

(別紙様式)

保険医療機関におけるコンタクトレンズ交付に係る報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

(医療機関コード：)
保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名 印

近畿厚生局長 殿

1 算定しているコンタクトレンズ検査料

- コンタクトレンズ検査料1
 コンタクトレンズ検査料2

2 コンタクトレンズを保険医療機関内で交付する際の取組み

--

3 コンタクトレンズの交付に当たり患者から徴収する費用の額

--

4 コンタクトレンズを保険医療機関内で交付した患者の割合 (平成 年 月～平成 年 月)

(1) 外来患者の数	①
(2) コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数	②
(3) 院内でコンタクトレンズを交付した患者の数	③
外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合 (②/①×100%)	%
コンタクトレンズに係る検査を実施した患者に占める院内交付の患者の割合 (③/②×100%)	%

【記載上の注意】

- 「1」は、該当するものにチェックを入れること。
- 「2」は、院内でコンタクトレンズの交付を受けることについて、患者の選択に資するよう、当該保険医療機関外の販売店から購入もできること等について説明し、同意を確認するために講じている具体的な取組みについて記載すること。
- 「3」は、院内で交付するコンタクトレンズの対価を記載すること。なお、価格表等、別に対価が分かる資料がある場合は、写しを添付することをもって記載に代えることができる。
- 「4」(1)は、過去1年間において初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者(複数の診療料を有する保険医療機関において、同一日に他の診療料を併せて受診したことから初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。)の診療報酬明細書の件数を記入すること。
(2)(3)は、当該期間において、それぞれコンタクトレンズに係る検査を実施した患者・院内でコンタクトレンズを交付した患者の診療報酬明細書の件数を記入すること。
患者の割合の算出に当たり、小数点以下は切り捨てることとする。
なお、報告時点において1年間の実績がない場合は、実績がある期間のみの報告で足りる。
- 2回目以降の報告においては、従前の報告から変更となった箇所の報告のみで足りる。