

公害診療報酬明細書(入院外)

令和 年 月 分

記入例

公害医療手帳の記号番号 神戸ー

氏名

1男 2女 1明 2大 3昭 年生

記載漏れの無いよう注意すること

公害医療機関の所在地及び名称

貴医療機関の所在地・名称を各レセプトごとに記載すること

|          |                                            |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|----------|--------------------------------------------|------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----|----|-------|---|--------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 疾病名      | (1) イ 慢性気管支炎 ロ 気管支ぜん息<br>ハ ぜん息性気管支炎 ニ 肺気しゅ | 診療開始日      | (1) 年 月 日<br>(2) 年 月 日<br>(3) 年 月 日 | 転                                                                                                                                                                                             | 治ゆ                     | 死亡 | 中止 | 診療実日数 | 日 |                          |  |  |  |  |  |  |
|          |                                            | (1点15円)点   | (1点10円)点                            |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
| ⑪        | 初診 時間外・休日・深夜 回                             |            |                                     | 公害医療手帳に記載されている認定疾病に○をつけること                                                                                                                                                                    |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
| ⑫再診      | 再診 × 回                                     |            |                                     | 特に重要なため記載漏れの無いように注意すること                                                                                                                                                                       |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | 外来管理加算 × 回                                 |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | 時間外 × 回                                    |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | 休日 × 回                                     |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | 深夜 × 回                                     |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
| ⑬管医理学    | 公害相談 月2回まで 回                               |            |                                     | *施設入所中に公害診療を行った場合、摘要欄に以下事項を必ず記入してください<br>(①施設入所中であること<br>②入所施設と医療機関の関係性)<br>例1)介護老人保健施設の場合<br>①介護老人保健施設へ入所中<br>②施設併設医療機関に該当(もしくは非該当)<br>例2)特別養護老人ホームの場合<br>①特別養護老人ホームへ入所中<br>②配置医に該当(もしくは非該当) |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | 公害外来療養指導 月1回のみ 回                           |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | 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                                      |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
| ⑮薬剤      | 薬剤 単位 回                                    |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   | 各注射における薬剤のみの点数の合計を記入すること |  |  |  |  |  |  |
|          | ②① 頓服 薬剤 × 回                               |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | ②③ 外用 薬剤 単位 回                              |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | ②⑤ 処方 × 回                                  |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | ②⑥ 麻毒 回                                    |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | ②⑦ 調基 回                                    |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | ③①注射                                       | ③① 皮下筋肉内 回 | 手技料のみ                               |                                                                                                                                                                                               | 撮影料・診断料は(71)フィルム等は(72) |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
| ③② 静脈内 回 |                                            |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
| ③③ その他 回 |                                            |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
| ③④ 薬剤 回  |                                            |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
| ④①処置     | ④① 回                                       |            |                                     | 合計額はここに記入すること                                                                                                                                                                                 |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | ④② 薬剤 回                                    |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
| ⑤①手麻酔    | ⑤① 回                                       |            |                                     | ここには何も記入しないこと                                                                                                                                                                                 |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | ⑤② 薬剤 回                                    |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
| ⑥①検病     | ⑥① 回                                       |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | ⑥② 薬剤 回                                    |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
| ⑦①画診     | ⑦① 回                                       |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | ⑦② フィルム等 回                                 |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
| ⑧①その他    | ⑧① 処方せん 回                                  |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | ⑧② 回                                       |            |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |
|          | ⑧③ 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          |                                     |                                                                                                                                                                                               |                        |    |    |       |   |                          |  |  |  |  |  |  |

様式第二号(二)

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

公害診療報酬明細書(入院)

令和      年      月分

公害医療手帳の記号番号    神戸ー

氏名

1男 2女      1明 2大 3昭      年生

公害医療機関の所在地及び名称

入院外に同じ

|          |                            |                    |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|----------|----------------------------|--------------------|-------------|--------------------------|---|----|----|----|-------|--|---|
| 疾病名      | (1) イ 慢性気管支炎<br>ハ ぜん息性気管支炎 | ロ 気管支ぜん息<br>ニ 肺気しゅ | 診療開始日       | (1)      年      月      日 | 転 | 治ゆ | 死亡 | 中止 | 診療実日数 |  | 日 |
|          | (2)                        |                    |             | (2)      年      月      日 |   |    |    |    |       |  |   |
|          | (3)                        |                    |             | (3)      年      月      日 | 帰 |    |    |    |       |  |   |
|          |                            |                    | (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 頓服                       | 単位                 |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|          | ㉓ 外用                       | 単位                 |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|          | ㉔ 調剤                       | 日                  |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|          | ㉖ 麻毒                       | 日                  |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|          | ㉗ 調基                       |                    |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
| ㉓ 注射     | ㉓1                         | 回                  |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|          | ㉓2 薬剤                      |                    |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
| ㉔ 処置     | ㉔1                         | 回                  |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|          | ㉔2 薬剤                      |                    |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
| ㉕ 手麻術酔   | ㉕1                         | 回                  |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|          | ㉕2 薬剤                      |                    |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
| ㉖ 検査     | ㉖1                         | 回                  |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|          | ㉖2 薬剤                      |                    |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
| ㉗ 画診像断   | ㉗1                         | 回                  |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|          | ㉗2 フィルム等                   |                    |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
| ㉘ その他の   | ㉘1                         |                    |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|          | ㉘2 薬剤                      |                    |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
| ㉙ 入院     | 入院年月日      年      月      日 |                    |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|          | 病                          | 診                  | ㉙0 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          |                          |   |    |    |    |       |  |   |
| その他の     |                            |                    |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
| 小 計      |                            |                    | ① 点         | ② 点                      |   |    |    |    |       |  |   |
| ㉚ 食事     | 基準                         | ①      円×      回   |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|          | 特別                         | ②      円×      回   |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|          | 食堂                         | ③      円×      日間  |             |                          |   |    |    |    |       |  |   |
|          | 小 計                        |                    | ③           | 円                        |   |    |    |    |       |  |   |
| 合 計      |                            |                    | ④ 12円×①     | 円                        |   |    |    |    |       |  |   |
|          |                            |                    | ⑤ 10円×②     | 円                        |   |    |    |    |       |  |   |
|          |                            |                    | ⑥ 1.2円×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は、認定疾病に係る療養を行った日数を数え付記すること

※他疾病を主として入院している場合、他保険を使用していることがわかるよう付記すること  
例)「他保険で入院中」

他保入院の場合は算定できない

食事の小計に1.2倍した数字を記入

合計は1円単位まで記入すること  
(10円未満を四捨五入しないこと)

ここには記入しないこと

注意 ※印の欄は、記入しないこと。