

診療報酬改定等に関する質問票

照会年月日	令和5年11月1日	保険医療機関等 コード（7桁）	1	2	3	4	5	6	7
保険医療機関等 名称	電話番号（担当者連絡先）								
関信記念水戸病院 北見町クリニック	02-999-9999								
保険医療機関等 所在地	担当者	所属部署	担当者名						
水戸市北見町 9-99-999	医事課経営企画室	関信							

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	→	<input type="radio"/>	医科	点数算定	照 会 先	疑義照会用（茨城） メールアドレス gigisyo-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		
	→	<input type="radio"/>	歯科	点数算定	関 東 信 越 厚 生 局 茨 城 事 務 所	
			歯科	施設基準		
	→	<input type="radio"/>	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 000	<input type="radio"/>	表 題	初診料の算定について		
B 医学管理 番号		質問は1件につき1枚の質問票でお願いいたします。			
C 在宅 番号		(質問の例) 初診料について…			
D 検査 番号		<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 20px; display: inline-block;"> <h1 style="color: red; margin: 0;">記入例</h1> </div>			
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