様式第四号

公害調剤報酬明細書

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 5令　年生

公害医療機関の所在地及び名称

処方せんを交付した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. 2. 3. 4. 5.	6. 7. 8. 9. 10.	処方せん受付回数　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	②時間外等加算	③薬学管理料	合計	⑦ ①+②+③+④+⑥	⑨ ⑤×10円
点	点	点		点	円
				⑧ ⑦×15円　円	
※決定　円				⑩ ⑧+⑨　円	

注意　※印の欄は、記入しないこと。