**太枠内を全て記入し、メール(konoda@k-ha.or.jp)又はFAX (045-231-1794)でお送りください。**

**（別紙２）　　　　　　　　　　　質　　問　　用　　紙**

※国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** |  | | |
| **担当者氏名** |  | **所 属** |  |
| **連 絡 先**  **(TEL / Email)** | T E L： | | |
| Email : | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | |
| (基本診療料) 初・再診料 入院料等  (特掲診療料) 医学管理等 在宅医療 検査 画像診断 投薬 注射 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ  精神科専門療法 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** | | | | | |
| 基本診療料の施設基準等 　　 　　特掲診療料の施設基準等  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 | | | | | |
| **質問タイトル** | | | **質問の根拠となる資料のページや箇所**  **（記入例・・白本（改正点の解説）の１０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)** | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |