

美望レセプトシステムVer.01.0704-1 - FJ-9990 [カルテ入力] 請求書再印刷 - バックアップD B接続中

カルテ入力

表示年月: 令和 01年06月
 請求年月: 当月請求
 請求区分: 初検

<受診者>
 受診者番号: 2 - 1
 氏名: 健生 太郎
 続柄: 本人 40 歳 3割 3部位以上原因が要
 保険種別: 社会保険 全国健康保険協会宮城支部

登録 保険証情報表示

<傷病の内容> 傷病参照 行挿入 行削除 初検時相談支援料

順	傷病CD	傷病名	負傷年月日	初検年月日	施術開始日	転帰区分	施術終了日	後療区分	金属副子
1	72050	腰部捻挫	R01/06/02	R01/06/04	R01/06/04	継続		無し	
2									
3									
4									
5									

カレンダー | カルテ摘要入力 | 合計金額 | レセプト経過入力 | レセプト摘要入力 | 長期理由 | 初検時相談 | メモ | 管理フォルダ

前月 令和 1年6月 次月

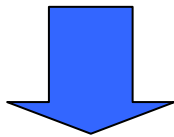
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	日数
治療有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1日	
初検				初																											
初検加算																															
1部位				*																											
2部位																															
3部位																															
4部位																															
5部位																															
往診有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
往診距離																															
暴風雨雪																															
実費来院																															

履歴参照

初検: 1
 再検: 0
 初検 時間外: 0
 初検 深夜: 0
 初検 日祝: 0
 往療回数: 0
 往療距離: 0 Km
 暴風雨雪回数: 0
 施術情報提供: 無し

レセプトバーコードNo(主 保 険): レセプトバーコードNo(医療助成):

F1 受診者参照 F2 一括加算印刷 F3 カルテ印刷 F4 帳票印刷 F5 施術説明印刷 F6 A-コード設定 F7 A-コード印刷 **F8 取り下げ依頼書** F9 削除 F10 中止 F11 登録 F12 もどる



取り下げ依頼書印刷

施術年月 令和 01年06月

取り下げる内容 主保険

取り下げ理由 (該当の内容を選択ください)

保険証情報の誤りの為 :

傷病名等の記載誤りの為

保険証変更の為 : 社保 →

負担割合誤りの為

保険請求非該当 :

その他 : 理由

備考

印刷日 令和 01年07月04日

F11 印刷 F12 閉じる