

*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				
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					
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