

# 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	疑義照会用（茨城） メールアドレス  ※ 問い合わせの際は、「▲」を「@」に 置き換えてご利用ください。	gigisyo-02▲mhlw.go.jp
			医科	施設基準			
	➡		歯科	点数算定	関 東 信 越 厚 生 局 茨 城 事 務 所		
			歯科	施設基準			
	➡		薬局	点数算定			
			薬局	施設基準			

↑ 医科・歯科・薬局いずれかにて、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	表 題  質問は1件につき1枚の質問票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