　　（様式９）

　西暦　　　年　　月　　日

**検査・画像診断料算定内訳書**（許可番号 第 　　　号）

１．課題名

２．依頼者

３．責任医師　　所属・職名　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

４．入院．外来の別　　　　（１）　入院　　（２）　外来　　（３）　入院・外来

５．本年度実施予定被験者数　　　　　例

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分　番　号 | 検　　査　　項　　目 | 点数（単価） | 回　数 | | 点数 |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  | 検体検査実施料 |  |  | |  |
| Ｄ０２５ | 基本的検体検査実施料（入院の場合） |  |  | |  |
|  | 検体検査判断料 |  |  | |  |
| Ｄ０２６ | １．尿・糞便等検査判断料 |  |  | |  |
|  | ２．血液学的検査判断料 |  |  | |  |
|  | ３．生化学的検査（Ⅰ） |  |  | |  |
| Ｄ０２７ | 基本的検体検査判断料（Ⅰ）（入院の場合） |  |  | |  |
| 合　　　　　　　　　　　　計 | | | |  | |

（注）１．検査料は，通常保険診療の範囲内（通常診療上行う検査等）では算定しません

　　　　 が，それ以外のものについては記入して下さい。

２．検査項目及び回数は，１症例分について記入して下さい。

３．区分番号及び点数は，診療報酬点数（甲）に基づいて記入して下さい。