

令和4年診療報酬改定に関する質問事項

日付	年	月	日
質問者	保険医療機関名		
	保険医療機関コード		
	担当者氏名(所属部署名)	()	
	TEL番号(内線番号)	()	
	FAX番号		
	E-mail		
※下記の質問事項に○をして質問内容をお書き下さい。			
ア) 初再診料・入院料等・医学管理等・在宅医療・検査・画像診断・投薬・注射・リハビリ 精神科専門療法・処置・手術・麻酔・放射線治療・病理診断・施設基準関係			
イ) 日本医師会 参考資料(白本)・P 令和4年度診療報酬改定について(CDデータ)・P			
質問内容	質問事項は1枚1問でお願いします。		
※具体的かつ詳細に記載してください。			

受付日