

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 荒川 ー					
氏	公害認定番号を記入ください			医療機関名	
認定疾病に○をしてください	日生	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)	ロ 気管支ぜん息 ニ 肺気しゅ	診療開始 (1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	転 帰	治癒 死亡 中止 診療実日 日
		(1点12円) 点 (1点10円)	それぞれの診療開始日を記載して下さい		
⑪ 初 診	時間外・休日				
⑬ 医学管理	当該診療報酬請求に係る診療の対象とした認定疾病の続発症名をすべて記載すること。				
⑭ 在 宅					
投 薬	⑳ ㉑ 内服	単位			
	㉒ 屯服	単位			
	㉓ 外用	単位			
	㉔ 調剤	日			
	㉕ 麻毒	日			
	㉖ 調基				
③① 注射	薬 剤	回			
④① 処置	薬 剤	回			
⑤① 手術 麻酔	薬 剤	回			
⑥① 検査	薬 剤	回			
⑦① 画像 診断	フィルム等	回			
⑧① その他	薬 剤				
入 院	⑨① 入院年 日 年 月 日	入院基本料・加算			
	病 診	×	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	日間				
そ の 他	日間				
小 計		① 点 ② 点			
食 事	⑧⑦ 基準 特別 食堂	円 × 回 円 × 回 円 × 日間			円 円 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	

他疾病を主として入院している場合には、認定疾病に係る療養を行った日数(診察、調剤、医学的処置等を行った日数)を数え付記すること。

公害医療における在宅訪問診療行為(在宅医療)には、等級資格が特級・1級該当患者等、条件がございます。
在宅医療の請求をされる以前に、公害保健係まで、該当・可否のご確認をお願いいたします。

入院していた日に○印をしてください
他疾患を主として入院している場合の診療実日数は、認定疾患に係る療養を行った日数で○で記入してください。

注意 ※印の欄は記入しないこと。

診療日 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