

所定疾患施設療養費

※ 蜂窩織炎は带状疱疹括弧内に記入

5月	症状	月1回連続7日限度	治 療 管 理	
件数:1	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input checked="" type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 () (抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする場合に限る)	1 2 3 4 5 6 7	投 薬	ユナシン 3回/日 1週間
		8 9 10 11 12 13 14	検 査	
		15 16 17 18 19 20 21	注 射	
		22 23 24 25 26 27 28	処 置	
		29 30 31	その他	
12月	症状	月1回連続7日限度	治 療 管 理	
件数:1	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input checked="" type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 () (抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする場合に限る)	1 2 3 4 5 6 7	投 薬	12/17レボフロ ・ 12/18～抗生剤2.25・4.5各1本点滴
		8 9 10 11 12 13 14	検 査	
		15 16 17 18 19 20 21	注 射	
		22 23 24 25 26 27 28	処 置	
		29 30 31	その他	
	症状	月1回連続7日限度	治 療 管 理	
	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 () (抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする場合に限る)	1 2 3 4 5 6 7	投 薬	
		8 9 10 11 12 13 14	検 査	
		15 16 17 18 19 20 21	注 射	
		22 23 24 25 26 27 28	処 置	
		29 30 31	その他	
	症状	月1回連続7日限度	治 療 管 理	
	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 () (抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする場合に限る)	1 2 3 4 5 6 7	投 薬	
		8 9 10 11 12 13 14	検 査	
		15 16 17 18 19 20 21	注 射	
		22 23 24 25 26 27 28	処 置	
		29 30 31	その他	
	症状	月1回連続7日限度	治 療 管 理	
	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 () (抗ウイルス剤の点滴注射を必要とする場合に限る)	1 2 3 4 5 6 7	投 薬	
		8 9 10 11 12 13 14	検 査	
		15 16 17 18 19 20 21	注 射	
		22 23 24 25 26 27 28	処 置	
		29 30 31	その他	