

<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		
	麻毒		
	調基		
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			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> <span style="font-size: 2em;">{</span> <span style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 0.5em;">           名称            所在地            医師の氏名         </span> </p> <p style="text-align: right;">(自署又は押印)</p>			