様式第18号の4（第37条関係）

　　　(医科)　　　　　　　　診療内容証明書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療期間　自　　年　　月　　日　　　　　至　　年　　月　　日 | 保険者名 | 　 | 被保険者氏名 | (　歳) | 男 |
| 女 |
| 傷病名 | 123 | 診療開始日 | 1　年　月　日2　年　月　日3　年　月　日 | 診療実日数 | 日 |
| 診療内容 | 一般 | 摘要 | 審査決定 |
| 一般 |
| 初診 | 時間外夜間 | 　 | 点 | 　 | 　 | 点 |
| 再診 | 　　　　　　　　　　回 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 往診 | 普通・夜間・難路　　Km暴風雨雪同一　　　　回 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 指導 | 　　　　　　　　　　回 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 投薬 | 内服　一剤　　　　日分　　　二剤　　　　日分屯服　　　　　　　　回外用　　　　　　　　回 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 注射 | 皮・筋 | 回回 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 静・その他 | 回回 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 検査 | 　　　　　　　　　　回　　　　　　　　　　回 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ゲンレント | 　　　　　　　　　　回　　　　　　　　　　回 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 処置 | 　　　　　点　　　　回　　　　　点　　　　回 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 手術 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| その他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 入院 | 入院科・入院医学管理科 | 自　　月　日至　　月　日 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 食事療養 | 基準 | 　 | 円 |
| 　　　円×　　　日間 |
| 合計 | 療養の給付 | 　 | 点 | 決定 | 療養の給付 | 　 | 点 |
| 食事療養 | 円 | 食事療養 | 円 |
| (標準負担額) | 円 | 　 |
| 薬剤一部負担金額 | 円 |
| 　上記のとおり証明いたします。　　保険医療機関等の名称　　　　　　年　　月　　日所在地　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印　 |