様式第四号

公害調剤報酬明細書

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

公害医療機関の
所在地及び名称

病院又は診療所の所在地及び名称		処方せんを交付した医師の氏名	1	6	処方せん受付回数
			2	7	
			3	8	
			4	9	
			5	10	回

医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料
	・	・		点		点	点	点
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
摘要					小計	④　点	⑤　点	⑥　点

①調剤基本料　点	②時間外等加算　点	③薬学管理料　点	合計	⑦　①＋②＋③＋④＋⑥　点	⑨　⑤×10円
				⑧　⑦×15円　円	円
※決定				⑩　⑧＋⑨　円	

注意　※印の欄は、記入しないこと。