

# 診療報酬改定等に関する質問票

照会年月日		保険医療機関等 コード（7桁）							
保険医療機関等 名称		電話番号（担当者連絡先）							
保険医療機関等 所在地		担当者 所属部署			担当者名				

電話番号が代表の場合、繋がりにくい状況がありますので、可能であれば、ご担当者の直通番号をご記入ください。

該当区分に ○を記入	→		医科	点数算定	照 会 先  関東信越厚生局 茨城事務所	疑義照会用（茨城） メールアドレス	gisysyo-02▲mhlw.go.jp  ※ 問い合わせの際は、「▲」を「@」に 置き換えてご利用ください。
			医科	施設基準			
	→		歯科	点数算定			
			歯科	施設基準			
	→		薬局	点数算定			
			薬局	施設基準			
	→		訪問	算定関係			
		訪問	届出関係				

↑ 医科・歯科・薬局・訪問看護のいずれかで、該当する項目の欄に○を記入してください。

【質問事項】

区 分	↓	医科の点数算定に係る照会の場合、いずれの区分に該当するかA～Nに必ず○を記入し、 下段に区分番号を記入してください。（医科以外の場合は、区分欄の記入は不要です。）	
A 基本診療 番号		表 題	
B 医学管理 番号		質問は1件につき1枚の質問票をお願いいたします。	
C 在宅 番号			
D 検査 番号			
E 画像 番号			
F 投薬 番号			
G 注射 番号			
H リハビリ 番号			
I 精神科 番号			
J 処置 番号			
K 手術 番号			
L 麻酔 番号			
M 放射線 番号			
N 病理診断 番号			
回答記入欄			

- ※ 質問については可能な限り詳細に記入してください。
- ※ 回答については質問をいただいた方に電話にて回答いたします。
- ※ 照会の内容により厚生労働省本省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。

（事務所使用欄）

令和      年      月      日      受付

管理番号