

*13 医師の証明			(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										
	麻 毒										
調 基											
注射	皮下筋肉内										
	静 脈 内										
	そ の 他										
処 置											
手 術 ・ 麻 醉											
検 查											
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	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。											
年 月 日				診療機関の							名 称
											所 在 地
											医師の氏名