

(見直し)

東大阪市長 様

請求年月日

年 月 日

検査料につき以下のとおり、請求します。

(元号→)

認定患者情報	認定番号	東大阪303-	検査機関情報	医療機関コード	
	氏名			所在地	〒
	生年月日			名称	
	性別			開設者の氏名 又は名称	印
	検査実施年月日			区分	病院 ・ 診療所

項目		金額(円)	明細内訳(点)	
全員実施検査	1	検査基本料	4,320 円	(初診料と同点数) 288 点
	2	呼吸機能検査		肺気量分画測定 90 点
				フローボリュームカーブ 100 点
				判断料 140 点
3	胸部レントゲン検査(胸部単純・平面) 撮影料→アナログ60点 撮影料→デジタル68点 電子画像管理加算→57点		写真診断料 85 点	
4			撮影料 点	
その他検査	5	動脈血ガス組成検査 呼吸指数35以下の場合のみ		血液ガス分析 139 点
	6	心電図検査 呼吸指数35以下の場合のみ 最低12誘導		判断料 144 点 採血料 50 点
保健所指定	7			130 点
	8			点
<b>請求額</b> (項目1~8の合計額を記載すること) (a)×10 + (b)×15			(a)10円区分(X-Ray フィルム1枚)	点
			(b)15円区分	点

※ 患者毎に別葉で作成し提出すること。

※ 医療機関から東大阪市保健所健康づくり課へ直接提出すること。

東大阪市処理用 (この欄には記入しないでください)	
決定額 (非課税)	

上記以外の検査・点数での請求は不可。