

領 収 (診 療) 明 細 書

患者名					傷病名						
入 院 外					入 院						
初 診	時間外・休日・深夜				円	初 診	時間外・休日・深夜				円
再 診	時 間 内				回	投 薬	内 服				
	時 間 外				回		屯 服				
	休 日 ・ 深 夜				回		外 用				
往 診	普 通 ・ 難 路				回	注 射	皮 下 筋 肉 内				回
	夜 間 ・ 暴 風 雨 雪				回		静 脈 内				回
	風、家 屋				回						回
指 導						処 置 及 び 手 術					回
投 薬	内 服										回
	屯 服										回
	外 用					材 料				回	
	調 剤					麻 酔 薬 剤				回	
注 射	皮 下 筋 肉 内				回	検 査					
	静 脈 内				回						回
検 査						レントゲン					回
	透 視				回		透 視				回
	造 影 剤				回		造 影 剤				回
処 置 及 び 手 術					回	入院					
					回		1 月 未 満				日 間 (日 ~ 日)
	材 料				回		1 月 ~ 3 月 未 満				日 間 (日 ~ 日)
そ の 他	麻 酔				回	3 月 以 上				日 間 (日 ~ 日)	
	薬 剤				回	給 食 の 有 ・ 無					
合 計					円	合 計					円
<p>上記のとおり領収(診療)いたしました。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医師の 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>											