

診療報酬改定に関する質問票

| | | | | | |
|-----------|-------------------------|----|-------------|----|------|
| 質問年月日 | 平成 年 月 日 | | | | |
| 保険医療機関等名称 | | | 医療機関（薬局）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 | |
| 算定 | 施設基準 | 算定 | 施設基準 | 算定 | 施設基準 |
| | | | | | |

↑ 医科・歯科・薬局の区分の中で、診療報酬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」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、区分番号をカッコ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) |
| | |
| 回答 | |

関東信越厚生局指導監査課 Fax 048-612-7534

事務所使用欄

平成 年 月 日受付

管理番号