

太枠内を全て記入し、請求時に提出した書類と併せて、郵送、メール(konoda@k-ha.or.jp)又はFAX(045-231-1794)でお送りください。

### 記載例

(別紙1)

### 診 療 内 容 記 載 用 紙

病 院 名			
担当者氏名		所 属	
連 絡 先 (TEL / Email)	T E L :		
	E m a i l :		

診 療 科	画像診断	診療行為 分類区分	E-×××(番号) <small>※算定に関する場合は番号も記載</small>
診療内容	(例) ①頸椎症(主) ②頸椎椎間板ヘルニア ③腰部脊椎管狭窄症	××年××月××日診療開始日 ××年××月××日 ××年××月××日	
査定に対する 病院の見解	(例) 初診時のX Pにて①診断。精査目的で頸椎MRI実施した。 頸椎症の精査目的のMRIは適用がないのか、それとも別の理由 があって査定されたのか、その理由を是非、ご教授願いたい。		

事務局取扱番号	*記入しないで下さい

※ ご記入頂きました個人情報及びその他資料は、本研修会以外の目的には使用いたしません。  
 ※ 頂いたレセプトに回答できない場合もございます。ご了承ください。