	1 回 110				
査	薬剤 回				
画診	薬剤 回				
像断	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	
診療報酬点数表により計算できるもの		合計点数 1点単価 621 × 12円	7,452 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 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					
所在地		〇〇市〇〇町〇-〇			
診療機関の名称		□□病院			
医師の氏名		〇 〇 〇 〇			