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 | 1  2  3 | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |