|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| 氏名 |  |
| 所属 |  |
| メールアドレス（半角） |  |

●基本診療料（A区分）・ 特掲診療料（B医学管理等～N病理）

|  |  |
| --- | --- |
| 未収載・既収載 | 選択してください |
| 診療報酬区分 | 選択してください |
| 診療報酬番号　 例：323　4　注1  ※既収載の場合のみ回答 |  |
| 申請提案名（技術名） |  |
| 技術の概要（200字以内） |  |
| 対象疾患名  ※未収載の場合のみ回答 |  |
| 提出提案のエビデンス | 選択してください |
| 再評価区分（複数選択可）  ※既収載の場合のみ回答  **【該当する項目に✔をすること】** | 算定要件の拡大（適応疾患の拡大）  　算定要件の拡大（施設基準）  　算定要件の拡大（回数制限）  　点数の見直し（増点）  　点数の見直し（減点）  　項目設定の見直し  　保険収載の廃止  　新規特定保健医療材料等に係る点数  　その他（　　） |
| 保険収載が必要な理由（400字以内） |  |