様式第四号

□□年□□月分　公害調剤報酬明細書

公害医療手帳の記号番号　川崎２０				
氏名				
男・女	明　M	大　T	昭　S	年生

公害医療機関の
所在地及び名称

病院また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 医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位 薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料	薬剤料	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	円			⑩　⑧＋⑨ 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。