＊13　医師の証明		（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

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。

年　月　日

診療機関の
- 名称
- 所在地
- 医師の氏名