**介護保険　主治医意見書作成料請求書（明細）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  |  | 年 |  |  | 月分 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | １ | ２ | ２ | ３ | ４ | １ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者  番号 | ０ | | ０ | | ０ | | | ０ | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | 請求医療機関 | 事業所  番号 |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 所在地 | 〒 |  | |  | |  | － | |  | |  |  | |  | |  | | | |
| 生年月日 | 1.明治　2.大正　3.昭和 | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | 1.男  2.女 | | | |  | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | 年 | |  |  | | 月 | |  |  | | 日 | |  |
|  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 作成依頼日  ※印の欄は記入しないでください | Ｒ |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 依頼番号 |  | | | | | | | | | | 保険者確認 | ※ |
| 意見書作成日 | Ｒ |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 意見書送付日 | Ｒ |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 意見書作成料 | 種別 | 1.在宅　2.施設 | 1.新規　2.継続 | 金額 |  |  |  |  | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診断・検査費用 | 内　　　訳 | | 点　　数 | | | | 摘　　　要 | | | | | | |
| 初診料（診療所・病院） | |  |  |  |  |  | | | | | | |
| 検　　　　　査 | 血液採取（静脈） |  |  |  |  |  | | | | | | |
| 抹消血液一般検査 |  |  |  |  |  | | | | | | |
| 血液学的検査判断料 |  |  |  |  |
| 血液化学検査（10項目以上） |  |  |  |  |  | | | | | | |
| 生化学的検査（Ⅰ）判断料 |  |  |  |  |
| 尿中一般物質定性･半定量検査 |  |  |  |  |  | | | | | | |
| 胸部単純X線撮影 |  |  |  |  |  | | | | | | |
| 写真診断（胸部） |  |  |  |  |
| フィルム（大角） |  |  |  |  |
|  | 合　計 | |  |  |  |  | 点数合計×10円 |  |  |  |  |  | 円 |

主治医意見書料は、在宅・施設別、新規・

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求額 | 意見書作成料 |  |  |  |  |  | 円 |
| 診断・検査費用 |  |  |  |  |  | 円 |
| 消費税及び地方消費税 |  |  |  |  |  | 円 |
| 合計 |  |  |  |  |  | 円 |

継続（更新・変更）申請別に以下の金額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 在宅 | 施設 |
| 新規申請者 | ５，０００円 | ４，０００円 |
| 継続申請者 | ４，０００円 | ３，０００円 |

とする。

主治医がなく主訴もない者が要介護認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・検査について、初診料及び医師の判断に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき精算した額を請求することができる。

【医師の判断に基づき行う検査の範囲】

・胸部単純Ｘ線撮影　・血液一般検査　・血液化学検査　・尿中一般物質定性・半定量検査

新規申請者…新規申請者…初めて記載する場合または、前回申請時の意見書を作成した医師による診療録等を参照して意見書を記載していない場合

継続申請者…前回意見書を作成した医師が意見書を記載した場合、または、前回申請時の意見書を作成した医師による診療録等を参照して当該医師以外が記載した場合。

在宅…在宅の場合、または、施設の入院・入所であって当該施設と関係がない医師が意見書を記載した場合。

施設…この場合の施設とは、介護保険施設のみならず、社会福祉施設及び医療施設であって入院・入所機能を有する者を含みます。これらの施設の入院・入所者に対し、常勤・非常勤を問わず、健康管理を含む医学的管理を行うことを業務とする医師が意見書を記載した場合は施設に該当します。