

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

様式第二号（一）

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	□ 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	
	(2) (3)										
		(1点12円)点	(1点10円)点								
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								
		×	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								円	
	特別	円× 回								円	
食堂		円× 日間								円	
小 計				③						円	
合 計			④ 12円×①							円	
			⑤ 10円×②							円	
			⑥ 1.2 ×③							円	
			⑦ ④+⑤+⑥							円	
※ 決 定										円	

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

様式第二号（二）

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	口 気管支ぜん息 ニ 肺気しゅ	診療開始日	(1)	転帰	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	日
	(2)	(2)								
	(3)	(3)								

		(1点15円)点	(1点10円)点
11	初診 時間外・休日・深夜	回	
12 再診	再診	× 回	
	外来管理加算	× 回	
	時間外	× 回	
	休日	× 回	
	深夜	× 回	
13 医学管理	公害相談	回	
	公害外来療養指導 その他	回	
14 在宅	往診	回	
	夜間	回	
	深夜・緊急	回	
	在宅患者訪問診療	回	
	その他	回	
20 投薬	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	回	
27 調基	回		
30 注射	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。