

診 断 書

カルテ番号			
傷病者	住所 福岡県糟屋郡篠栗町尾仲		
	氏名	男(女) 大・昭・令 8年12月11日生	
傷病名	治療開始日	治ゆまたは治ゆ見込み日(注1)	
対1 うつ状態	R6年7月5日	R7年3月10日	治ゆ見込 <input checked="" type="checkbox"/>
対2 社交不安障害	R6年7月5日	R7年3月10日	治ゆ見込 <input checked="" type="checkbox"/>
	年 月 日	年 月 日	治ゆ見込 <input type="checkbox"/>
	年 月 日	年 月 日	治ゆ見込 <input type="checkbox"/>
	年 月 日	年 月 日	治ゆ見込 <input type="checkbox"/>
病状の経過・治療の内容および今後の見通し (受傷日 年 月 日) (手術のある場合は実施日をご記入ください) 相談・会議などにて緊張症があり当院へR6.7/5より 対1.2の悩みにて薬物療法を開始す。 R6.9月以降一過性にうつ状態を呈しR6.11/11 以降その後改善し R7.3/10に治療を終了となった			
主たる検査所見 SPS.(抑うつ状態)の傾向を 同時におさす			
初診時の意識障害	なし・あり(程度)	継続期間	日 時間
既往症および既存障害	なし・あり(注2)		
後遺障害の有無について	なし・あり・未定		
入院治療	日間 自 年 月 日・至 年 月 日	(診断日)	R7年3月10日
通院治療	日間(内実日数 11日) 自 R6年7月5日・至 R7年3月10日	治 続 継 続 転 医 中 止 死 亡	
ギブス固定期間	固定 除去 自 年 月 日・至 年 月 日()	固定具の種類	
付添看護を要した期間	日間 自 年 月 日・至 年 月 日	理由	

(注1) 既に治ゆした傷病については治ゆ日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。
 (注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合は()内に記載してください。また既存障害がある場合も記載してください。

(裏面も記入願います)

上記の通り診断いたします。
 (作成日)
 R7年5月14日

所在地 福岡市中央区天神1-2-12-4F
 TEL 092-738-8733
 電話番号 ウェルライフアイさくらクリニック
 医師氏名 医師 木村 昌幹



J902 令和 年 月分 自動車損害賠償責任保険・共済 診療報酬明細書 (入院外)

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、この用紙を使用し診療内容を詳細にご記入願います。

保険者名 全国健康保険協会 福岡支部		※診療の種類	健保関係	労災	自由診療	その他	※傷病起因	業務上	通勤路上	その他	
氏名	大・昭・平・令 ※ 男(女)	年生才	受傷日	年 月 日			診療実日数				
傷病名	うつ状態 社交不安障害		初診日	2024年7月5日			6日				
診療期間			診療期間	自2024年7月5日 至2025年3月10日			※転帰				
診療内容	点数	金額	摘要								
10 診察	11 初診 時間外・休日・深夜・乳幼児※ 再診 76 × 5 回	点	円	明細書発行体制等加算 1 × 6							
	12 外来管理加算 78 × 1 回			医療情報取得加算 4 1 × 1							
	再診 時間外 50 × 2 回			医療情報取得加算 3 2 × 11							
	診 休日 × 回			通院精神療法 (30分未満) 315 × 6							
	診 深夜 × 回			試(反身) 50 × 2							
	13 指導			升米 - 右足ハズレワ評価料(1) 2 × 6							
	その他			処方箋料 60 × 6							
	小計			一般処方箋加算 8 × 5							
20 投薬	21 内服 薬剤 単位 回										
	調剤 × 回										
	22 屯服 薬剤 単位 回										
	23 外用 薬剤 単位 回										
	調剤 × 回										
	25 処方 × 回										
	26 麻毒 回										
	27 調基 回										
	小計										
30 注射	31 皮下筋肉内 回										
	32 静脈内 回										
	33 その他 回										
	小計										
40 処方	薬剤等 回										
	小計										
50 手術	手麻薬剤等 回										
	小計										
60 検査	薬剤等 回										
	小計										
70 画像	フィルム・薬剤等 回			社会保険への請求額 20030 円							
	小計			患者負担割合 (30%) 8570 円							
				小計 円							
80 その他	処方せん 6 回			診断書料 2 通 2800 円							
	薬剤等 小計			明細書料 通 円							
				その他 円							
				小計 円							
合計	(1点単価 円)			総請求額 37400 円							
通院日に	8月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計			1 日							
〇をつけて	9月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計			1 日							
ください。	10月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計			2 日							

上記金額を 17370 を
 (に請求・か収受領) 済であることを証明いたします。
 (請求または受領のいずれかを抹消し消印してください。)
 2025年 5月 16日

所在地 福岡市中央区天神1-2-12
 名称 メットライフ天神ビル4F
 電話 (医) ウェルライフアイさくらクリニック
 医師名 院長 木村昌幹
 TEL 092-738-8733
 S2435844084016010000005703-S0059RRU30

受付印

受付印

※欄は該当する事項を○で囲んでください。

署名もしくは記名押印をお願いします。



J902 令和 年 月分 自動車損害賠償責任保険・共済 診療報酬明細書 (入院外)

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、この用紙を使用し診療内容を詳細にご記入願います。

保険者名										※診療の 種類	健保 関係	労 災	自由 診療	その 他	※傷病 起因	業務 上	通勤 途上	その 他	
氏名	大・昭・平・令 ※ 男・女 年生 才									受傷日	年 月 日			診療実日数					
傷病名										初診日	年 月 日			日					
診療内容										診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日			※ 転 帰 治 継 転 中 死 ゆ 続 医 止 亡					
診 療 内 容										点 数	金 額		摘 要						
10 診 察	11初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※		点	円														
	再診	×	回																
	12 外来管理加算	×	回																
	再診	時間外	×	回															
	診	休日	×	回															
	察	深夜	×	回															
13指導																			
その他																			
小計																			
20 投 薬	21内服	薬剤	単位																
		調剤	×	回															
	22屯服	薬剤	単位																
	23外用	薬剤	単位																
		調剤	×	回															
	25処方		×	回															
	26麻毒			回															
27調基			回																
小計																			
30 注 射	31皮下筋肉内		回																
	32静脈内		回																
	33その他		回																
小計																			
40 短 ハ ビ リ	薬剤等			回															
小計																			
50 手 麻 術 酔	薬剤等			回															
小計																			
60 検 査	薬剤等			回															
小計																			
70 画 診 像 断	フィルム・薬剤等			回															
小計																			
80 そ の 他	処方せん 薬剤等			回															
小計																			
合 計 (1点単価 円)																			
社会保険への請求額												円							
患者負担										負担割合 (%)		円							
小 計												円							
診断書料												円							
明細書料												円							
その他												円							
小 計												円							
総 請 求 額												円							

上記金額を (に請求・から受領) 済であることを証明いたします。
(請求または受領のいずれかを抹消し消印してください。)
年 月 日

所在地
名称
電話
医師名

(床)

受付印	受付印
-----	-----

※欄は該当する事項を○で囲んでください。

署名もしくは記名押印をお願いします。

