

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	gisyo-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		表 題 質問は1件につき1枚の質問票でお願いいたします。							
番号									
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