

家庭における療養状況報告書

記号	-	番号	被保険者氏名		
			(フリガナ)		
			医師による診療を受けていない期間		
令和	年	月	日	～令和	年 月 日
医師による診療を受けなかった（受けられなかった）理由					
家庭 におい ての療 養状 況	症状について（詳しくご記入下さい）				
	薬を使用した場合の薬剤名・処方料・処方期間				
	薬剤名		処方料		処方期間
					日
	療養状況について（詳しくご記入下さい）				