

年 月分 公害診療報酬明細書(入院)

--	--	--	--

様式第二号(一)

公害医療手帳の認定番号		横浜-		公害医療機関		所在地						
氏名				所在地 名称 電話番号	名称							
	男				電話番号							
生年月日	大	昭	年	月	日							
疾病名	(1) 公害医療手帳に記載のある認定疾病名すべてを右に記載してください。				診療開始日	(1)	年 月 日	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	日
	(2)					(2)	年 月 日					
	(3)					(3)	年 月 日					
				※入院期間		年 月 日	~	年 月 日				
				※他保険入院の場合は、診療実日数欄の上段には入院日数、下段(日)には認定疾病に係る療養を行った日数を記載。下の数字において、認定疾病に係る療養を行なった日に○をつけてください。 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								
⑪ 初診		時間外・休日・深夜		回	(1点12円)点	(1点10円)点						
⑬ 医学管理												
⑭ 在宅												
⑳ 投薬	㉑ 内服			単位								
	㉒ 屯服			単位								
	㉓ 外用			単位								
	㉔ 調剤			日								
	㉕ 麻毒			日								
㉖ 調基												
㉗ 調基												
㉘ 注射	薬 剤		回									
㉙ 処置	薬 剤		回									
㉚ 麻酔手術	薬 剤		回									
㉛ 病理検査	薬 剤		回									
㉜ 診断画像	フィルム等		回									
㉝ その他	薬 剤		回									
㉞ 入院	入院年月日		年 月 日									
	病 診	㉞ 入院基本料・加算		日間								
			×	日間								
			×	日間								
			×	日間								
公害入院療養指導料		×	日間									
		×	日間									
清浄空気室管理料				日間								
その他												
小 計				①	点	②	点					
㉟ 食事	基準	円	×	回			円					
	特別	円	×	回			円					
	食堂	円	×	日間			円					
小 計				③			円					
合 計		④ 12円×①					円					
		⑤ 10円×②					円					
		⑥ 1.2×③					円					
		⑦ ④+⑤+⑥					円					
						※決定						
						(この欄は、記入しないこと)						

備考:この用紙は、日本産業規格A列4番黒刷りとする。