

令和3年8月

開設者様
管理者様

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和3年度調査)

「かかりつけ医機能に関する意識調査」における
患者票の配布に際してのお願い

同封いたしました**患者票**は、貴院を受診された患者に、かかりつけ医機能に関するお考えについてお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、「かかりつけ医機能に関する意識調査ご協力のお願い」、「患者票」、および「返信用封筒（施設票の返信用封筒と同じ様式です）」を患者の方にお配りいただきますよう、ご協力のほどお願い申し上げます。

記

＜配布対象者＞

地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしている施設

- ・地域包括診療料または地域包括診療加算の算定患者 2名
- ・上記以外の患者 6名

地域包括診療料・地域包括診療加算の届出をしていない施設

- ・ 8名

＜配布方法＞

- ・医療施設より患者の方にお渡しする前に、患者票1頁上段の【医療機関記入欄】のご記入をお願いいたします。
- ・配布対象とした患者の方に「**患者票**（次頁⑦）」および「返信用封筒（次頁⑤）」を1部ずつお渡しください。
- ・返信用封筒は、施設票用・患者票用で共通の様式です。
- ・各患者調査票は、対象者として該当される方（かつ、調査協力について患者の方の同意が得られた方）に対して、調査日に受診された順にお渡しください。例えば、調査日の午前に受診された方4名、調査日の午後に受診された方4名、のように可能な範囲で複数の時間帯で調査を実施してください。
- ・対象となる患者が人数に満たない等の理由により、不要となった患者票が生じた場合は、お手数ですが、貴施設にて破棄してください。
- ・正確な実態把握のため、患者からの質問等がございましたら「ご協力のお願い」に記載の調査事務局まで直接ご連絡いただけるよう、ご説明ください。

＜かかりつけ医患者票の返送方法＞

- ・ご回答者（患者）が直接、返信用封筒（切手不要）にてご返送いただく形となります。

＜同封させていただいた資料＞

① 調査へのご協力をお願い……………	1 通	}	貴施設にてお読み頂き、 またご回答・ご返送頂く 資料です。
② 患者票の配布に際してのお願い（本状）……………	1 通		
③ 調査実施要綱（白色）……………	1 通		
④ 施設票 （白色）……………	1 通		
⑤ 返信用封筒（緑色・長3）……………	＜ 1 通	}	患者の方にご配布頂く 資料です。
⑥ 患者調査へのご協力をお願い（白色）……………	8 通		
⑦ 患者票 ……………	8 通		

配布方法についてご不明な点は、下記までお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

【お問い合わせ先】

E-mail : jp_cons_kensho2021_01@pwc.com

※電話は混み合う場合もございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。

E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL : 0120-947-259（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

以上