

令和2年12月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

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2年度調査）

「受診時の定額負担に関する実態調査」 調査へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和2年4月の診療報酬改定においては、外来医療の機能分化をさらに推進し、専門的な医療を提供する機能を担う病院における負担軽減等を図る観点から、定額負担徴収義務の対象拡大が行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和2年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の病院と受診した患者の方を対象に、調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

- ◆「定額負担患者票」については、同封の「配布に際してのお願い」をご覧の上、「返信用封筒（患者用、切手不要）」とともに外来患者の方にご配布ください。
- ◆「定額負担施設票」については、ご回答の上、**令和2年12月28日(月)まで**に「返信用封筒（施設用、切手不要）」にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛てにご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

みずほ情報総研株式会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 gairai2020@mizuho-ir.co.jp

【電子調査票の送付先】 kensho201@mizuho-ir.co.jp（受信専用）

電子調査票の入手元 : <https://www.kensho2020.jp>

※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 : 0120-254-251（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）

令和2年12月

各位

厚生労働省保険局医療課

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
「受診時の定額負担等に関する調査」
患者調査へのご協力をお願い

本日は、調査のためにお時間をいただき、ありがとうございます。

厚生労働省では、診療の実態がどのようになっているかを踏まえつつ、安定的な医療の提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

令和2年4月に行われた診療報酬改定では、「一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談してもらい、大学病院などの大きな病院の外来受診はかかりつけ医からの紹介により受診してもらう」ことを推進するという観点から、患者さんに診療にかかる料金とは別の追加料金（大病院受診時定額負担）を負担してもらう仕組みを導入する病院の範囲を、広げる見直しが行われました。

このような診療報酬改定の影響や効果を検証し、次の診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「受診時の定額負担等に関する調査」を行うこととしました。

この調査は、病院の外来を受診した患者さんが、上記のような料金負担や大きな病院の受診について、どのような意識をお持ちであるかを把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものです。

調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者さんやご家族の意見を踏まえた議論に役立てるべく、大変貴重な資料として活用されます。

お手数をおかけして大変恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解の上、調査にご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

対象者

- ・ この調査は、病院の外来を受診した患者の方が対象となっております。

ご回答の期限・返送方法

- ・ お手数ではございますが、アンケート用紙にご回答いただき、**令和2年12月28日(月)**までに、同封の返信用封筒に入れ、お近くの郵便ポストにご投函ください。
- ・ 返送していただくにあたり、封筒に切手を貼る必要はございません。

(→裏面へ続きます)

A

ご回答の方法

- ・ 選択肢式の問にご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・ また、（ ）内には、数字や文章でご回答をご記入ください。

ご回答にあたって

この調査は、「令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業」について厚生労働省から委託を受けた、みずほ情報総研株式会社が実施しております。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や看護師等へ開示されることはございません。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

【連絡先】

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3
みずほ情報総研株式会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 gairai2020@mizuho-ir.co.jp
 【電子調査票の送付先】 kensho201@mizuho-ir.co.jp（受信専用）

電子調査票の入手元 : <https://www.kensho2020.jp>

※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 : 0120-254-251（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）

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2年度調査)

「受診時の定額負担等に関する実態調査」 調査実施要綱

本調査では、令和2年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「受診時の定額負担等に関する実態調査」を実施いたします。

このため、次のものを同封させていただきました。内容をご確認いただき、以下の要領で、**定額負担施設票**、**定額負担患者票**、及び返信用封筒を対象者に配布していただきますよう、ご協力の程何卒宜しくお願い申し上げます。

なお、新型コロナウイルス感染拡大の影響や、災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

記

I. 封入物一覧

- | | |
|-------------------------|-----|
| ① 依頼状..... | 1 通 |
| ② 調査実施要綱（本状）..... | 1 通 |
| ③ 患者票の配布に際してのお願い..... | 1 通 |
| ④ 定額負担施設票（白色）..... | 1 通 |
| ⑤ 定額負担患者票（ピンク色、黄色）..... | 4 通 |
| ⑥ 返信用封筒（共通、緑色・長3）..... | 5 通 |

II. 回答期限

令和2年12月28日(月)まで に

上記⑥の返信用封筒に、ご回答いただいた調査票を封入し、お近くのポストに投函してください。

※施設票を電子調査票で回答する場合

下記の「電子調査票の入手元」に示すアドレスのウェブサイトへアクセスし、画面上で調査票の左上に記載の ID 番号を入力の上、掲示されている電子調査票をダウンロードし、回答後は、電子メールに添付の上、下記の「電子調査票の送付先」に示すメールアドレス宛にご送信ください。

電子調査票の入手元	https://www.kensho2020.jp
電子調査票の送付先	kensho201@mizuho-ir.co.jp ※問い合わせ用アドレスとは異なります。

Ⅲ. 対象者と配布していただく物、回収方法

1. 定額負担施設票(白色の調査票)の対象者と配布していただく物

<対象者>

貴院の開設者・管理者、または開設者・管理者が指名した方（例；事務局長、経営管理部門職員など）

<配布していただく物>

対象の方に、封入物のうち以下のものを1部ずつ配布してください。

- ・①依頼状 1部
- ・②調査実施要領（本状） 1部
- ・④定額負担施設票（白色） 1部
- ・⑥返信用封筒（緑色・長3） 1部

<回収方法>

ご記入いただいた施設票は、返信用封筒（緑色・長3）にて、ご返送ください。

2. 定額負担患者票(ピンク色、黄色の調査票)の対象者と配布していただく物

同封の「受診時の定額負担等に関する調査」における患者票の配布に際してのお願い」をご覧ください。

Ⅳ. 施設票の記入にあたって

調査票における用語

- ・調査票中に記載の「定額負担」には、徴収が義務づけられていない200床以上の病院における、紹介状なし患者の初診・再診に係る選定療養費を含みます。

記入要領

問1. 貴施設の概要

② 開設者

- ・開設者の各選択肢の具体的な内容は、下表の通りです。

選択肢	該当するもの
01. 国立	国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構
02. 公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人
03. 公的	日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
04. 社会保険関係団体	健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
05. 医療法人	社会医療法人を除く医療法人
06. その他の法人	公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

問2. 受診時の定額負担の導入状況等

②-1、②-2 患者数および定額負担の徴収患者数等

- ・各項目の人数は、延べ人数をご記入ください。例えば、同じ患者が期間内（10月1ヶ月間）に2回受診した場合は「2人」と数えてください。

③紹介状なしであるものの、定額負担を徴収しなかった患者の有無

- ・表中に列挙した各事由について、当該事由により定額負担を徴収しなかった紹介状なしの患者が令和2年11月1日～14日の14日間に1人以上いる場合は、「1人以上いれば○」欄に○をご記入ください。
- ・複数の事由についてあてはまる患者がいる場合は、それぞれについて「1人以上あり」とみなしてください。

V. お問い合わせ先

配布・回収方法についてご不明な点は下記までお問い合わせくださいますようお願い申し上げます。

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

みずほ情報総研株式会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 gairai2020@mizuho-ir.co.jp

【電子調査票の送付先】 kensho201@mizuho-ir.co.jp（受信専用）

電子調査票の入手元 : <https://www.kensho2020.jp>

※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 : 0120-254-251（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

令和2年12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2年度調査）
「受診時の定額負担等に関する調査」における**定額負担患者票**の
配布に際してのお願い

同封いたしました**定額負担患者票**（ピンク色、黄色の調査票）は、貴院を受診された患者に、大病院の外来受診やそれに伴う定額負担等に関するお考えについてお伺いする調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、「受診時の定額負担に関する実態調査へのご協力をお願い」、「定額負担患者票」および「返信用封筒（定額負担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、お願い申し上げます。

記

<配布対象者>

定額負担の徴収義務がある病院

- ・貴施設において受診時定額負担を支払った**初診**患者 2名 （調査票の色：**ピンク色**）
- ・貴施設において受診時定額負担を支払った**再診**患者 2名 （調査票の色：**黄色**）

定額負担の徴収義務がない病院

- ・**初診**患者 2名 （調査票の色：**ピンク色**）
- ・**再診**患者 2名 （調査票の色：**黄色**）

<配布方法>

- ・**初診**患者の方（2名）には、「受診時の定額負担に関する実態調査へのご協力をお願い（次頁⑥）」、「**定額負担患者票**<**ピンク色**>（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。
- ・**再診**患者の方（2名）には、「受診時の定額負担に関する実態調査へのご協力をお願い（次頁⑥）」、「**定額負担患者票**<**黄色**>（次頁⑧）」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、定額負担施設票用・定額負担患者票用で共通の様式です。
- ・患者調査票は、調査期間中に対象者に該当される方で、調査協力について患者ご本人の同意が得られた方にお渡しください。
- ・定額負担を支払った患者が指定された人数に満たない等の理由により、不要となった定額負担患者票は、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「ご協力をお願い」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。

（→裏面へ続きます）

A

<定額負担患者票の返送方法>

- ・ 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 調査へのご協力のお願ひ……………	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 配布に際してのお願ひ（本状）……………	1 通	
③ 定額負担施設票 調査要綱（白色）……………	1 通	
④ 定額負担施設票 （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 患者調査ご協力のお願ひ（白色）……………	4 通	
⑦ 定額負担患者票 （ピンク色）※初診患者用…	2 通	
⑧ 定額負担患者票 （黄色）※再診患者用……………	2 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。

以上

<お問い合わせ先>

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3
みずほ情報総研株式会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 gairai2020@mizuho-ir.co.jp
【電子調査票の送付先】 kensho201@mizuho-ir.co.jp（受信専用）
電子調査票の入手元 : <https://www.kensho2020.jp>

※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 : 0120-254-251（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）

⑩他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。

01. ICTを活用している

 活用しているICT (あてはまる番号すべてに○)	11. メール	12. 電子掲示板
	13. グループチャット	14. ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）
	15. その他（具体的に： _____）	

02. ICTを活用していない

問2. 貴施設における受診時の定額負担の導入状況等についてお伺いします。

① 貴施設の医科における定額負担の有無・金額（単価（税込））についてお伺いします。なお、金額について複数の単価がある場合は、対象患者が最も多いものをご記入ください。

初診時定額負担	令和元年10月1日時点	01. 定額負担なし 02. 定額負担あり →単価：（ ）円
	令和2年10月1日時点	01. 定額負担なし 02. 定額負担あり →単価：（ ）円
	定額負担を最初に導入した時期	西暦（ ）年（ ）月
	定額負担の金額の変更状況	01. 金額変更なし 02. 金額変更あり →直近の変更時期：西暦（ ）年（ ）月
再診時定額負担	令和元年10月1日時点	01. 定額負担なし 02. 定額負担あり →単価：（ ）円
	令和2年10月1日時点	01. 定額負担なし 02. 定額負担あり →単価：（ ）円
	定額負担を最初に導入した時期	西暦（ ）年（ ）月
	定額負担の金額の変更状況	01. 金額変更なし 02. 金額変更あり →直近の変更時期：西暦（ ）年（ ）月

②-1 貴施設における、令和元年10月および令和2年10月の初診の患者数、初診時の定額負担の徴収患者数、紹介率、逆紹介率等をご記入ください。

	令和元年10月	令和2年10月
1) 初診の患者数（延べ人数）	（ ）人	（ ）人
2) うち、紹介状なしの患者数	（ ）人	（ ）人
3) うち、初診時定額負担の徴収患者数	（ ）人	（ ）人
4) うち、他の医療機関を紹介した患者数	（ ）人	（ ）人
5) うち、初診時定額負担を徴収した後、貴施設で再診を受けた患者数	（ ）人	（ ）人
6) うち、救急患者数	（ ）人	（ ）人
7) うち、紹介患者数	（ ）人	（ ）人
8) うち、逆紹介患者数	（ ）人	（ ）人
9) 紹介率 *1	（ . ）%	（ . ）%
10) 逆紹介率 *2	（ . ）%	（ . ）%

*1 紹介率 = (紹介患者数 + 救急患者数) ÷ 初診の患者数 × 100
 *2 逆紹介率 = 逆紹介患者数 ÷ 初診の患者数 × 100
 ※初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義については、診療報酬上の定義に従ってください。
 ※紹介率、逆紹介率は小数点以下第2位を四捨五入し、第1位までをご記入ください。

②-2 貴施設における、令和元年10月および令和2年10月の再診の患者数、再診時の定額負担の徴収患者数をご記入ください。		
	令和元年10月	令和2年10月
1)再診の患者数（延べ人数）	()人	()人
2)うち、他医療機関を紹介したにもかかわらず貴施設を受診した患者数	()人	()人
3)うち、再診時定額負担の徴収患者数	()人	()人

【③には、初診時定額負担または再診時定額負担を導入している場合にのみ、ご回答ください。】

③ 令和2年11月1日～14日の14日間において、紹介状を持たない初診の患者や、他医療機関を紹介したにもかかわらず貴施設を受診した再診の患者であるものの、定額負担を徴収しなかった患者がいましたか。		
※下記の各事由について、あてはまる患者が1人以上いる場合に、「1人以上いれば○」欄に○をご記入ください。 ※複数の事由についてあてはまる患者がいる場合は、それぞれについて「1人以上あり」と見なしてください。	初診の患者	再診の患者
	1人以上 いれば○	1人以上 いれば○
1)救急の患者	01	01
2)公費負担医療の対象患者	02	02
3)無料低額診療事業の対象患者	03	03
4)H I V感染者	04	04
5)自施設の他の診療科を受診中の患者	05	05
6)医科と歯科の間で院内紹介した患者	06	06
7)特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者	07	07
8)救急医療事業における休日夜間受診患者	08	08
9)周産期事業等における休日夜間受診患者	09	09
10)外来受診後そのまま入院となった患者	10	10
11)治験協力者である患者	11	11
12)災害により被害を受けた患者	12	12
13)労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	13	13
14)周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者	14	14
15)保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者 (具体的に: _____)	15	15
16)説明しても同意が得られない患者	16	16
17)総合診療科を受診した患者	17	17
18)その他 (具体的に: _____)	18	18

【④-1、④-2には、**初診時**定額負担を導入している場合にのみ、ご回答ください。】

④-1 初診時 定額負担の導入または金額変更により、外来の機能分化が進みましたか。(○は1つ)		
01. とても進んだ	02. 一定程度進んだ	
03. あまり進んでいない	04. 全く進んでいない	05. わからない
【④-1で03または04を選んだ場合】		
④-2 外来の機能分化を進めるためには、どのような政策が必要だとお考えですか。(あてはまる番号すべてに○)		
01. 更に高い定額負担の金額を設定する →具体的な金額()円		
02. 定額負担を徴収できない(または徴収しなくてもよい)患者の範囲を限定する		
03. かかりつけ医の機能に関する国民への周知を進める		
04. その他 具体的に()		

【⑤-1、⑤-2には、**再診時**定額負担を導入している場合にのみ、ご回答ください。】

⑤-1 再診時 定額負担の導入または金額変更により、外来の機能分化が進みましたか。(○は1つ)		
01. とても進んだ	02. 一定程度進んだ	
03. あまり進んでいない	04. 全く進んでいない	05. わからない
⑤-2 (⑤-1で03または04を選んだ場合のみ) 外来の機能分化を進めるためには、どのような政策が必要だとお考えですか。(あてはまる番号すべてに○)		
01. 更に高い定額負担の金額を設定する ⇒具体的な金額()円		
02. 定額負担を徴収できない(または徴収しなくてもよい)患者の範囲を限定する		
03. かかりつけ医の機能に関する国民への周知を進める		
04. その他 具体的に()		

問3. 外来医療の機能分化を進める上での問題点・課題等について、ご意見・ご要望等がございましたらご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。
 お手数をおかけいたしますが、**12月28日(月)**までに専用の返信用封筒(切手不要)に封入の上、お近くのポストに投函してください。

ID番号：

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2年度調査）
受診時の定額負担等に関する調査 定額負担患者票

※この**定額負担患者票**は、患者さんに、紹介状なしで大きな病院を受診した際に発生する料金負担や大きな病院の受診についての意識をお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。

※（ ）内には、具体的な数値、用語・理由などをご記入ください。わからない場合は「-」をご記入ください。

問1. 患者さん（本日診療を受けた方）についてお伺いします。

①性別 ※○は1つ	01. 男性	02. 女性	② 年齢	() 歳
③お住まい	() 都・道・府・県 ※都道府県名まで			
④本日の受診 ※○は1つ	01. 初診 *	02. 再診		

*…「初めて受診した」場合や、「前回受診した際の症状が治って治療が終了した後に、別の症状等で改めて受診した」場合、「患者さんの都合で診療を中断し、改めて受診した」場合などが、初診にあたります。

問2. 大病院受診時定額負担の仕組み（下記）についてお伺いします。

<大病院受診時定額負担の仕組みについて>

- ・国は、患者さんが必要なときに必要な医療が受けられ、また、限りある医療資源を大切に活用するために、一般的な外来受診は「かかりつけ医（※）」に相談してもらい、**大学病院などの大きな病院の外来受診はかかりつけ医からの紹介により受診してもらう**ことを推進しています。
- ・そのための方策の一つとして、国は、大学病院などの大きな病院の一部に対し、紹介状なしで外来を受診する場合等に、患者さんに**診療にかかる料金とは別の追加料金**（初診時：5,000円以上、再診時：2,500円以上）を負担してもらう仕組みを導入しています。

※「かかりつけ医」とは、何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師をいいます。

① あなた（患者さん）は、上記の大病院受診時定額負担の仕組みを知っていますか。（○は1つ）

- 01. 仕組みがあることも、仕組みが設けられている理由も知っていた
- 02. 仕組みがあることは知っていたが、仕組みが設けられている理由は知らなかった
- 03. 仕組みがあることを知らなかった

問3. 大きな病院の受診に関するあなたの意識についてお伺いします。

<下記の2つのケースを想定したうえで、お答えください>

【ケースA】 前日から、1日5回以上水のような下痢と、排便により改善する軽い腹痛が続いていたが、今朝、朝食を嘔吐してしまったため、症状を和らげるための受診を考えている。

【ケースB】 数日前に、胸のあたりに圧迫感や締め付けられるような感じと、冷や汗が出たり呼吸しにくかったりする状態が続いた。その後症状は落ち着いたが、心配だ。

①あなたは、**紹介状を持たずに初診外来を受診するにあたり、診療の料金とは別にかかる追加料金（大病院受診時定額負担）**の額がいくらまでであれば、追加料金を支払って大きな病院を受診しようと思いますか。
(○はそれぞれ1つ)

<ケースAの場合>		<ケースBの場合>	
01. 少しでも負担があれば大きな病院を受診しない		01. 少しでも負担があれば大きな病院を受診しない	
02. 5,000円まで	03. 6,000円まで	02. 5,000円まで	03. 6,000円まで
04. 7,000円まで	05. 8,000円まで	04. 7,000円まで	05. 8,000円まで
06. 9,000円まで	07. 10,000円まで	06. 9,000円まで	07. 10,000円まで
08. 15,000円まで		08. 15,000円まで	
09. 追加料金がいくらでも大きな病院を受診する		09. 追加料金がいくらでも大きな病院を受診する	

②あなたは、初診外来時に追加料金（大病院受診時定額負担）が生じる大きな病院を受診した後に、他の医療機関を紹介されたとします。このように、**他の医療機関を紹介されたにも関わらず、同じ病院を再度受診すると**、この場合も、診療の料金とは別に**追加料金**を支払うこととなります。この額がいくらまでであれば、同じ病院を受診しようと思いますか。ケースAについてお答えください。
(○は1つ)

<ケースAの場合>	
01. 少しでも負担があれば大きな病院を受診しない	
02. 2,500円まで	03. 3,000円まで
04. 4,000円まで	05. 5,000円まで
06. 7,500円まで	07. 10,000円まで
08. 追加料金がいくらでも大きな病院を受診する	

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

お手数をおかけいたしますが、12月28日（月）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入の上、お近くのポストに投函してください。