障害者総合支援法　医師意見書作成料内訳書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 受給者番号  (申請者番号) | ※ | | | |
| (フリガナ)  氏名 |  | | | |
|  | | | |
| 生年月日 | 1.明治 2.大正  3.昭和 4.平成 | 年 　 月 　日 | 性別 | 1.男 2.女 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求医療機関 | 事業所  名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |  |
| 電話番号 | | | | | | | | | |

※欄はご記入不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※作成  依頼日 | 令和 | 年 |  | 月 |  | 日 | 依頼  番号 | ※ | | | | | | 区確認欄 | ※ |
| 意見書  作成日 | 令和 | 年 |  | 月 |  | 日 | 意見書  送付日 | 令和 | 年 |  | 月 |  | 日 |  |

**・該当欄に〇をご記入ください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 在宅 | | 施設入所 | |
| 新規 |  | ５，０００円 |  | ４，０００円 |
| 継続（更新） |  | ４，０００円 |  | ３，０００円 |

**・請求金額をご記入ください。なお消費税の端数（小数点以下）は切り捨てで計算してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内訳 | | | 単価（円） | 請求金額（円） | | | | | 摘要 |
| **医師意見書作成料** | | | |  |  |  |  |  |  |
| 診察  ・検査費用 | 初診料 | | ２，９１０ |  |  |  |  |  |  |
| 検査 | 血液採取（静脈） | ４００ |  |  |  |  |  |  |
| 末梢血液一般検査 | ２１０ |  |  |  |  |  |  |
| 血液学的検査判断料 | １，２５０ |  |  |  |  |  |  |
| 血液化学検査（１０項目以上） | １，０３０ |  |  |  |  |  |  |
| 生化学的検査（Ⅰ）判断料 | １，４４０ |  |  |  |  |  |  |
| 尿中一般物質定性半定量検査 | ２６０ |  |  |  |  |  |  |
| 胸部単純エックス線撮影（アナログ撮影の場合） | ６００ |  |  |  |  |  |  |
| 胸部単純エックス線撮影（デジタル撮影の場合） | ６８０ |  |  |  |  |  |  |
| 写真診断（胸部） | ８５０ |  |  |  |  |  |  |
| フィルム（大角） | １１５ |  |  |  |  |  |  |
| **消費税** | | | |  |  |  |  |  |  |
| **合計** | | | |  |  |  |  |  |  |