

***** FAX 045-231-1794 *****

(別紙1)

診 療 内 容 記 載 用 紙

病 院 名			
連 絡 先	TEL : ()		
担 当 者 氏 名		担 当 者 所 属	

診 療 科		診療行為分類区分	
診 療 内 容			
査定に対する 病院の見解			

事務局取扱番号	*記入しないで下さい

※上記にご記入頂きました個人情報及びその他資料につきましては、本研修会以外の目的には使用いたしません。

※頂いたレセプトにご回答できない場合もございますので、ご了承ください。

***** FAX 045-231-1794 *****

(別紙2) **質 問 用 紙**

※社保の査定及び減点等に関する質問を用紙1枚につき1項目でご記入ください。

複数ご質問がある場合は、本紙を複写してご使用ください。

病院名			
所属課(役職)		担 当 者	
T E L	()	F A X	()

質問項目(いずれかの項目に○を付けてください)

●医科診療報酬点数に関する質問

- | | | | | |
|---------|--------|-------|------------|--------|
| (基本診療科) | ・初・再診料 | ・入院料等 | | |
| (特掲診療科) | ・医学管理等 | ・在宅医療 | ・検査 | ・画像診断 |
| | ・投薬 | ・注射 | ・リハビリテーション | ・精神科 |
| | ・処置 | ・手術 | ・麻酔 | ・放射線治療 |
| | ・病理診断 | ・DPC | | |

●関係告示、関係通知に関する質問

- | | |
|-----------------|--------------|
| ・基本診療科の施設基準等 | ・特掲診療科の施設基準等 |
| ・特定保険医療材料及び材料価格 | ・その他告示、通知等 |

●その他

- | | |
|---------|--------|
| ・上記内容以外 | ・コロナ関係 |
|---------|--------|

質問タイトル	※白本(改正点の解説)記載ページ
--------	------------------

質問内容(具体的にお書きください)

※回答欄(記入しないでください)