

診 療 録 00010

公費負担者番号				保険者番号				
公費負担医療の受給者番号				被 保 険 者 証 手 帳	記号・番号			
受 診 者	氏名	ジレイ ジュウ 事例 十			有効期限	年 月 日		
	生年月日	昭和 22 年 10 月 12 日生 68 才	男・ <input checked="" type="radio"/>	被保険者氏名	事例 十			
	住 所	電話			資格取得日	年 月 日		
	職 業				被保険者との続柄	事業所	所在地	電話
				名 称				
				保 險 者	所在地	電話		
				名 称				

傷 病 名	職務	開 始	終 了	転 帰 期間満了予定日
(主) 右手犬咬創	上外	28. 4. 25	. .	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
	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	
--------	--

○ 00010

診療報酬明細書(医科入院外)

平成 28 年 4 月分 県番 13 医コ 1 2 - 3 4 5 6 - 7

1 医科

-	-
公負①	公受①
公負②	公受②

保 険	
記号・番号	

氏 名	ジレイ ジュウ 事例 十 2 女 3 昭 2 2 . 1 0 . 1 2 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 6-1-2 1
医療法人 オルカクリニック
03-5981-9681
診療科 () 床

傷病名	(1) 右手犬咬創	診療開始日	(1) 28 年 4 月 2 5 日	転帰		診療実日数	① 1 日 ② 日
-----	-----------	-------	--------------------	----	--	-------	--------------

11	初 診	1 回	282
12	再 診	×	回
再 診	外来管理加算	×	回
	時 間 外	×	回
	休 日	×	回
	深 夜	×	回
13	医学管理		
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	単	
投 薬	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 基	回	
30	31 皮下筋肉内	1 回	77
注 射	32 静脈内	回	
	33 その他	回	
40	処 置	回	
処 置	薬 剤		
50	手術・麻酔	回	
手 術 麻 酔	薬 剤		
60	検査・病理	回	
検 査 病 理	薬 剤		
70	画像診断	回	
画 像 診 断	薬 剤		
80	処方せん	回	
そ の 他	薬 剤		

31 *生物学的製剤注射加算
沈降破傷風トキシイド“化血研” 0.5mL 1 瓶
77 × 1

療 養 給 付	保 險 請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額 円	※高額 円	※公 点	※公 点
①	359					
②						

23221000000000000000000000000000
0000000123456700003590010120000000001280400000000000000000013888817

No. 2328

診療費請求書兼領収書

診療日 平成28年 4月25日

発行日 平成28年 4月25日

氏名 事例 十

様

患者番号 00010

外科

保険種類 自費

負担割合 10割

	保険適用	保険適用外
初・再診料	282点	円
医学管理等	点	円
在宅医療	点	円
投薬	点	円
注射	77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	359点	

保険分負担金額	3,880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	3,880円
消費税(再掲)	287円
前回請求額	0円
合計請求額	3,880円
今回入金額	3,880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

