

診療報酬改定に関する質問票

質問年月日	令和 年 月 日						
保険医療機関等名称					医療機関(ｸﾞｰｼﾞ)ｺｰﾄﾞ		
所属部署				連絡先電話			
担当者名				連絡先 Fax			
医科		歯科		薬局		訪問看護ｸﾞｰｼﾞ	
算定	施設基準	算定	施設基準	算定	施設基準	算定	基準

↑ 医科・歯科・薬局の区分の中で、診療報酬等の算定に関する照会は「算定」に○を、施設基準に関する照会は、「施設基準」（訪問看護ｸﾞｰｼﾞは「基準」）に○を記入して下さい。

医科・区分						
A.基本診療 ()	B.医学管理 ()	C.在宅 ()	D.検査 ()	E.画像 ()	F.投薬 ()	G.注射 ()
H.リハビリ ()	I.精神科 ()	J.処置 ()	K.手術 ()	L.麻酔 ()	M.放射線 ()	N.病理診断 ()

↑ 医科の照会については、さらに該当する区分のアルファベットに○を記入し、区分番号をカッコ内に記載してください。（分からない場合は記載不要です。）
一つの質問につき、一枚の質問票をお願いします。

質問	(表題)
処理欄	

関東信越厚生局指導監査課 Fax 048-851-3067

事務所使用欄

令和 年 月 日受付

管理番号