|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 質問年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 保険医療機関等名称 | |  | | | | | 医療機関(ｽﾃｰｼｮﾝ)コード | |  | |
| 所属部署 | |  | | | 連絡先電話 | |  | | | |
| 担当者名 | |  | | | 連絡先Fax | |  | | | |
| **医科** | | | **歯科** | | **薬局** | | | **訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ** | | |
| 算定 | 施設基準 | | 算定 | 施設基準 | 算定 | 施設基準 | | 算定 | | 基準 |
|  |  | |  |  |  |  | |  | |  |

医科・歯科・薬局の区分の中で、診療報酬等の算定に関する照会は「算定」に○を、施設基準に関する照会は、「施設基準」（訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝは「基準」）に○を記入して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医科・区分** | | | | | | |
| A.基本診療  （） | B.医学管理  （） | C.在　宅  （） | D.検　査  （） | E.画　像  （） | F.投　薬  （） | G.注　射  （） |
| H.リハビリ  （） | I. 精神科  （） | J.処　置  （） | K.手　術  （） | L.麻　酔  （） | M.放射線  （） | N.病理診断  （） |

医科の照会については、さらに該当する区分のアルファベットに○を記入し、区分番号をかっこ内に記載してください。（分からない場合は記載不要です。）

**一つの質問につき、一枚の質問票でお願いします。**

|  |  |
| --- | --- |
| 質問 | （表題） |
|  |
| 処理欄 | ※回答は、受付順に電話にて行います。なお、質問内容によっては本省等への確認を要するものもあるため、回答に相当の時間を要する場合もありますので、予めご了承ください。 |

関東信越厚生局長野事務所　メール　gigisyo-09[a]mhlw.go.jp

（※問い合わせの際は、「[a]」を「＠」に置き換えてご利用ください。）