

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	
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		(フリガナ) 担当者名	

医療機関の代表番号の場合、繋がりにくい状況がありますので、極力、担当者の方の直通番号をご記入ください。

○を記入 該当区分に	➡	医科	点数算定 施設基準	照会先	メールアドレス (神奈川事務所)	gigisyo-06@mhlw.go.jp
	➡	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		
	➡	訪看	点数算定 施設基準	神奈川事務所		

↑ 医科・歯科・薬局・訪看いずれかに必ず○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、訪看は区分欄の記入は不要です。)
A 基本診療 番号		質問は1件1葉でお願いいたします。
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		

※ 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)

管理番号