

H 2 8 改定版

指導監査課 FAX : 0 8 7 - 8 2 3 - 8 1 5 9

【〒760-0019 高松市サンポート3番33号 高松サンポート合同庁舎4階 TEL 087-851-9593】

算定要件（医科・歯科・薬局・訪問看護ステーション）・施設基準

※上記、該当項目に○を記入願います。

平成 年 月 日

## 質 問 票

医療機関等名称 : \_\_\_\_\_ 医療機関等コード : \_\_\_\_\_

担当者氏名 : \_\_\_\_\_ (所属 : \_\_\_\_\_ ) TEL : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (内 : \_\_\_\_\_ )

質問項目 (※必ず記載ください) :

(質問項目記載例) 「 A-000 初診料について 」等

質問内容 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

選別・集計等の都合上、「質問票1枚につき1問」の記入としていただくようご協力願います。

(備考欄)

質問に対して病院等としての見解があればご記載ください。また、質問に対する参考書籍等がございましたら該当ページをご記載ください (例:「医科点数表の解釈 H26.4 版 P24 注 1」等)

※FAX送信の場合、送信票は不要です。

※ご質問に対する回答は順次行ってまいります。診療報酬改定時期には、ご質問が短期間に集中し膨大な件数になることが予想されます。また、ご質問内容によっては、関係機関との調整が必要なこともあります。大変恐縮ですが、回答までに相当の期間を要してしまう場合がございますことをご了承願います。