

領 収 書

金

傷病名 (1) 年 月 日から
 (2) 診療期間 年 月 日まで
 (3) 日間

内 訳

診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日				本月診療実日数	決 定	摘 要			
					日	〔この欄は記入しないこと〕	左のうち 初診日に要した 費用 -----円			
診 療 の 内 容										
診 察 料	時間外 深夜				×	回	円			
	初診				×	回				
	時間内				×	回				
	再診				×	回				
	時間外 深夜				×	回				
	内科加算				×	回				
投 薬 料	往診				×	回	円			
	K { 普通、夜間、深夜、難路 暴風雨雪、同一家屋				×	回				
					×	回				
	調・薬				×	日分				
	内 服				×	日分				
	調・薬				×	日分				
処 方				×	回					
注 射 料	頓服外用				×	回	円			
	調・薬				×	回				
	処 方				×	回				
	調・薬				×	回				
	処 方				×	回				
	麻 薬				×	回				
処 置 料	皮 筋 静				×	回	円			
	皮 筋 静				×	回				
	皮 筋 静				×	回				
	そ の 他				×	回				
手 術 料					×	回	円			
					×	回				
検 査 料	レントゲン				×	回	円			
	レントゲン				×	回				
	レントゲン				×	回				
	レントゲン				×	回				
其 他					×	回	円			
					×	回				
入 院 料	自 日 至 日					食 有 食 無 特 食	×	日分	円	
	普 食	基 食	基 寝	看 1	看 2		看 3	×		日分
								×		日分
						入 院	円			
合 計						決 定	円			

上記のとおり領収しました

平成 年 月 日

住所
医 師 氏名

殿

印

注意 1. 初診日分は点数表の区分により、その種別点数及び合計点数を摘要欄に記入すること。
 2. 高価薬を用いたときは用量まで、注射薬は濃度容量まで記載のこと。
 3. 処置料は患部の大きさも記載のこと。