

公害診療報酬明細書(入院外)

年 月 分

公害医療手帳の記号番号 荒川-

氏名 1男 2女 大正・昭和 年 月 日生

公害認定番号を記載ください

医療機関名・所在地を記入ください
スタンプ印可

疾病名	(1) 慢性気管支炎	口 気管支ぜん息	診療開始日	(1) 年 月 日	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	日
	(2) ハゼン息性気管支炎	ニ 肺気しゅ		(2) 年 月 日					
	(3)			(3) 年 月 日					

認定疾病に○をしてください

		(1点15円)点	(1点10円)点	
①	初診			
⑫	再診			
再診	外来管理加算			
	時間外			
	休日			
⑬	公害相談			
医学管理	公害外来療養指導			
	その他			
在宅	⑭ 往診			
	夜間			
	深夜・緊急			
	在宅患者訪問診療			
	その他			
投薬	⑮ 内服			
	⑯ 外用			
	⑰ 処方			
	⑱ 麻毒			
	⑲ 調基			
	注射	⑳ 皮下筋肉内		
		㉑ 静脈内		
㉒ その他				
㉓ 薬剤				
⑳	処置			
㉔	手帳調剤			
㉕	検査			
㉖	画像診断			
㉗	その他			
小計		① 点	② 点	
合計	③ 15円×①		円	
	④ 10円×②		円	
	⑤ ③+④		円	
※ 決定			円	

それぞれの診療開始日を記載して下さい

当該診療報酬請求に係る診療の対象とした認定疾病の続発症名をすべて記載してください。

⑫ 診察(再診)料の加算を記載してください
(地域医療加算、明細書発行加算等)

⑬ 公害相談料 28点
月2回まで算定可 (再診時算定可)

公害外来療養指導料 510点
月1回 算定可
特定疾患療養管理料との併算定は不可
(初受診より一を超より算定可)

公害医療における在宅訪問診療行為(在宅医療)には、等級資格が特級・1級該当患者等、条件があります。
在宅医療の請求をされる前に、公害保健係まで、該当・可否のご確認をお願いいたします。

受診日に○をしてください

注意:※印の欄は記入しないこと

診療日 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