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等	保険医療機関等コード： 名　　称：				
市町村名		市・町	所属部署		
担当者名			連絡先電話		
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」に〇を、
施設基準に関する照会は、「施設基準」に〇を記入して下さい。

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〇を記入し、
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。）

質問	（表題）
処理欄	

※回答につきましては、ご照会をいただいた方に電話にて回答させていただきます。

※ご照会の内容により厚生労働省等に照会するものがあり、回答までに時間を要する場合がありますのでご了承願います。

関東信越厚生局栃木事務所　Fax　028-341-8520

事務所使用欄　平成　　年　　月　　日受付　　管理番号