

診療証明書

年 月 分

医科(入院外)

住所	河内長野市	特記事項
氏名	男 / 女	

傷病名	(1)	診療開始日	(1)	年	月	日	転帰	治ゆ	死亡	中止
	(2)		(2)	年	月	日				
	(3)		(3)	年	月	日				

職務上の事由 1. 職務上 2. 下船後3月以内 3. 通勤災害 診療実日数 日

初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
再診	再診	×	回	
	外来管理加算	×	回	
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	
医学管理				
在宅	往診		回	
	夜間		回	
	深夜・救急		回	
	在宅患者訪問診療		回	
投薬	その他		回	
	薬剤		回	
	内服	薬剤	×	単位
	調剤		回	
	外用	薬剤		単位
注射	処方	×	回	
	麻毒		回	
	調基		回	
処置	皮下		回	
	筋肉内		回	
	静脈内		回	
手術麻酔	その他		回	
	薬剤		回	
検査病理	薬剤		回	
	薬剤		回	
画像診断	薬剤		回	
	薬剤		回	
その他	処方せん		回	
	薬剤		回	
合計点数			点	
領収金額		円		

- (注意)
1. 薬名、注射名及び使用量は必ず記載して下さい。
 2. 官公立病院の場合は、病院長名、病院長公印で証明して下さい。
 3. 訂正するときには必ず訂正印を押印して下さい。

上記のとおりであることを証明する。

年 月 日

医師 住所

氏名

