**算定項目確認用紙**

医療機関名：

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　日 | 性別 | 男　・　女 |

貴院にて算定している項目に　 と算定日の記載をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェックマークを付けたチェック ボックス 単色塗りつぶし | 算定日 | 項目名 |
|  | 年　　月　　日 | C002 | 在宅時医学総合管理料 |
|  | 年　　月　　日 | C002-2 | 施設入居時等医学総合管理料 |
|  | 年　　月　　日 | C003 | 在宅がん医療総合診療料 |
|  | 年　　月　　日 | 在宅療養指導料（在宅自己注射指導管理料を除く） |

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

この度は、患者さんをご紹介いただき誠にありがとうございます。

患者さんの診療報酬算定項目につきましてご記入いただき、ご紹介状と一緒にFAX またはご紹介状に同封いただきますよう、ご協力お願いいたします。

NTT東日本関東病院

医療連携室

TEL：03-3448-6192

FAX：03-3448-6071