

診療（調剤）報酬関係質問票

送付先：〒060-0807 札幌市北区北7条西2丁目15-1 野村不動産札幌ビル2階
北海道厚生局医療課 宛

質問日：令和 5 年 1 月 1 日
 保険医療機関等コード：99, 9999, 9
 保険医療機関等名称：厚生労働病院
 担当課・担当者氏名：医事課 厚生太郎（不在時 医事課 厚生花子）
 電話番号：000-0000-0000

質問事項（質問事項の区分に○をしてください。）

種別	<input checked="" type="radio"/> 医科	<input type="radio"/> 歯科	<input type="radio"/> 調剤	<input type="radio"/> 訪問看護
内容	<input checked="" type="radio"/> 算定要件	<input type="radio"/> 施設基準	<input type="radio"/> その他（ ）	
区分番号	A001			
質問概要	再診料の算定要件について			
参考書籍及び該当ページ	令和4年度診療報酬改定の概要 P.000			
通知名及び該当項番等	基本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 ※1枚の質問票について質問は1問のみとしてください。

質問内容をできるだけ具体的に（経緯・背景を記載する等）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。