Ｈ２８改定版

高知事務所　FAX：０８８－８２６－３１１２

【〒780-0870 高知市本町 1-1-3　朝日生命高知本町ビル９階　TEL 088 - 826-3116】

算定要件（医科・歯科・薬局・訪問看護ステーション）・施設基準

※上記、該当項目に〇を記入願います。

平成　　年　　月　　日

質　問　票

医療機関等名称：　　医療機関等コード：

担当者氏名：　　（所属：　　）　TEL：　　－　　－　　（内：　　）

質 問 項 目(※必ず記載ください)：

（質問項目記載例）「　Ａ－０００　初診料について　」等

質 問 内 容　：下記に詳しく具体的に記載願います。

選別・集計等の都合上、「質問票１枚につき１問」の記入としていただくようご協力願います。

（備考欄）

質問に対して病院等としての見解があればご記載ください。また、質問に対する参考書籍等がございましたら該当ページをご記載ください（例：「医科点数表の解釈 H26.4 版 P24 注 1」等）

※ＦＡＸ送信の場合、送信票は不要です。

※ご質問に対する回答は順次行ってまいりますが、診療報酬改定時期には、ご質問が短期間に集中し膨大な件数になることが予想されます。また、ご質問内容によっては、関係機関との調整が必要なこともあります。大変恐縮ですが、回答までに相当の期間を要してしまう場合が、多々ありますことをご了承願います。