

(別紙様式 9)

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療の実施状況報告書

標記について報告します。

令和7年8月1日

保険医療機関名称

保険医療機関コード

診療の名称	検査	金 額
検 査	α-フェトプロテイン (AFP)	円
	癌胎児性抗原 (CEA)	円
	前立腺特異抗原 (PSA)	円
	CA19-9	円
リハビリテーション	心大血管疾患リハビリテーション料	円
	脳血管疾患等リハビリテーション料	円
	廃用症候群リハビリテーション料	円
	運動器リハビリテーション料	円
	呼吸器リハビリテーション料	円
精神科専門療法	精神科ショート・ケア	円
	精神科デイ・ケア	円
	精神科ナイト・ケア	円
	精神科デイ・ナイト・ケア	円

〔記載上の注意〕

- ・本報告については、直近1年間（前年8月1日～当該年7月31日）の実施状況を記載すること。
- ・「金額」欄は、消費税を含む額で記載すること。
- ・医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。