

福祉医療費支給申請・請求明細書

平成15年10月診療分

①.社 保 2.国 保 3.国 保 組 合	①.一般 3.退本 2.老人 4.退家	前期高齢者 9 8	一部負担割合 1 2 ③
-----------------------------	------------------------	-----------------	-----------------------

保 険 者 番 号				被保険者証 記号・番号			
市 町 村 番 号				老 人 医 療 受給者番号			
公費負担者 番 号				公費負担者医療 受給者番号			
患 者 氏 名			性別			生年月日	
1 入 院	診療日数 ()日間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	② 外 来	診療日数 (1 4)日間	①・2・③・4・5・⑥・7・⑧・9・1① 11・12・②・14・⑤・16・⑦・18・19・④ 21・②・23・②・25・26・⑦・28・②・30・③			
傷 病 名 及 び 期 間	※高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入下さい。			特 定 疾 病 (長)		①	
総 診 療 報 酬 点 数				3 8 , 4 3 7 点			
診療報酬請求明細内訳	他法公費種別、	精 神	結 核	更 生	自己負担月額		
	自己負担月額、	1	2	3		円	
	及び負担額、	育 成	特 疾	その他	公費負担額		
		4	5	6		円	
請 求 金 額				1 0 , 0 0 0 円			

請 求 年 月 日 平成15年11月10日

医療機関コード番号	診療科 コード※

医療機関等
所在地

名称 重信クリニック

氏名

備 考

※・・・種別欄 2.国保 3.退本 4.退家 は、県外医療機関の仕様となります。
 ※・・・月後れ請求分で薬剤一部負担金がある場合、請求金額欄・上部に記入して下さい。
 ※・・・公費併用時の請求金額に小数点以下が発生する場合は、小数点以下第一位の位まで記入して下さい。
 診療科コード※欄・・・旧総合病院は診療科コード番号を記入して下さい。

診療報酬明細書(医科入院外)1 社 平成 15 年 10 月分 果糖

		1 医科	1 社	1 单独	6 家外
保 險					
記号・番号					

愛媛県温泉郡重信町大字志津川246-6
医療機関の所在地及び名称
089-964-1188
診療科

2321300000000000000000002160
00007301332814700420123000000000000014151070000000000000000038111612

○ 018511

診療報酬明細書(医科入院外)1 社 平成 15 年 10 月分 県番

1 医科 1 社 1 単独 6 家外

市町村		老人受	
公費①		公費①	
公費②		公費②	

保 険	
記号・番号	

氏 名		特記事項 02長
職務上の事由		

保険医 愛媛県温泉郡重信町大字志津川246-6
 療機関の所在地及び名称 重信クリニック
 089-964-1188
 診療科 () 床)

傷病名		診療開始日		診療終了日		診療日数		保 険 日	
								①	
								②	

11	初 診		回						
12	再 診	×	回						
再	外来管理加算	×	回						
	時 間 外	×	回						
診	休 日	×	回						
	深 夜	×	回						
13	指 導								
14	往 診		回						
在	夜 間		回						
	深夜・緊急		回						
宅	在宅患者訪問診療		回						
	そ の 他								
	薬 剤								
20	21内服薬剤		単						
	内服調剤	×	回						
投	22屯服薬剤		単						
	23外用薬剤		単						
	外用調剤	×	回						
薬	25処 方	×	回						
	26麻 毒		回						
	27調 基								
30	31皮下筋肉内		回						
注	32静脈内		回						
射	33その他		回						
40	処 置		回						
処	薬 剤								
50	手術・麻酔		回						
手	薬 剤								
60	検 査		回						
検	薬 剤								
70	画像診断		回						
画	薬 剤								
80	処方せん		回						
他	薬 剤								

70 * 血管
 造影剤使用撮影(撮影) 2回
 造影剤使用撮影の写真診断 2回
 四ツ切 2枚 349× 1
 イオパミロン370 75.52%20mL 1瓶 381× 1
 * 大角 1枚 16× 1

療養の給付	請求点	決定点	一部負担金額	円
①				
②				
			※高額	円 ※公 点 ※公 点

福祉医療費支給申請・請求明細書

平成15年10月診療分

①.社 保	1.一般 3.退本	前期高齢者	一部負担割合
2.国 保		9	①
3.国保組合	②.老人 4.退家	8	2 割
			3

保険者番号		被保険者証記号・番号			
市町村番号		老人医療受給者番号			
公費負担者番号		公費負担者医療受給者番号			
患者氏名		性別	生年月日		
1 入院	診療日数()日間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		② 外来	診療日数 (8) 日間	
傷病名及び期間		※高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入下さい。		①・2・③・4・5・⑥・7・⑧・9・1⑩ 11・12・⑬・14・⑮・16・17・18・19・20 21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・③1 特定疾病(長) ① 該当する場合は○で囲んでください。	
診療報酬請求明細内訳	総診療報酬点数			24,369 点	
	他法公費種別、	精神	結核	更生	自己負担月額
	自己負担月額、	1	2	③	600 円
	及び負担額、	育成	特疾	その他	公費負担額
		4	5	6	円
請求金額				600 円	

請求年月日 平成15年11月10日

医療機関コード番号	診療科コード※

医療機関等
所在地

名称

氏名

備考

※・・・種別欄 2.国保 3.退本 4.退家 は、県外医療機関の仕様となります。

※・・・月後れ請求分で薬剤一部負担金がある場合、請求金額欄・上部に記入して下さい。

※・・・公費併用時の請求金額に小数点以下が発生する場合は、小数点以下第一位の位まで記入して下さい。

診療科コード※欄・・・旧総合病院は診療科コード番号を記入して下さい。

○ 011422

診療報酬明細書(医科入院外)1 社 平成 15 年 10 月分 県香

1 医科 3 老人 2 2 併 8 高外 9

市町村		老人受	
公費①		公受①	
公費②		公受②	

保 険	
記号・番号	

氏 名		特記事項 02長
職務上の事由		

保険医 愛媛県温泉郡重信町大字志津川 2 4 6 - 6
 療機関
 の所在 重信クリニック
 地及び
 名 称 089-964-1188
 診療科 (床)

傷病名	(1) 慢性腎不全 (糖尿病性腎症) (2) 糖尿病 (3) 腎性貧血 (4) 高血圧症			診療開始日	(1) 5 年 1 2 月 3 日 (2) 5 年 1 2 月 3 日 (3) 5 年 1 2 月 3 日 (4) 5 年 1 2 月 3 日	診療日数	8 日 ① 日 ② 日
11	初 診		回				
12	再 診	×	8 回	589			
再診	外来管理加算	×	回				
	時 間 外	×	回				
	休 日	×	回				
	深 夜	×	回				
	13	指 導		225			
14	往 診		回				
在宅	夜 間		回				
	深夜・緊急		回				
	在宅患者訪問診療		回				
	そ の 他						
	薬 剤						
20	21内服薬剤		82 単	1058			
投与	内服調剤	9×	4 回	36			
	22屯服薬剤		単				
	23外用薬剤		2 単	122			
	外用調剤	6×	2 回	12			
	25処 方	×	4 回	183			
薬	26麻 酔		回				
	27調 基						
	30	31皮下筋肉内		回			
注射	32静脈内		回				
	33その他		回				
	40	処 置		9 回	16215		
処	薬 剤			4113			
50	手術・麻酔		回				
手	薬 剤						
	60	検 査		5 回	810		
検	薬 剤						
70	画像診断		1 回	166			
画	薬 剤						
80	処方せん		回				
他	薬 剤						
	(5) 腰痛		10 年 10 月 19 日				
	(6) 両肩関節痛		13 年 7 月 25 日				
	(7) 肝炎 (C 型)		13 年 10 月 24 日				
	(8) 胃炎		14 年 1 月 4 日				
	(9) 便秘		14 年 2 月 13 日				
	(10) 便通異常		15 年 10 月 17 日				
	* 休日 10 月 13 日						
12	* 継続管理加算		5 ×	1			
13	* 慢性疾患生活指導料 (診療所)		225 ×	1			
21	* ラキソベロン液 0.75% 30 mL		104 ×	2			
	* アブレース錠 100 mg 3 錠						
	炭カル錠 (旭化成) 500 mg 3 錠	8 ×	14				
	* アダラート L 錠 10 mg 2 錠						
	カルデナリン錠 1 mg 2 錠	14 ×	14				
	* プロブレス錠 8 mg 1 錠	21 ×	14				
	* スターシス錠 30 mg 6 錠	15 ×	14				
	* タンニン酸アルブミン 0.5 g	1 ×	10				
	* ヨーデル S 糖衣錠 80 mg 2 錠	2 ×	14				
23	* ヤクバン 40 (10 cm × 14 cm)	21 枚					
		61 ×	2				
25	* 特定疾患処方管理加算 (処方料)		15 ×	1			
40	* 人工腎臓 1		1960 ×	7			
	人工腎臓ホローファイバー型ダイアライザー FB 150 FGA (1.5 m2 以上) (2) (¥3190)		319 ×	7			
	* 人工腎臓 1						
	夜間、休日加算		2460 ×	1			

1 医科 3 老人 2 2 併 8 高外 9

市町村		老人受	
公費①		公費①	
公費②		公費②	

保 険	
記号・番号	

氏 名		特記事項 02長
職務上の事由		

保険医 愛媛県温泉郡重信町大字志津川246-6
 診療機関 重信クリニック
 の所在地及び名称 089-9
 診療科 () 末)

傷病名	診療開始日	診療日数	保 険 日	診療費
11 初 診		回		
12 再 診		×	回	
再 診		×	回	
外 来 管 理 加 算		×	回	
時 間 外		×	回	
休 日		×	回	
深 夜		×	回	
13 指 導				
14 往 診		回		
夜 間		回		
深夜・緊急		回		
在宅患者訪問診療		回		
そ の 他				
薬 剤				
20 21 内服薬剤		単		
内服調剤		×	回	
22 屯服薬剤		単		
23 外用薬剤		単		
外用調剤		×	回	
25 処 方		×	回	
26 麻 毒		回		
27 調 査				
30 31 皮下筋肉内		回		
注 32 静脈内		回		
射 33 その他		回		
40 処 置		回		
処 薬 剤				
50 手術・麻酔		回		
手 薬 剤				
60 検 査		回		
検 薬 剤				
70 画像診断		回		
画 薬 剤				
80 処方せん		回		
他 薬 剤				
40 人工腎臓ホローファイバー型ダイアライザーFB150 FGA(1.5m2以上)(2)(¥3190) 1個 319× 1 *消炎鎮痛等処置(マッサージ等の手技による療法) 35× 1 *ユーパッチ(18mg)30.5mm×50.0mm 2枚 9× 8 *エボジン注シリンジ1500 1,500国際単位0. 5mL 1筒 325× 4 *エボジン注シリンジ750 750国際単位0.5mL 1筒 183× 1 *新レシカルボン坐剤 1個 6× 1				
60 *像 25× 1 *末梢血液一般 27× 1 *血液化学検査(19項目) TP, GOT, GPT, ALP, LDH, BUN, クレアチニン, UA, Na及びCl, K, Ca, P及びHPO4, 鉄, Mg, TIBC, Tcho, TG, Amy, グルコース 165× 1 *血液化学検査(8項目) BUN, クレアチニン, UA, Na及びCl, K, Ca, P及びHPO4, Mg 150× 1 *CRP(定量) 23× 1 *血液学的検査判断料 130× 1 *生化学的検査(1)判断料 150× 1 *免疫学的検査判断料 140× 1				
70 *胸部 単純撮影(撮影) 1回 単純撮影(イ)の写真診断 1回 大角 1枚 166× 1				

療養費の給付	保 険 料	※ 決 定 点	一部負担金額 円	※ 高 額 円	※ 公 点	※ 公 点	※ 公 点
①							
②							