

平成 20 年度診療報酬改定結果検証に係る調査
明細書発行の一部義務化の実施状況調査 調査票

- 特に指示がある場合を除いて、平成21年7月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 21 年 () 月 () 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴事業所の概要についてお伺いします。

問 1 貴事業所の 開設者 として該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)	
01 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合	
02 日本赤十字社・社会保険関係団体	03 医療法人
04 医師会	05 看護協会
06 社団・財団法人 (04,05 以外)	07 社会福祉法人 (社会福祉協議会含む)
08 農業協同組合及び連合会	09 消費生活協同組合及び連合会
10 営利法人 (株式・合名・合資・有限会社)	11 特定非営利活動法人 (NPO)
12 その他法人	

問 2 貴事業所の病院 (診療所) への併設状況について該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)	
01 併設している	02 併設していない

問 3 貴事業所における平成 21 年 6 月 1 カ月間の訪問看護の実利用者数について 保険の種別 にご記入下さい。				
	医療保険		介護保険	
訪問看護の実利用者数	人		人	