

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。

☒	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