様式第四号

公害調剤報酬明細書　　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

病院又は診療所の所在地及び名称		処方せんを交付した医師の氏名	1.　　6. 2.　　7. 3.　　8. 4.　　9. 5.　　10.	処方せん受付回数 回

医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料
	・	・		点		点	点	点
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
摘要					小計	・　点	・　点	・　点

・調剤基本料 点	・時間外等加算 点	・薬学管理料 点	合計	・　・＋・＋・＋・＋・ 点	・　・×10円 円
				・　・×15円　　円	

※決定	円	合計	・　・＋・　　円

注意　※印の欄は、記入しないこと。

備考　この用紙は、日本工業規格Ａ列４番黒刷りとすること。