

# 診療証明書

年 月 分

医科 (入院)

住所	河内長野市	特記事項
氏名	男 / 女 生	

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				

区分	精神 結核 療養 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
医学管理				
在宅				
投薬	内服	単位		
	外用	単位		
	調剤	単位		
	麻毒調基	日		
注射	皮下	回		
	筋肉内	回		
	静脈内	回		
処置	その他	回		
	薬剤			
手術麻酔	薬剤	回		
検査病理	薬剤	回		
画像診断	薬剤	回		
その他	薬剤			
入院	入院年月日	年	月	日
	病診	入院基本料・加算	点	
		×	日間	
		×	日間	
		×	日間	
	×	日間		
	×	日間		
	特定入院料・その他			
合計点数				点
領収金額				円

食事・生活	基準	円×	回
	特別	円×	回
環境	食堂	円×	日
	環	円×	日
生活	基準(生)	円×	回
	特別(生)	円×	回

- (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

