

# 診療報酬改定等に関する質問票

照会年月日	令和 年 月 日	保険医療機関等 コード	
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 施設基準	照 会 先	FAX番号 (茨城事務所)	029-277-1336
	→	歯科	点数算定 施設基準			
	→	薬局	点数算定 施設基準	関東信越厚生局 茨城事務所		

↑  
医科・歯科・薬局いずれかに必ず○を記入し、点数算定に係る照会は点数算定欄に○を、施設基準に係る照会は施設基準の欄に○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。(歯科、薬局は区分欄の記入は不要です。)
A 基本診療 番号		質問は1件につき1葉をお願いいたします。
B 医学管理 番号		
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