

*13 医師の証明		(職員氏名) 東京 一郎	
診療時の症状		歩行障害あり	
診療期間		令和5年 1月 1日から 令和5年 1月 31日まで 31日間 診療実日数 1日	
診療費の内訳			金額(円)
初診			
再診		1,400	
在宅			
投薬	内服	○○○錠 100mg 3T 21×28 △△△状 2T 10×28	10,416
	屯服		
	外用		
	調剤		
	処方		
注射	皮下筋肉内		
	静脈内		
	その他		
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	
診療費の合計額			11,816 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>令和5年 2月 1日</p> <p>診療機関の { 名称 関東病院 所在地 東京都○○区○○1-2-3 医師の氏名 関東 太郎</p> <p>(自署又は押印)</p>			