**令和６年度診療報酬改定に関する質問【5月13日(月) 必着】**

太枠内(連絡先及び質問事項①～④）を全て記入し、神奈川県病院協会事務局へメール(kensyu@k-ha.or.jp)又は FAX (045-231-1794)で、お送りください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **病 院 名** |  | | | |
| **担当者名** |  | | **所属課・役職** |  |
| **電話番号** |  | | **メールアドレス** |  |
|  |  | |  |  |
| **① 質問項目（いずれかに○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、上記内容以外の質問** | | | | |
| **② 質問タイトル** | | **③質問の根拠となる資料の該当ページや該当箇所**  **（記入例・・白本（改正点の解説）の１０ページ）** | | |
|  | |  | | |
| **④ 質問内容（具体的にお書きください）**  **・用紙１枚につき１項目でお願いします。質問が複数の場合は、複写してください。**  **・今回の改定に関する質問のみ、ご記入ください。** | | | | |
|  | | | | |

|  |
| --- |
| **回答欄(記入しないでください)** |
|  |