

診 療 録 00003

| | | | | | | | |
|--------------|------|---------------------------|---------------------------------------|----------------|--|---------------------------------------|--|
| 公費負担者番号 | | | | 保険者番号 | | 3 2 1 3 0 2 1 3 | |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | 被保険者証 記号・番号 | | 3 3 3 ・ 6 0 | |
| 受診者 | 氏名 | ジレイ サン 事例 三 | | 被保険者氏名 | | 事例 十四 | |
| | 生年月日 | 昭和 40 年 8 月 10 日生 50 才 | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | 資格取得日 | | 年 月 日 | |
| | 住所 | 電話 | | 事業所 所在地 | | 電話 | |
| | 職業 | 被保険者との続柄 | | 事業所 名称 | | | |
| | | | | 所在地 | | 新宿区西新宿 2-8-1 第1 庁舎 電話 03-5320-7332 | |
| | | | | 名称 | | 東京都職員共済組合 | |

| 傷 病 名 | 職務 | 開 始 | 終 了 | 転 帰 期間満了予定日 |
|-----------|----|-----------|-----|-------------------|
| (主) 気管支喘息 | 上外 | 22. 1. 31 | . . | 治ゆ・死亡・中止 年 月 日 |
| 肺気腫 | 上外 | 22. 1. 31 | . . | 治ゆ・死亡・中止 年 月 日 |
| 気管支喘息重積発作 | 上外 | 28. 4. 19 | . . | 治ゆ・死亡・中止 年 月 日 |
| 急性呼吸不全 | 上外 | 28. 4. 19 | . . | 治ゆ・死亡・中止 年 月 日 |
| | 上外 | . . | . . | 治ゆ・死亡・中止 年 月 日 |
| | 上外 | . . | . . | 治ゆ・死亡・中止 年 月 日 |
| | 上外 | . . | . . | 治ゆ・死亡・中止 年 月 日 |
| | 上外 | . . | . . | 治ゆ・死亡・中止 年 月 日 |

| 傷 病 名 | 労 務 不 能 に 関 する 意 見 | | 入 院 期 間 |
|-------|--------------------|-------|-------------------|
| | 意見書に記入した労務不能期間 | 意見書交付 | |
| | 自 月 日 日間 至 月 日 | 年 月 日 | 自 月 日 日間 至 月 日 |
| | 自 月 日 日間 至 月 日 | 年 月 日 | 自 月 日 日間 至 月 日 |

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨

| | | | |
|--------------|--|--------------|--|
| 公費負担者番号 | | 公費負担者番号 | |
| 公費負担医療の受給者番号 | | 公費負担医療の受給者番号 | |

備考

○ 00003

診療報酬明細書(医科入院外) 1社 平成28年4月分 県番13 医コ12-3456-7

1医科 1社 1単独 6家外

| | |
|-----|-----|
| - | - |
| 公負① | 公受① |
| 公負② | 公受② |

| | |
|-------|-----------------|
| 保 険 | 3 2 1 3 0 2 1 3 |
| 記号・番号 | 3 3 3 6 0 |

| | | |
|--------|---|------|
| 氏名 | ジレイ サン 事例 三 2 女 3 昭 4 0 . 8 . 1 0 生 | 特記事項 |
| 職務上の事由 | | |

保険医療機関の所在地及び名称
 東京都文京区本駒込6-1-21
 医療法人 オルカクリニック
 03-5981-9681
 診療科 () 床

| | |
|-----------|--|
| 傷病名 | (1) 気管支喘息 (2) 肺気腫 (3) 気管支喘息重積発作, 急性呼吸不全 |
| 11 初診 | 回 |
| 12 再診 | 73× 3回 219 |
| 再診 外来管理加算 | 52× 3回 156 |
| 再診 時間外 | × 回 |
| 再診 休日 | × 回 |
| 再診 深夜 | × 回 |
| 13 医学管理 | 460 |
| 14 在宅 | 往診 回 夜間 回 深夜・緊急 回 在宅患者訪問診療 回 その他 回 薬剤 |
| 20 投薬 | 21 内服薬剤 14単 196 内服調剤 9× 1回 9 22 屯服薬剤 単 23 外用薬剤 単 外用調剤 × 回 25 処方 × 1回 60 26 麻 毒 回 27 調 基 |
| 30 注射 | 31 皮下筋肉内 回 32 静脈内 回 33 その他 2回 184 |
| 40 処置 | 処置 回 薬剤 |
| 50 手術 | 手術・麻酔 回 薬剤 |
| 60 検査 | 検査・病理 3回 590 薬剤 |
| 70 画像 | 画像診断 回 薬剤 |
| 80 その他 | 処方せん 回 薬剤 |

| | | | | | |
|-------|---------------|---|--|------|--------------------|
| 診療開始日 | (1) 22年 1月31日 | 転 | | 診療日数 | 保 3日 ① 日 ② 日 |
| | (2) 22年 1月31日 | | | | |
| | (3) 28年 4月19日 | 帰 | | | |

| | | |
|----|---|---|
| 12 | *明細書発行体制等加算 | 1× 3 |
| 13 | *特定疾患療養管理料(診療所) | 225× 2 |
| | *薬剤情報提供料 | 10× 1 |
| 21 | *テオロン錠 200mg 2錠 アレロック錠 5 5mg 2錠 | 14× 14 |
| 25 | *特定疾患処方管理加算(処方料) | 18× 1 |
| 33 | *点滴注射(その他)(入院外) | 49× 2 |
| | *ソリターT3号輸液 200mL 1瓶 ネオフィリン注 250mg 2.5% 10mL 1管 水溶性プレドニン 20mg 1管 | 43× 2 |
| 60 | *末梢血液一般 *血液化学検査(10項目) TP, Alb, AST, ALT, BIL/総, LD, CK, BUN, ナトリウム及びクロール, カリウム *CRP *B-V *血液学的検査判断料 *生化学的検査(1)判断料 *免疫学的検査判断料 | 21× 1 115× 1 16× 1 25× 1 125× 1 144× 1 144× 1 |

| | | | | | | | |
|-------|-------|------|----------|-----|---|------|------|
| 療養の給付 | 請求点 | ※決定点 | 一部負担金額 円 | ※高額 | 円 | ※公 点 | ※公 点 |
| | 1,874 | | | | | | |

2340000000033300000000603
 3213021312345670001874000810900000070328049000000000000000013111618

No. 2304

診療費請求書兼領収書

診療日 平成28年 4月19日

発行日 平成28年 4月19日

氏名 事例 三

様

保険種類 地公

患者番号 00003

内科

負担割合 3割

| | 保険適用 | 保険適用外 |
|-----------|--------|-------|
| 初・再診料 | 125点 | 円 |
| 医学管理等 | 225点 | 円 |
| 在宅医療 | 点 | 円 |
| 投薬 | 点 | 円 |
| 注射 | 92点 | 円 |
| 処置 | 点 | 円 |
| 手術 | 点 | 円 |
| 麻酔 | 点 | 円 |
| 検査 | 590点 | 円 |
| 画像診断 | 点 | 円 |
| リハビリテーション | 点 | 円 |
| 精神科専門療法 | 点 | 円 |
| 放射線治療 | 点 | 円 |
| 病理診断 | 点 | 円 |
| 入院料等 | 点 | 円 |
| | 点 | 円 |
| 合計点数 | 1,032点 | |

| | |
|---------|--------|
| 保険分負担金額 | 3,100円 |
|---------|--------|

| | |
|---------|---|
| 保険適用外金額 | 円 |
| 消費税(再掲) | 円 |

| | |
|---------|---|
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| 自費計 | 円 |
| 消費税(再掲) | 円 |

| | |
|---------|---|
| 公費一部負担金 | 円 |
|---------|---|

| | |
|-----|---|
| 調整金 | 円 |
|-----|---|

| | |
|---------|--------|
| 今回請求額 | 3,100円 |
| 消費税(再掲) | 0円 |
| 前回請求額 | 0円 |
| 合計請求額 | 3,100円 |
| 今回入金額 | 3,100円 |

※領収書は再発行いたしかねますので、大切に保管して下さい。
※領収印なき領収書は無効です。
※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都文京区本駒込6-1-21

医療法人 オルカクリニック

電話 03-5981-9681

領収印

MEMO

No. 2305

診療費請求書兼領収書

診療日 平成28年 4月20日

発行日 平成28年 4月20日

氏名 事例 三

様

保険種類 地公

患者番号 00003

内科

負担割合 3割

| | 保険適用 | 保険適用外 |
|-----------|------|-------|
| 初・再診料 | 125点 | 円 |
| 医学管理等 | 225点 | 円 |
| 在宅医療 | 点 | 円 |
| 投薬 | 点 | 円 |
| 注射 | 92点 | 円 |
| 処置 | 点 | 円 |
| 手術 | 点 | 円 |
| 麻酔 | 点 | 円 |
| 検査 | 点 | 円 |
| 画像診断 | 点 | 円 |
| リハビリテーション | 点 | 円 |
| 精神科専門療法 | 点 | 円 |
| 放射線治療 | 点 | 円 |
| 病理診断 | 点 | 円 |
| 入院料等 | 点 | 円 |
| | 点 | 円 |
| 合計点数 | 442点 | |

| | |
|---------|--------|
| 保険分負担金額 | 1,330円 |
|---------|--------|

| | |
|---------|---|
| 保険適用外金額 | 円 |
| 消費税(再掲) | 円 |

| | |
|---------|---|
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| 自費計 | 円 |
| 消費税(再掲) | 円 |

| | |
|---------|---|
| 公費一部負担金 | 円 |
|---------|---|

| | |
|-----|---|
| 調整金 | 円 |
|-----|---|

| | |
|---------|--------|
| 今回請求額 | 1,330円 |
| 消費税(再掲) | 0円 |
| 前回請求額 | 0円 |
| 合計請求額 | 1,330円 |
| 今回入金額 | 1,330円 |

※領収書は再発行いたしかねますので、大切に保管して下さい。
※領収印なき領収書は無効です。
※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都文京区本駒込6-1-21

医療法人 オルカクリニック

電話 03-5981-9681

領収印

MEMO

No. 2306

診療費請求書兼領収書

診療日 平成28年 4月21日

発行日 平成28年 4月21日

氏名 事例 三

様

保険種類 地公

患者番号 00003

内科

負担割合 3割

| | 保険適用 | 保険適用外 |
|-----------|------|-------|
| 初・再診料 | 125点 | 円 |
| 医学管理等 | 10点 | 円 |
| 在宅医療 | 点 | 円 |
| 投薬 | 265点 | 円 |
| 注射 | 点 | 円 |
| 処置 | 点 | 円 |
| 手術 | 点 | 円 |
| 麻酔 | 点 | 円 |
| 検査 | 点 | 円 |
| 画像診断 | 点 | 円 |
| リハビリテーション | 点 | 円 |
| 精神科専門療法 | 点 | 円 |
| 放射線治療 | 点 | 円 |
| 病理診断 | 点 | 円 |
| 入院料等 | 点 | 円 |
| | 点 | 円 |
| 合計点数 | 400点 | |

| | |
|---------|--------|
| 保険分負担金額 | 1,200円 |
|---------|--------|

| | |
|---------|---|
| 保険適用外金額 | 円 |
| 消費税(再掲) | 円 |

| | |
|---------|---|
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| | 円 |
| 自費計 | 円 |
| 消費税(再掲) | 円 |

| | |
|---------|---|
| 公費一部負担金 | 円 |
|---------|---|

| | |
|-----|---|
| 調整金 | 円 |
|-----|---|

| | |
|---------|--------|
| 今回請求額 | 1,200円 |
| 消費税(再掲) | 0円 |
| 前回請求額 | 0円 |
| 合計請求額 | 1,200円 |
| 今回入金額 | 1,200円 |

※領収書は再発行いたしかねますので、大切に保管して下さい。

※領収印なき領収書は無効です。

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都文京区本駒込6-1-21

医療法人 オルカクリニック

電話 03-5981-9681

領収印

MEMO

診療日 平成28年 4月19日

内科

発行日 平成28年 4月19日

氏名 事例 三

様

保険種類 地公

患者番号 00003

負担割合 3 割

| 診療区分 | 名 称 | 単 価 | 日・回 | 合 計 | | | |
|---------------|---------------------------------------|------|-------|-------|------|-------|-------|
| 初・再診料 | *再診 | 720 | 1 | 720 | | | |
| | *明細書発行体制等加算 | 10 | 1 | 10 | | | |
| | *外来管理加算 | 520 | 1 | 520 | | | |
| 医学管理等 | *特定疾患療養管理料（診療所） | 2250 | 1 | 2,250 | | | |
| 注 射 | *点滴注射（その他）（入院外） ソリターT3号輸液 200mL 1瓶 | 920 | 1 | 920 | | | |
| | ネオフィリン注250mg 2.5% 10mL 1管 | | | | | | |
| | 水溶性プレドニン20mg 1管 | | | | | | |
| 検 査 | *末梢血液一般 | 210 | 1 | 210 | | | |
| | *T P | 1150 | 1 | 1,150 | | | |
| | A l b | | | | | | |
| | A S T | | | | | | |
| | A L T | | | | | | |
| | B I L / 総 | | | | | | |
| | L D | | | | | | |
| | C K | | | | | | |
| | B U N | | | | | | |
| | ナトリウム及びクロール | | | | | | |
| | カリウム | | | | | | |
| | *C R P | | | | 160 | 1 | 160 |
| | *B - V | | | | 250 | 1 | 250 |
| | *血液学的検査判断料 | | | | 1250 | 1 | 1,250 |
| *生化学的検査（1）判断料 | 1440 | | | | 1 | 1,440 | |
| *免疫学的検査判断料 | 1440 | 1 | 1,440 | | | | |
| 以下余白 | | | | | | | |

※金額欄については10割分の表示をしております。患者一部負担金は保険公費による負担割合分となります。
 なお、端数調整のため、診療費請求書兼領収書の請求金額とは合わない場合があります。

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都文京区本駒込6-1-21

医療法人 オルカクリニック

電話 03-5981-9681

診療日 平成28年 4月21日

内科

発行日 平成28年 4月21日

氏名 事例 三

様

保険種類 地公

患者番号 00003

負担割合 3割

| 診療区分 | 名 称 | 単 価 | 日・回 | 合 計 |
|-------|----------------------------------|-----|-----|-------|
| 初・再診料 | *再診 | 720 | 1 | 720 |
| | *明細書発行体制等加算 | 10 | 1 | 10 |
| | *外来管理加算 | 520 | 1 | 520 |
| 医学管理等 | *薬剤情報提供料 | 100 | 1 | 100 |
| 投 薬 | *テオロン錠 200mg 2錠 アレロック錠 5mg 2錠 | 140 | 14 | 1,960 |
| | *調剤料 (内服薬・浸煎薬・屯服薬) | 90 | 1 | 90 |
| | *処方料 (その他) | 420 | 1 | 420 |
| | *特定疾患処方管理加算 (処方料) | 180 | 1 | 180 |
| | 以下余白 | | | |

※金額欄については10割分の表示をしております。患者一部負担金は保険公費による負担割合分となります。
 なお、端数調整のため、診療費請求書兼領収書の請求金額とは合わない場合があります。

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都文京区本駒込6-1-21

医療法人 オルカクリニック

電話 03-5981-9681