

診療（調剤）報酬関係質問票

質問送付先 中国四国厚生局 指導監査課(広島) FAX 番号 0 8 2 - 2 2 3 - 8 2 3 5

質問者

保険医療機関等コード

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

必ずご記入ください。

保険医療機関等名称

保険医療機関等所在地

担当課・担当者氏名

電話番号：

質 問 事 項 (質問事項の区分に をしてください。)

| 種 別 | 医 科 | 歯 科 | 調 剤 | 訪問看護 |
|---------------------------|------|------|--------|------|
| 内 容 | 施設基準 | 算定要件 | 療養担当規則 | その他 |
| 区 分 番 号 | | | | |
| 質 問 概 要 | | | | |
| 参考書籍及び該当ページ 通知名及び該当項番等 | | | | |

(質問内容)

(保険医療機関等としての見解)

(注) 1枚の質問票について質問は1問のみとしてください。
スペースが不足する場合は、別紙(任意様式)に記載してください。
参照資料があれば必要に応じて添付してください。

【記載例】

| 診療（調剤）報酬関係質問票 | | | | |
|--|----------------------------------|------|-------------|------------|
| 質問送付先 中国四国厚生局 指導監査課(広島) FAX 番号 0 8 2 - 2 2 3 - 8 2 3 5 | | | | |
| 質問者 | | | | |
| 保険医療機関等コード | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 保険医療機関等名称 | 病院 | | | 必ずご記入ください。 |
| 保険医療機関等所在地 | 市 | 区 | 町 1 - 1 - 1 | |
| 担当課・担当者氏名 | 課 | | | |
| 電話番号： | 0 8 2 - 0 0 0 - 0 0 0 0 | | | |
| 質問事項（質問事項の区分に をしてください。） | | | | |
| 種別 | 医科 | 歯科 | 調剤 | 訪問看護 |
| 内容 | 施設基準 | 算定要件 | 療養担当規則 | その他 |
| 区分番号 | H001 | | | |
| 質問概要 | 脳血管疾患等リハビリテーション料の施設基準について | | | |
| 参考書籍及び該当ページ | 令和2年度診療報酬改定の概要 P.〇〇〇 | | | |
| 通知名及び該当項番等 | 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて | | | |

(質問内容)

質問内容をできるだけ具体的に記載してください。

(保険医療機関等としての見解)

質問内容に関して、保険医療機関等としての見解を記載してください。

(注) 1枚の質問票について質問は1問のみとしてください。
 スペースが不足する場合は、別紙(任意様式)に記載してください。
 参照資料があれば必要に応じて添付してください。