

## 診療報酬改定に関する質問票

質問年月日	令和    年    月    日						
保険医療機関等名称					医療機関(ｸﾞｰｼﾞ)ｺｰﾄﾞ		
所属部署				連絡先電話			
担当者名				連絡先 Fax			
医科		歯科		薬局		訪問看護ｸﾞｰｼﾞ	
算定	施設基準	算定	施設基準	算定	施設基準	算定	基準

↑ 医科・歯科・薬局の区分の中で、診療報酬等の算定に関する照会は「算定」に○を、施設基準に関する照会は、「施設基準」（訪問看護ｸﾞｰｼﾞは「基準」）に○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○を記入し、区分番号をカッコ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)
回答	

関東信越厚生局千葉事務所 Fax 043-379-2800

事務所使用欄    令和    年    月    日受付

管理番号