

公害診療報酬明細書(入院)				年	月	分						
公害医療手帳の記号番号 荒川一												
氏名	公害認定番号を記入ください			医療機関名								
認定疾病に○をしてください				生	所在地及び名称							
疾病名	(1) イ	慢性気管支炎	ロ	気管支ぜん息	(1)	年	月	日	診療開始日	診療実日数	日	
	(2)	ハ	ぜん息性気管支炎	ニ	肺気しゅ	(2)	年	月				日
	(3)				(3)	年	月	日				
				(1点12円)点	(1点10円)点							
⑪	初診	時間外・休	回	それぞれの診療開始日を記載して下さい								
⑬	医学管理											
⑭	在宅											
投薬	⑳	㉑	内服	単位	当該診療報酬請求に係る診療の対象とした認定疾病の統発症名をすべて記載すること。							
		㉒	屯服									
		㉓	外用									
		㉔	調剤	日								
		㉕	麻毒	日								
		㉖	調基									
		㉗	調基									
⑳	注射	薬	剤	回								
㉑	処置	薬	剤	回								
㉒	手術	薬	剤	回								
㉓	検査	薬	剤	回								
㉔	画像	フィルム等			回							
㉕	その他	薬 剤			回							
入院年月日				年	月	日						
入院	病診	⑨	入院基本料・加算									
			×	日間								
			×	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				日間								
小計				①	点	②	点					
食事	㉖	基準	円 ×	回								
		特別	円 ×	回								
		食堂	円 ×	日間								
	小計				③							
合計				④	12円 × ①							
				⑤	10円 × ②							
				⑥	1.2 × ③							
				⑦	④+⑤+⑥							
※ 決定												

当該診療報酬請求に係る診療の対象とした認定疾病の統発症名をすべて記載すること。

それぞれの診療開始日を記載して下さい

他疾病を主として入院している場合には、認定疾病に係る療養を行った日数(診察、調剤、医学的処置等を行った日数)を数え付記すること。

入院していた日に○印をしてください
他疾患を主として入院している場合の診療実日数は、認定疾患に係る療養を行った日数で()で記入してください。

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