

領 収 書

領収金額	¥															
患者氏名						傷病名	(1) (2) (3)									
診療期間	自	至	年	月	日	日間	診療実日数				日					
診 療 内 容		明 細					単 価	金 額								
		(使用薬剤の名称・容量・数量等詳しく記入して下さい)														
初診	時間外・休日・深夜 (時刻)	回														
再診	再 診	回														
	内科再診	回														
	時間外 (時刻)	回														
	休日 (時刻)	回														
	深夜 (時刻)	回														
外来管理																
指導																
在宅	往 診	回														
	夜 間	回														
	救急・深夜・暴風雨雪・難路	回														
	その他	回														
投薬	内服	単位														
	薬剤	回														
	調剤	回														
	屯服	単位														
	薬剤	回														
	調剤	回														
薬	外用	単位														
	薬剤	回														
	調剤	回														
	処方	回														
	調剤	回														
	処方	回														
	調基															
注射	皮下筋肉内	回														
	静 脈 内	回														
	そ の 他	回														
処置	薬 剤	回														
		回														
手術・麻酔	薬 剤	回														
		回														
検査	薬 剤	回														
	①尿・血・生I・生II・免・徴・病	回														
画像断											回					
											回					
その他											回					
											回					
入院	病 院	基準看護	給 食	有	自	平成	年	月	日	日間						
		基準給食			自	平成	年	月	日	日間						
	診療所	基準寝具	給 食	無	自	平成	年	月	日	日間						
					自	平成	年	月	日	日間						
上記のとおり領収 (診療) いたしました。																
年 月 日 医師 住 所																
氏 名																
㊞																

注 コルセット、ギブスについては、その装着を治療上必要と認めた医師の証明書及び装着代金の領収書を添付して下さい。