

質問受付票

医科

FAX : 097-568-1570

送信日： 年 月 日

医療機関名			
TFL 番号		FAX 番号	
ご担当者名			
質問項目 (いずれかに○)	初・再診料 ・ 入院料 ・ 医学管理 ・ 在宅医療 ・ 検査 ・ 画像診断 ・ 投薬 ・ 注射 リハビリ ・ 精神 ・ 処置 ・ 手術 ・ 麻酔 ・ 放射線 ・ 病理 ・ 施設基準 ・ その他		
参照している 書籍、通知等の 該当部分	(例：医科点数表の解釈 P50)		

※ ご質問は、FAXのみ受け付けます（申し訳ありませんがお電話でのご質問はご遠慮下さい。
関係各所への照会等に支障をきたし、回答に滞りが生じますのでご協力お願いします）

※ 時期によっては集中するため、回答までにお時間をいただく場合がございますのでご了承下さい

大分県保険医協会