（見直し）　　医学的検査料請求書　　（病院・診療所）令和6年6月改訂版

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	
	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	4,365 円	（初診料(加算除く)と同点数）	291 点
	2	呼吸機能検査	円	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
					点
					点
					点
					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	円	写真診断料	85 点
				撮影料	点
					点
					点
					点
					点
その他検査	5	動脈血ガス組成検査 呼吸指数35以下の場合のみ実施	呼吸指数35より上の場合は支払不可 円	血液ガス分析	131 点
				判断料	144 点
				採血料	60 点
					点
	6	心電図検査　最低12誘導 呼吸指数35以下の場合のみ実施	呼吸指数35より上の場合は支払不可 円		130 点
					点
					点
請求額（項目1～6の合計額を記載すること） (a)×10＋(b)×15　フィルム代以外は15円区分			円	(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。