様式第四号

公害調剤報酬明細書

令和　　年　　月分

公害医療手帳の記号番号　神戸－	
氏名	
	1男　2女　　1明　2大　3昭　　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		受付回数 回

医師番号	処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	処方 単位薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料	調剤報酬点数 薬剤料	調剤報酬点数 加算料
	・	・		点		点	点	点
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
	・	・						
摘要					小計	④　点	⑤　点	⑥　点

①調剤基本料　点	②時間外等加算　点	③薬学管理料　点	合計	⑦ ①＋②＋③＋④＋⑥　点	⑨ ⑤×10円　円
				⑧ ⑦×15円　円	
※決定			計	⑩ ⑧+⑨　円	

注意　※印の欄は、記入しないこと。