

*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 屯 外 調 処 麻 調	服 用 剤 方 毒 基	
注射	皮 下 静 そ	筋 肉 内 他	
処置			
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			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 { 所在地 名称 医師の氏名			