令和８年度診療報酬改定に関する質問		左記以外の質問	

（※いずれかに○）

疑義照会票

照 会 日	年　　月　　日	
照 会 者	保険医療機関等の名称	
	保険医療機関等コード	
	担当者氏名（所属部署名）	（　　）
	電話番号（内線番号）	（　　）
照会対象（※いずれかに○）	医科　・　歯科　・　薬局　・　訪問看護　・　（　　）	
照会区分（※いずれかに○）	算定方法　・　施設基準　・　ＤＰＣ　・その他（　　）	
対象の点数表 区分番号・名称	（（例）Ａ０００　初診料）	
件　　名		
参考となる書籍・告示・通知等の名称及び該当箇所	（（例）医科点数表の解釈Ｐ２４）	

照　会　内　容
※具体的かつ詳細に記載してください。

照会に至った経緯
※照会の趣旨・意図・背景・何に困っているのかなどを具体的に記載してください。

貴保険医療機関等の見解
※貴保険医療機関等における現時点での見解を記載してください。

【留意事項等】

＊ 上欄について漏れなく記載してください。
＊ 照会内容は、この照会票１枚につき１件の記入でお願いします。
＊ 個人の疑義ではなく、貴機関内で検討しても解釈できないものについて照会ください。
＊ 仮定の内容での照会はご遠慮ください。
＊ 照会内容によっては回答までに相当の期間を要する場合があります。
＊ 添付可能な資料等がありましたら、合わせて送付願います。

（※以下は厚生局記載欄）

受付日
受付番号