様式第二号（一）

公害診療報酬明細書（入院）　　平成　　年　　月分

公害医療手帳の記号番号	
氏名	1男　2女　　1明　2大　3昭　4平　　年生

公害医療機関の所在地及び名称

疾病名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1)　年　月　日 (2)　年　月　日 (3)　年　月　日	転帰	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	日

		（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			
㉑投薬	㉑内服　単位		
	㉒屯服　単位		
	㉓外用　単位		
	㉔調剤　日		
	㉕麻毒　日		
	㉗調基		
㉛注射	回		
	薬剤		
㊵処置	回		
	薬剤		
㊿手術 麻酔	回		
	薬剤		
60病理 検査	回		
	薬剤		
70画像 診断	回		
	フィルム等		
80その他			
	薬剤		
90入院	入院年月日　年　月　日		
	病　診　90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		
小計		①　点	②　点
57食事	基準　円×　回		円
	特別　円×　回		円
	食堂　円×　日間		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

注意　※印の欄は、記入しないこと。

備考　1．この用紙は、日本工業規格A列4番黒刷りとすること。

2．第一種地域に係る被認定者の場合は、疾病名の欄の「(1)」を「(1)　イ　慢性気管支炎　ロ　気管支ぜん息　ハ　ぜん息性気管支炎　ニ　肺気しゅ」とすること。