

年 月 診療分											
氏名					男女	年 月 日生					
傷病名	(1) (2) (3)				診療期間	自 至	年 年	月 月	日 日		
診察の内容					診療実日数		転 帰				
					日	治癒	死亡	繰越	転医	中止	
初診				円			本人負担分 薬剤費 円			点	
再診										点	
往診										点	
投薬	内服 一剤	×								点	
	二剤	×								点	
注射	頓服	×								点	
	外用	×								点	
検査	皮下筋肉	×								点	
	静脈	×								点	
処置及び手術										点	
その他							点				
入院	自	年	月	日	（賄）有				点		
	至	年	月	日	無				点		
合 計				円			点				
本人から領収した金額					円	審査決定		点			
<p>上記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">（診療機関所在地）</p> <p style="text-align: center;">（診療機関名） ㊞</p> <p style="text-align: left;">豊岡市長 様</p>											