

年 月 分 公害診療報酬請求書（病院・診療所用）

区分	入院		入院外	
	件数	金額	件数	金額
請求額				
※決定額				

上記のとおり請求する。

年 月 日

医療機関コード

所在地

公害医療機関

名称

(電話)

開設者の氏名又は名称

印

(宛先) 大田区長

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

----- 切り取らないでください。-----

審 査 録

審査月・収受番号

審査委員

意見

公害診療報酬明細書（入院）

年 月 分

公害医療手帳の記号番号 大田(11)一	
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 年生

公害医療機関の
所在地及び名称

疾病名	(1) イ 慢性気管支炎 ハ ぜん息性気管支炎 (2) (3)	口 気管支ぜん息 ニ 肺気しゅ	診療開始日	(1) (2) (3)	転帰	治癒	死亡	中止	診療実日数	日
11	初診	時間外・休日・深夜	回							
13	医学管理									
14	在宅									
20 投 薬	21	内服	単位							
	22	屯服	単位							
	23	外用	単位							
	24	調剤	日							
	26	麻毒	日							
27	調基									
30	注射	薬剤	回							
40	処置	薬剤	回							
50	手術	薬剤	回							
60	病理	薬剤	回							
70	画像	フィルム等	回							
80	その他	薬剤	回							
90 入 院	入院年月日									
	病診	90 入院基本料・加算								
		× 日間								
		× 日間								
		× 日間								
公害入院療養指導料		× 日間								
		× 日間								
清浄空気室管理料		日間								
その他										
小計				① 点	② 点					
97 食 事	基準	円× 回								
	特別	円× 回								
	食堂	円× 日間								
小計				③						
合計		④ 12円×①								
		⑤ 10円×②								
		⑥ 1.2 ×③								
		⑦ ④+⑤+⑥								
※ 決定										

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

公害診療報酬明細書（入院外）

年 月 分

公害医療手帳の記号番号 大田(11)一	
氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 年生

公害医療機関の
所在地及び名称

疾病名	(1) イ 慢性気管支炎 ハ ぜん息性気管支炎 (2) (3)	□ 気管支ぜん息 ニ 肺気しゅ	診療開始日	(1) (2) (3)	転帰	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	日
11	初診	時間外・休日・深夜	回							
12	再診	×	回							
	外来管理加算	×	回							
	再時間外	×	回							
	再休日	×	回							
	再深夜	×	回							
13	公害相談		回							
	医学管理 公害外来療養指導 その他		回							
14	往診		回							
	夜間		回							
	深夜・緊急		回							
	在宅患者訪問診療 その他 薬剤		回							
20	21 内服薬剤		単位							
	調剤	×	回							
	22 屯服		単位							
	23 外用薬剤		単位							
	調剤	×	回							
	25 処方	×	回							
	26 麻毒 27 調基		回							
30	31 皮下筋肉内		回							
	32 静脈内		回							
	33 その他		回							
	34 薬剤		回							
40	処置	薬剤	回							
50	手術 麻酔	薬剤	回							
60	病理 検査	薬剤	回							
70	画像 診断	フィルム等	回							
80	その他	処方せん	回							
	薬剤		回							
小計				① 点	② 点					
合計	③ 15円×①									円
	④ 10円×②									円
	⑤ ③+④									円
※ 決定										円

診療日を○で囲むようお願いします。

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

注意 ※印の欄は、記入しないこと。