

領 収 (診 療) 明 細 書

患者名		傷病名	
診療期間	令 年 月 日 ~ 令 年 月 日	日間	

※捺印は不要です。但し、訂正した場合は訂正印を押印してください。

入 院 外				入 院					
初 診	時間外・休日・深夜		回	初 診	時間外・休日・深夜		回		
再 診	再 診	×	回	投 薬	内 服				
	外 来 管 理 加 算	×	回		屯 服				
	時 間 外	×	回		外 用				
	休 日	×	回		調 剤				
	深 夜	×	回	麻 毒					
	夜	×	回	調 基					
指 導				注 射	皮 下 筋 肉 内				
在 宅	往 診		回		静 脈 の				
	夜 間		回	そ の 他					
	深 夜 ・ 緊 急		回	処 置	薬 剤				
	在 宅 患 者 訪 問 診 療		回		麻 手 術 ・ 酔	薬 剤	回	回	
そ の 他		回	検 査	薬 剤		回	回		
薬 剤		回		診 画 断 像	薬 剤	回	回		
投 薬	内 服 { 薬 剤 単 位		回		そ の 他	薬 剤	回	回	
	調 剤		回	入 院 年 月 日		年 月 日			
	屯 服 薬 剤 単 位		回	入 院	病 診 衣	×	日 間		
	外 用 { 薬 剤 単 位	×	回		入 院 料		×	日 間	
調 剤	×	回	入 院 時 医 学 管 理 料			×	日 間		
処 方	×	回		入 院		×	日 間		
麻 毒		回	食 事			×	日 間		
調 基		回		食 事		×	日 間		
注 射	皮 下 筋 肉 内		回		基 準		間 ×	日 間	
	静 脈 内		回			間 ×	日 間		
処 置	そ の 他		回	特 定 入 院 料 ・ そ の 他		間 ×	日 間		
	薬 剤		回			間 ×	日 間		
麻 手 術 ・ 酔	薬 剤		回	食 事		間 ×	日 間		
	薬 剤		回			間 ×	日 間		
検 査	薬 剤		回	食 事		間 ×	日 間		
	薬 剤		回			間 ×	日 間		
診 画 断 像	薬 剤		回	食 事		間 ×	日 間		
	薬 剤		回			間 ×	日 間		
そ の 他	処 方 箋	×	回	食 事		間 ×	日 間		
	薬 剤		回			間 ×	日 間		
合 計				円	合 計				円

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日

住所(所在地)
医師 医療機関名

氏 名

電 話 番 号