

診療報酬改定等に関する質問票

| | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------|--------------------|---|---|------|---|---|---|---|
| 照会年月日 | 令和99年99月99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 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 | gigitsyo-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。 |
| | → | <input type="radio"/> | 医科 | 施設基準 | | | |
| | → | <input type="radio"/> | 歯科 | 点数算定 | | | |
| | → | <input type="radio"/> | 歯科 | 施設基準 | | | |
| | → | <input type="radio"/> | 薬局 | 点数算定 | | | |
| | → | <input type="radio"/> | 薬局 | 施設基準 | | | |
| → | <input type="radio"/> | 訪問 | 算定関係 | | | | |
| → | <input type="radio"/> | 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 番号 000 | <input checked="" type="radio"/> | 表 題 | 初診料の算定について | | | | | | |
| B 医学管理 番号 | <input type="radio"/> | 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 | <input type="radio"/> | （質問の例）初診料について… | | | | | | | |
| D 検査 番号 | <input type="radio"/> | <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 20px; text-align: center; font-size: 2em; color: red; font-weight: bold;"> 記入例 </div> | | | | | | | |
| E 画像 番号 | <input type="radio"/> | | | | | | | | |
| F 投薬 番号 | <input type="radio"/> | | | | | | | | |
| G 注射 番号 | <input type="radio"/> | | | | | | | | |
| H リハビリ 番号 | <input type="radio"/> | | | | | | | | |
| I 精神科 番号 | <input type="radio"/> | | | | | | | | |
| J 処置 番号 | <input type="radio"/> | | | | | | | | |
| K 手術 番号 | <input type="radio"/> | | | | | | | | |
| L 麻酔 番号 | <input type="radio"/> | | | | | | | | |
| M 放射線 番号 | <input type="radio"/> | | | | | | | | |
| N 病理診断 番号 | <input type="radio"/> | | | | | | | | |
| 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