

<b>*13 医師の証明</b>		(職員氏名)									
診療時の症状											
診療期間		年	月	日から	年	月	日まで	日間	診療実日数	日	
診療費の内訳								金額 (円)			
初診											
再診											
在宅											
投薬	内服										
	屯服										
	外用										
	調剤										
	処方										
注射	麻毒										
	調基										
	皮下筋肉内										
処置	静脈内										
	その他										
手術・麻酔											
検査											
画像診断											
その他											
入院	入院期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間			
	病・診・衣	入院基本料・加算									
	特定入院料・その他										
	食事	基準									
診療費の合計額										円	
<p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>診療機関の</p> <p>             { 名称              所在地              医師の氏名         </p>											