

診療報酬明細書
(医科入院外)

都道府 医療機関コード
県番号

令和 2 年 8 月分 13 14

1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単 2 2 3 3	2 本 4 4 6 6	8 高外 0 高外	10 9 8 7 ()
---------------	--------------	-------------------	-------------------	--------------	-----------------

公費負担者番号①	2 8 1 4 1 5 0 5	公費負担者番号②	9 9 9 9 9 9 6
公費負担者番号①		公費負担者番号②	
公費負担者番号②		公費負担者番号②	

保険者番号 0 6 1 4

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号 (枝番)

氏名 保険医 太郎

性別 1男 2女 1明 2大 3昭 1平 5令 50・1・15 生

職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

特記事項

保険医療機関の所在地及び名称 () (床)

傷病名	(1) COVID-19の疑い (2) 急性上気道炎 (3)	診療開始日	(1) 2年8月31日 (2) 2年8月31日 (3) 年 月 日	転治ゆ	死亡	中止	診療日数	1日
-----	--------------------------------------	-------	---	-----	----	----	------	----

⑪ 初診	時間外・休日・深夜	1回	288点	公費点数
⑫ 再診		×	回	
⑬ 再診	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	
⑭ 在宅	医学管理		300	
	往診		回	
	夜間		回	
	深夜・緊急		回	
	在宅患者訪問診療		回	
	その他			
	薬剤			
⑯ 投薬	⑲ 内服薬	調剤	×	単位
	⑳ 外用薬	調剤	×	単位
	㉑ 処方		×	回
	㉒ 麻毒			回
	㉓ 調基			
⑰ 注射	㉔ 皮下筋肉内			回
	㉕ 静脈内			回
	㉖ その他			回
⑱ 処置	薬剤			回
㉗ 手術	薬剤			回
㉘ 検査	薬剤		2回	1950
				1950
㉙ 画像	薬剤			回
㉚ その他	処方箋		1回	68
	薬剤			

13	院内トリアージ実施料	300×1
60	SARS-CoV-2核酸検出	1800×1
	微生物学的検査判断料	150×1
80	処方箋料(その他)	68×1

38.0度の高熱が続いており、COVID-19が疑われたため検査を実施した。
検査会社：株式会社〇〇

(解説)
・初診の患者、38.0度の発熱で受診。発熱が続いており、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)を疑い院内でPCR検査のための検体(唾液)を採取。その後検査会社に委託した。
・新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引きに基づき院内感染対策等を実施したため、院内トリアージ実施料を算定。
・検査結果は後日でないと判明しないが、発熱が続いているため、解熱鎮痛剤等を処方せんにより投薬した。
・行政検査の契約をしている医療機関のため、公費を適用。公費は、検査の判断料と実施料のみ適用となる。
・当該検査を実施した場合、「検査を必要とした医学的根拠」を摘要欄に記載する。
・検査会社に検体を輸送し検査を委託した場合、検査を実施した施設名を記載する。
・「公費負担者番号①」は横浜市の医療機関の番号であり、県内の番号は以下の通り。なお、「公費負担医療の受給者番号」は、共通して「9999996」を入力する。
横浜市 28141505
川崎市 28142503
横須賀市 28143501
相模原市 28144509
藤沢市 28145506
茅ヶ崎市 28146504
上記以外 28140507

請求点	2606	決定点		一部負担金額	円
公費①	1950	減額免除・支払猶予		0	円
公費②		高額療養費	円	公費負担点数	点
		公費負担点数	点	公費負担点数	点

様式第二(二二) (第二条関係)

※印欄は記入しないで下さい。令和2年4月改正