新医第３６９号(業)
令和６年９月１９日

郡市医師会長　様

新潟県医師会長
堂　前　洋一郎

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養に関する取扱いについて

このことについて、日本医師会より別添のとおり通知がありました。

令和６年10月１日から後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）につきましては、選定療養費として特別な料金を徴収することになりますが、医療上必要があると認められる場合や後発医薬品の在庫状況等から提供することが困難な場合については、選定療養の対象とはせずに保険給付の対象とすることができるとされております。

このたび、厚生労働省より具体的な理由が示された「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」、保険外併用療養費及び特別の料金の額の具体的な計算方法を示した「長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法について」及び「長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その１）」が発出されたとのことです。

つきましては、貴会におかれましてもご承知いただきますとともに、貴会会員にご周知くださるようお願いいたします。

〇参考：長期収載品の選定療養に関する取扱い
（長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。））

医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。
なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。

①　長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。
②　当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。

③　学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。

④　後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。

レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため
820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため
820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため
820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため
820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため

日医発第718号（保険）
令和６年７月１７日

都道府県医師会
社会保険担当理事　殿

日本医師会常任理事
長　島　公　之
（公印省略）

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養に関する取扱いについて

令和６年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、令和６年３月７日付け（日医発第2149号（保険））「令和６年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省より、長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合の「医療上必要があると認められる場合」の具体的な理由が示された「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」、保険外併用療養費及び特別の料金の額の具体的な計算方法を示した「長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法について」及び「長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その１）」が発出されましたので、ご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「令和６年度　診療報酬改定に関する情報」に掲載を予定しております。

＜添付資料＞

・「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
（令6.7.12　保医発0712第１号　厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官）
・長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法について
（令6.7.12　事務連絡　厚生労働省保険局医療課）
・長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その１）
（令6.7.12　事務連絡　厚生労働省保険局医療課）

保医発 0712 第１号
令和６年７月 12 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）長　　殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（　公　印　省　略　）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（　公　印　省　略　）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

標記について、保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令（令和６年厚生労働省令第 35 号）、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する告示（令和６年厚生労働省告示第 55 号）等が、令和６年３月５日に公布され、長期収載品に係る処方箋様式の改正等については令和６年 10 月１日から施行されることに伴い、下記の通知の一部を別添のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関等及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

記

別添　「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年８月７日保険発第 82 号）の一部改正について

別添１

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年８月７日保険発第 82 号）

別紙１

診療報酬請求書等の記載要領

Ⅰ　一般的事項

１　診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式」（平成 20 年厚生労働省告示第 126 号）に定める様式により扱うものとするが、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（令和６年こども家庭庁・厚生労働省告示第４号）により改正のあった様式については、令和６年７月１日（６月診療分）から新様式により扱うものとし、令和６年５月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。

２　診療報酬請求書等の用紙の大きさはＡ列４番とすること。

ただし、電子計算機により作成する場合は、Ａ列４番と±６ｍｍ（縦方向）、＋６ｍｍ、－４ｍｍ（横方向）の差は差し支えないものであること。

３　診療報酬請求書等は、別添１「診療報酬請求書等一覧表」の区分によるものであること。

４　診療報酬請求書等においては、単に保険医療機関又は保険薬局とのみ表示しているが、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養の給付（以下「後期高齢者医療」という。）又は公費負担医療に係るもの（後期高齢者医療のうち保険医療機関におけるものを除く。）については「保険医療機関」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医療機関」と、「保険薬局」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当薬局」と読み替え、また、「保険医氏名」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものであること。

５　診療報酬請求書及び診療報酬明細書に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載すること。

なお、診療報酬請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用すること。

６　「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

Ⅱ　診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第１　診療報酬請求書（医科・歯科、入院・入院外併用）に関する事項（様式第１(１)）

１　「令和　年　月分」欄について

診療年月を記載すること。したがって、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成すること。

なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

２　「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード７桁を記載すること（別添２「保険者番号公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領」（以下「設定要領」という。）の第４を参照）。

３　「別記　　殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例）　別記　　全国健康保険協会理事長
　　千代田区長
　　東京都知事

４　「令和　年　月　日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

５　「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名」欄について

（１）　保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

（２）　保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

６　「 入・外 」欄について

入院・外来については、入院・外来別にそれぞれ請求することとしたことに伴い入院に係る分は「入」の文字を、入院外に係る分は「外」の文字を〇で囲むこと。なお、「入」又は「外」のみを印刷した様式を用いても差し支えないこと。

なお、救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなす場合は、入院に係るものとして取り扱うこと。

７　「医療保険」欄について

（１）　医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」

に示すとおりであること。

（２） 入院分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「負担金額」の項の合計を記載すること。

「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険の食事療養及び生活療養に係る件数の合計を、「回数」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に記載されている回数の合計を、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項に記載されている金額の合計を、「標準負担額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額の合計を記載すること。

（３） 入院外分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載すること。

（４） 「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄、「医保単独（本人）」欄の「小計」欄、「医保単独（家族）」欄の「小計」欄、「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

（５） 「①合計」欄には、「医保（７０以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上一般・低所得」欄の「小計」欄と、「医保（７０以上７割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（６歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

（６） 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあっては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

８ 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

（１） 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

（２） 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と２種の公費負担医療（例えば、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号。以下「感染症法」という。）による結核患者の適正医療と障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成 17 年法律第 123 号。以下「障害者総合支援法」という。）による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療（以下「精神通院医療等」という。）の併用の場合は、１枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は２件となること。

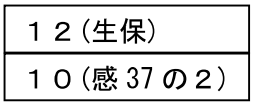
（３） 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点

数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。

（４）　「一部負担金（控除額）」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（５）　「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

９　「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

（１）　公費負担医療のみで２種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。公費負担医療が２種の場合、例えば生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）による医療扶助に係る分と感染症法による結核患者の適正医療に係る分とを併せて請求する場合には「  」欄に記載することとし、これ以外の公費負担医療の組合せについて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法による医療扶助、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等の３種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

（２）　「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書並びに食事療養及び生活療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、１枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、２件ないし３件となること。

（３）　「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に３種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法による医療扶助に係る点数は「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数をも合計して記載すること。

（４）　「一部負担金（控除額）」欄の記載方法は、８の（４）と同様であること。

（５）　「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る記載を省略した明細書については、「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に３種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法による医療扶助に係る金額は明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の金額を合計して記載すること。

10　「公費負担」欄の「公費単独」欄について

（１）　公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

（２）　「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書並びに食事療養及び生活療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（３）　「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。

（４）　「一部負担金（控除額）」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、公費負担医療制度ごとに明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「一部負担金額」の項の金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（５）　「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載されている金額をそれぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

11　「②合計」欄について

「公費と医保の併用」、「公費と公費の併用」及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

12　「総件数①＋②」欄について

「①合計」欄及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

13　「備考」欄について

（１）　定数超過入院に該当する保険医療機関にあっては、超過　（略称の□囲みについては、〇囲みでもよいこと。以下同じ。）と記載すること。

（２）　医療法（昭和 23 年法律第 205 号）の人員標準を満たさない保険医療機関にあっては、標欠　と記載すること。

第２　診療報酬請求書（医科・入院外）に関する事項（様式第１(２)）

診療報酬請求書（医科・入院外）の記載要領については、第１の例によること。この場合において、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあっては、入院外分の記載に係る例によること。

第２の２　診療報酬請求書（医科・歯科）に関する事項（様式第８）

診療報酬請求書（医科・歯科）の記載要領については、次に掲げる事項を除き、第１の例によること。なお、「３　「別記　　殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えるものであること。

１　「後期高齢者医療」欄について

（１）　後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。

（２）　療養の給付の「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄、食事療養・生活療養の「件数」欄、「回数」欄、「金額」欄及び「標準負担額」欄については、第１の７の（２）及び（３）と同様であること。この場合、「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料（災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。）」とあるのは「高齢者医療確保法第 69 条第１項の規定に基づき減額された一部負担金」と読み替えるものであること。

（３）　医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあっては、「後期高齢一般・低所得」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢一般・低所得」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

２　「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

（１）　後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

（２）　「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と２種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と障害者総合支援法による精神通院医療等）の併用の場合は、１枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は２件となること。

（３）　「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。

（４）　「一部負担金」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（５）　「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項

に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

第３　診療報酬明細書の記載要領（様式第２）

１　診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

（１）　明細書は、白色紙黒色刷りとすること。

（２）　左上の隅より右へ 12mm、下へ 12mmの位置を中心に半径２mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。

（３）　同一の被保険者等が２以上の傷病について診療を受けた場合においても、１枚の明細書に併せて記載すること。

（４）　同一月に同一患者につき、入院診療と入院外診療とが継続してある場合には、入院、入院外についてそれぞれ別個の明細書に記載すること。

なお、初診から直ちに入院した場合は、入院分のみの明細書に記載すること。

また、再診から直ちに入院した場合であって、入院の明細書において、再診料又は外来診療料の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算を算定する場合は「特定入院料・その他」の項に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に当該加算の名称を記載すること。ただし、入院基本料を算定する入院の場合は「入院基本料・加算」の項に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に当該加算の名称を記載すること。

（５）　入院中の患者（ＤＰＣ算定病棟に入院している患者を除く。）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「 他（受診日数：〇日）」を記載すること。ただし、特定入院料、一般病棟入院基本料（療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を１０％減算する場合（他の保険医療機関において、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、体外照射の強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、ガンマナイフによる定位放射線治療、直線加速器による放射線治療の定位放射線治療の場合又は粒子線治療に係る費用を算定し、５％減算する場合を含む。）には、受診した他の保険医療機関のレセプトの写しを下端を 50mm程度切りとって添付すること。レセプトの写しの添付が困難である場合には、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。外来診療を行った保険医療機関は、レセプトの「摘要」欄に、「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数：〇日）」を記載すること。

また、入院中の患者（ＤＰＣ算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載す

ること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に 他 とそれぞれ記載すること。他の保険医療機関を受診した際の費用の一切を入院医療機関において算定する場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に 他 とそれぞれ記載すること。

（６） 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。

（７） 同一月に同一患者につき、介護老人保健施設又は介護医療院に入所中の診療と介護老人保健施設又は介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。

（８） 短期滞在手術等基本料１を算定する場合は、入院外の明細書（様式第２（２））を使用すること。

（９） 電子計算機の場合は、以下によること。

ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えないこと。

イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

ウ 用紙下端の空白部分は、ＯＣＲ処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。

エ 電子計算機用のＯＣＲ関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成９年８月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。

オ 記載する文字は、ＪＩＳＸ０２０８において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

２ 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

（１） 「令和 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。

（２） 「都道府県番号」欄について

別添２「設定要領」の別表２に掲げる都道府県番号表に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載すること。

（３） 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード７桁を記載すること（別添２「設定要領」の第４を参照）。

（４） 「保険種別１」、「保険種別２」及び「本人・家族」欄について

ア 「保険種別１」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち１つを○で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険　　１ 社・国

公費負担医療（健康保険、国民健康保険又は後期高齢者医療との併用の場合を除く。）

	２　公費
後期高齢者医療	３　後期

イ　「保険種別２」欄については、「保険種別１」欄のそれぞれについて、以下の左の別に応じ、右の番号を〇で囲むこと。

単独	１　単独
１種の公費負担医療との併用	２　２併
２種以上の公費負担医療との併用	３　３併

（注）　公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。）を含むこと。

ウ　ア及びイについては、〇で囲むことを省略しても差し支えないこと。

エ　「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち１つを〇で囲むこと。なお、未就学者である患者（６歳に達する日以後最初の３月 31 日以前の患者をいう。以下同じ。）は「３」又は「４」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「７」、「８」、「９」又は「０」を〇で囲むこととし、また、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「１」又は「２」、被保険者（その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。））は「５」又は「６」を〇で囲むこととし、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を〇で囲むこと。

なお、入院の場合は、「１　本入」（若しくは「１　本」）、「３　六入」（若しくは「３　六」）、「５　家入」（若しくは「５　家」）、「７　高入一」（若しくは「７　高一」）又は「９　高入７」（若しくは「９　高７」）、外来の場合は、「２　本外」（若しくは「２　本」）、「４　六外」（若しくは「４　六」）、「６　家外」（若しくは「６　家」）、「８　高外一」（若しくは「８　高一」）又は「０　高外７」（若しくは「０　高７」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

１　本人入院	１　本入
２　本人外来	２　本外
３　未就学者入院	３　六入
４　未就学者外来	４　六外
５　家族入院	５　家入
６　家族外来	６　家外
７　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院	７　高入一
８　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来	８　高外一
９　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付入院	９　高入７
０　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付外来	０　高外７

（注１）　後期高齢者医療一般のうち、１割負担の者と、２割負担の者の判別については、「特記事項」欄に記載される所得区分により行うため、特段の記載は必要ない。

オ　電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

（ア）　当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

（イ）　選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

（５）　「保険者番号」欄について

ア　設定された保険者番号８桁（国民健康保険については６桁）を記載すること（別添２「設定要領」の第１を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

イ　公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

（６）　「給付割合」欄について

国民健康保険の場合、該当する給付割合を〇で囲むか、（　）の中に給付割合を記載すること。ただし、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

（７）　「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア　健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「被保険者証等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。なお、電子資格確認の場合は、オンラインにより提供された資格情報から、これらの記載を行うこと。

イ　記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「ー」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。また、枝番は「（枝番）」の後ろに記載すること。

ウ　当該記号及び番号のうち〇で囲んだ文字に代えて当該文字を（　）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（　）を省略しても差し支えないこと。なお、被保険者が、月の途中において、記号若しくは番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号又は番号を記載すること。

（８）　「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

ア　医療券等に記入されている公費負担者番号８桁を記載すること（別添２「設定要領」の第２を参照）。

イ　別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療を「第１公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担医療を「第２公費」という。）記載すること。

ウ　保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第１公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第２公費として取り扱うものとすること。

（９）　「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について

医療券等に記入されている受給者番号７桁を、第１公費については「公費負担医療の受給者番号①」欄に、第２公費については「公費負担医療の受給者番号②」欄に記載すること（別添２「設定要領」の第３を参照）。

(10)　「区分」欄について

当該患者が入院している病院又は病棟の種類に応じ、該当する文字を〇で囲むこと。また、月の途中において病棟を移った場合は、そのすべてに〇を付すこと。

なお、電子計算機の場合は、コードと名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

０１精神（精神病棟）、０２結核（結核病棟）、０７療養（療養病棟）

(11)　「氏名」欄について

ア　姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ　性別は該当するものを〇で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「１　男」、「２　女」と記載しても差し支えないこと。

ウ　生年月日は以下によること。

（ア）　該当する元号を〇で囲み、生まれた年月日を記載すること。

（イ）　電子計算機の場合は、元号については「１　明」、「２　大」、「３　昭」、「４　平」、「５　令」と記載すること。

エ　電子レセプトによる請求を行う場合は、アによる姓名と別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

(12)　「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「１　職務上」、「２　下船後３月以内」又は「３　通勤災害」のうち該当するものを〇で囲むこと。ただし、「１　職務上」及び「３　通勤災害」については、災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後３月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「２　下船後３月以内」の番号を〇で囲むこと。

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分についてはそれぞれ１枚、入院分については、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として１枚の診療報酬明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略号を記載することとしても差し支えないこと。

１　職上（職務上）、　　２　下３（下船後３月以内）、　　３　通災（通勤災害）

(13)　「特記事項」欄について

記載する略号をまとめると、以下のとおりであること。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	略　号	内　　容
０１	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和 48 年 10 月 30 日付保発第 42 号、庁保発第 26 号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正 15 年勅令第 243 号）第 42 条及び高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成 19 年政令第 318 号。以下「高齢者医療確保法施行令」という。）第 15 条に規定する金額を超える場合
０２	長	以下のいずれかに該当する場合 ①　高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第１号に

		規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第 15 条第６項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
０３	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（ＣＡＰＤ）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方箋のみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
０４	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合
０７	老併	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
０８	老健	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
０９	施	平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。）
１０	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
１１	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成 18 年厚生労働省告示第 495 号）第１条第２号の規定に基づく医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
１２	器治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第３号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
１３	先進	地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合（この場合にあっては、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
１４	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であって「保険外

		併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成 18 年厚生労働省告示第 498 号）の第７号の５に規定する診療（以下「制限回数を超えて行う診療」という。）に係る診療報酬の請求である場合（この場合にあっては、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を「摘要」欄へ記載すること。）
１６	長２	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第２号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
２１	高半	月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が 75 歳に到達した月に療養を受けた者（以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。）の場合
２５	出産	平成 23 年１月 31 日保発 0131 第２号から４号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」に基づき、直接支払制度を利用する者の出産に係る診療報酬請求である場合
２６	区ア	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号。以下「難病法」という。）に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。）、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「３１」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（３割））の提示のみ又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ②　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「３１」に該当する場合を除く。）
２７	区イ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合

		①　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「３２」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「３２」に該当する場合を除く。）
２８	区ウ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「３３」に該当する場合を除く。 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「３３」に該当する場合を除く。）
２９	区エ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「３４」に該当する場合を除く。）

		70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみ又は高齢受給者証情報の提供のみの場合 ②　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「３４」に該当する場合を除く。）
３０	区オ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ②　「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「３５」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ②　「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合
３１	多ア	以下のいずれかに該当する場合 ①　70 歳未満で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾病医療支援又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合（以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。ただし、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業については、特記事項「３４」及び同「３５」に限る。） ②　70 歳以上で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３２	多イ	以下のいずれかに該当する場合 ①　70 歳未満で「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧

		ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ②　70歳以上で「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３３	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 ①　70歳未満で「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ②　70歳以上で「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３４	多エ	以下のいずれかに該当する場合 ①　70歳未満で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ②　70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得145万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３５	多オ	70歳未満で「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
３６	加治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第３号の２の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（加工細胞等（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和36年厚生省令第１号）第275条の２に規定する加工細胞等をいう。以下同じ。）に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合

３７	申出	別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合（この場合にあっては、当該療養の名称及び当該療養について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
３８	医併	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
３９	医療	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
４１	区カ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ①　課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみ又は後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ②　課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「４３」に該当する場合を除く。）
４２	区キ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ①　課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））の提示のみ又は後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ②　課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「４４」に該当する場合を除く。）

４３	多カ	後期高齢者医療で課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
４４	多キ	後期高齢者医療で課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）

※　「区カ」、「区キ」、「多カ」及び「多キ」については、令和４年 10 月１日から適用する。令和４年９月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあっては従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

(14)　「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

なお、外来診療料を算定する場合は、「（　床）」の欄に、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（以下「許可病床」という。）のうち一般病床に係るものの数を記載すること。また、特定疾患療養管理料を算定する場合、病院である保険医療機関にあっては、「（　床）」の欄に、許可病床の数を記載すること。また、月の途中において当該病床数が変更した場合は、当該欄には変更後の病床数（以下「病床数」という。）を記載し、「摘要」欄に変更日と変更前の病床数を記載すること。

(15)　「傷病名」欄について

ア　傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（令和４年４月 22 日付保発 0422 第１号）（本通知が改正された場合は改正後の通知によること。）別添３に規定する傷病名を用いること。別添３に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（令和６年３月 27 日医療課事務連絡）に取りまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

イ　主傷病、副傷病の順に記載すること。主傷病については原則として１つ、副傷病については主なものについて記載することとし、主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。

ウ　薬剤料に係る所定単位当たりの薬価が 175 円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、イに基づき記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとすること。ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りでないこと。

エ　傷病名が４以上ある場合には、「傷病名」欄の余白に順次番号を付し、傷病名を記載し、又は当該欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に順次番号を付して記載し、最終行の下に実線を引いてその他の記載事項と区別し、記載した傷病名に対応する診療開始日を、傷病名の右側（傷病名の右側に余白がない場合は、当該傷病名の次の行の行末）に記載すること。

オ　心身医学療法を算定する場合にあっては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載すること。

(16)　「診療開始日」欄について

ア　当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載すること。ただし、「傷病名」欄が単一病名の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月中に治癒又は死亡したものについては、記載を省略しても差し支えないこと。

イ　同月中に保険種別等の変更があった場合には、その変更があった日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

ウ　同一の患者に対する診療継続中に、当該保険医療機関において、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該保険医療機関の診療内容の継続性が認められて継続して保険医療機関の指定を受けた場合を除き、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

(17)　「転帰」欄について

治癒した場合には「治ゆ」の字句を、死亡した場合には「死亡」の字句を、中止又は転医の場合には「中止」の字句をそれぞれ〇で囲むこと。

なお、２以上の傷病にわたる場合は「傷病名」欄の番号を付して「転帰」欄に区分して記載すること。

電子計算機の場合は、それぞれの傷病名と同じ行に「治ゆ」、「死亡」又は「中止」の字句を記載することとしても差し支えないこと。

(18)　「診療実日数」欄について

ア　「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第１公費及び第２公費に係る診療実日数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の診療実日数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第１公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る診療実日数を省略しても差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る診療実日数が第１公費に係る診療実日数と同じ場合は、第２公費に係る診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ　入院外分については、診療を行った日数（小児科外来診療料、地域包括診療料、認知症地域

包括診療料、小児かかりつけ診療料、開放型病院共同指導料(Ⅰ)、退院時共同指導料１及びハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定した日数並びに外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した患者に対する、疾患別リハビリテーション又は放射線照射に係る初診料、再診料又は外来診療料が算定できない期間に行われた疾患別リハビリテーション、放射線照射、の日数を含む。）を記載すること。

ウ　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合（以下「電話等再診」という。）の実日数は１日として数えること。この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

なお、平成 30 年３月 31 日以前から継続的に情報通信機器を用いて行った診療について電話等再診を算定していた患者であって、平成 30 年度改定後も引き続き一連の診療として情報通信機器を用いて行った診療について電話等再診を算定する場合は、その旨を「摘要」欄に記載し、その回数と、それ以外で電話等再診を算定する場合の回数を、それぞれ「摘要」欄に記載すること。

エ　同一日に初診、再診（電話等再診を含む。）が２回以上行われた場合の実日数は、１日として数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

オ　入院分については、入院日数を記載すること。

なお、入退院日は、それぞれ１日として数えること。

カ　(16)のアのただし書きの場合、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、この場合においても、診療実日数は記載するものであること。

キ　同一日に複数科を受診した場合の初診料・再診料・外来診療料を算定しない科に係る診療実日数については、初診料・再診料・外来診療料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載するものとすること。

ク　小児特定疾患カウンセリング料のロ、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、在宅療養指導料、がん患者指導管理料のロ若しくはハ、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、退院時共同指導料１、外来排尿自立指導料、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、精神科退院時共同指導料１、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、介護職員等喀痰吸引等指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した同一日に医師の診療が行われない場合は、実日数として数えないこと。

ケ　初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げるような場合は、当該行為を行った日は実日数として数えないこと。

（ア）　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを後日聞きに来た場合

（イ）　往診等の後に薬剤のみを後日取りに来た場合

（ウ）　初診又は再診の際検査、画像診断等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後日検査、画像診断等を受けに来た場合

コ　初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合について、これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が使用された日は実日数として数えないこと。また、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合について、当該

検体採取が実施された日は実日数として数えないこと。

(19)　「点数」欄について

ア　診療行為等の名称又は略称、所定点数、回数及び合計点数を記載すること。「×」がない場合及び「×」があっても算定した所定点数が複数の場合は、所定点数及び回数の記載は省略して差し支えないこと。なお、「回」、「単位」又は「日間」がない場合は合計点数のみとすること。

イ　「点数」欄に記載すべき診療行為等の名称又は略称、回数、所定点数その他の事項を欄内に書ききれない等の場合は、それらの事項を「摘要」欄に記載すること。なお、それ以外の場合も、それらの事項を「摘要」欄に記載することは差し支えないこと。

ウ　公費負担医療のみの場合であっても、当月診療に係るすべての回数及び点数を記載すること。感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法による医療扶助との併用の場合は、生活保護法による医療扶助に係る診療内容が該当するものであること。

(20)　「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について

ア　通則

各欄又は「摘要」欄への診療行為等の名称（以下この項において単に「名称」という。）、回数及び点数の記載方法は、次のイからシまでのとおりであること。また、名称、回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は次のとおりであること。ただし、（ウ）に掲げる別表Ⅲについては、診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院からの電子レセプト請求による場合に限るものとする。

（ア）　別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）」

（イ）　別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」

（ウ）　別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）」

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰから別表Ⅲまでの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰから別表Ⅲにおいて、令和６年６月１日適用の旨が表示されたコードについては、令和６年 10 月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。

書面による請求を行う場合においては、名称について、別表Ⅳ「診療行為名称等の略号一覧（医科）」に示す略号を使用して差し支えないこと。

イ　「初診」欄について

（ア）　診療時間内の初診の場合には回数及び点数を記載し、時間外、休日又は深夜に該当する場合は、該当する文字を〇で囲み、その回数及び点数を記載すること。

また、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称を、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、通常の時間外、休日又は深夜加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称を、夜間・早朝等加算を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称をそれぞれ記載すること。

（イ）　６歳未満の乳幼児に対し初診を行った場合は、当該加算を加算した点数を記載し、乳幼児加算等の表示は必要がないこと。

（ウ） 機能強化加算、外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算、医療情報取得加算、医療ＤＸ推進体制整備加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

ウ 「再診」欄について

（ア） 外来診療料については、本欄に所要の事項を記載すること。

（イ） 再診及び外来管理加算の項には、回数及び合計点数を記載すること。

（ウ） 時間外、休日、深夜の項には、それぞれの回数及び加算点数を別掲すること。また、時間外加算の特例を算定した場合は通常の時間外加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称を、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、通常の時間外、休日又は深夜加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称を、夜間・早朝等加算を算定した場合は通常の時間外と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称をそれぞれ記載すること。

（エ） 乳幼児加算を算定した場合は、再診の項に再診料に当該加算を加算した点数を記載し、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

（オ） 時間外対応加算、明細書発行体制等加算、地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、薬剤適正使用連携加算、外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算、医療情報取得加算、看護師等遠隔診療補助加算を算定した場合には、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

エ 「医学管理」欄について

（ア） 名称、回数及び点数を記載すること。

（イ） 小児科外来診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料又は外来腫瘍化学療法診療料を算定した場合において、初診料、再診料若しくは外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日若しくは深夜加算の特例、機能強化加算、医療情報取得加算又は医療ＤＸ推進体制整備加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数及び回数を記載すること。

オ 「在宅」欄について

（ア） 往診の項、夜間の項又は深夜・緊急の項については、それぞれ、通常の往診、夜間若しくは休日の往診又は深夜若しくは緊急の往診の回数と点数を記載すること。

往診の在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「往診」の字句の次に名称を記載すること。また、看取り加算を算定した場合は、当該加算点数を記載すること。

（イ） 特別往診料を算定する場合には、往診の字句の左に 特 、その内訳の最後尾に「波浪」、「滞在」又は「波浪・滞在」と記載し、所定点数（往診料の項に定める基本点数に「注１」、「注２」及び「注３」の点数を加算した点数）と特別加算点数（波浪及び滞在に対する加算点数）とを併記すること。

（ウ） 在宅患者訪問診療の項については、回数及び総点数を記載するほか、次によること。

① 同一の患者について、同一月内に、在宅患者訪問診療料（Ｉ）の「１」のイ、ロ、「２」

のイ、ロ又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)のうち複数算定する場合には、在宅患者訪問診療の項には総点数を記載し、「摘要」欄にその内訳（それぞれの名称、回数及び総点数）を記載すること。また、乳幼児加算又は幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載すること。

② 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の在宅ターミナルケア加算のイ若しくはロを算定した場合又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「在宅患者訪問診療」の字句の次にそれぞれ名称を記載すること。また、看取り加算を算定した場合は、当該加算点数を記載すること。

③ 患家との直線距離が16ｋｍを超えた場合又は海路の場合であって、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料(Ⅰ)を算定する場合には、在宅患者訪問診療の字句の左に 特 、その内訳の最後尾に「波浪」、「滞在」又は「波浪・滞在」と記載し、所定点数に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注４」から「注８」までの点数を加算した点数と特別加算点数（波浪及び滞在に対する加算点数）とを併記すること。

（エ） 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した場合は、その他の項に名称を記載すること。なお、頻回訪問加算、在宅移行早期加算、在宅療養移行加算、包括的支援加算、在宅データ提出加算又は在宅医療情報連携加算を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

また、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の 100 分の 80 に相当する点数を算定する場合は、名称及び点数を記載すること。

（オ） 在宅がん医療総合診療料を算定した場合は、その他の項に名称、日数及び点数を記載すること。なお、小児加算、在宅データ提出加算、在宅医療ＤＸ情報活用加算又は在宅医療情報連携加算を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

（カ） 救急搬送診療料、救急患者連携搬送料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、特別訪問看護指示加算、手順書加算、衛生材料等提供加算、介護職員等喀痰吸引等指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者連携指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料、在宅患者共同診療料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料、外来在宅共同指導料又は在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料を算定した場合は、その他の項に名称、回数（単位数）及び総点数を記載すること。

在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料（注の加算を含む。）を算定した場合は、名称、回数及び総点数を記載すること。

難病等複数回訪問加算、在宅ターミナルケア加算のイ若しくはロ又は同一建物居住者ターミナルケア加算のイ若しくはロを算定した場合は、当該加算点数を記載し、「訪問看護」の字句の次にそれぞれ名称を記載すること。

在宅移行管理加算又は在宅移行管理重症者加算を算定した場合は、所定点数に当該加算を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に名称を記載すること。

夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算を算定した場合は、所定点数に当該加算を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に名称を記載すること。

遠隔死亡診断補助加算又は訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した場合は、所定点数に当該加算を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に名称を記載すること。

（キ） 在宅自己注射指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び所定点数を記載する

こと。血糖自己測定器加算、注入器加算、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算の「１」、持続血糖測定器加算の「２」又は注入器用注射針加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ク）　在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び所定点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ケ）　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び所定点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（コ）　在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、紫外線殺菌器加算又は自動腹膜灌流装置加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（サ）　在宅血液透析指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、透析液供給装置加算を算定した場合は、併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（シ）　在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

なお、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算、在宅酸素療法材料加算又は遠隔モニタリング加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。また、酸素ボンベ加算及び液化酸素装置加算について携帯用又は携帯型を用いた場合は、併せて名称を記載すること。

（ス）　在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅中心静脈栄養法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（セ）　在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅経管栄養法用栄養管セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ソ）　在宅小児経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅経管栄養法用栄養管セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅小児経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（タ）　在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅経管栄養法用栄養管セット加算を算定した場合は、併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅半固形栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（チ）　在宅自己導尿指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載するこ

と。特殊カテーテル加算の「１」、特殊カテーテル加算の「２」、特殊カテーテル加算の「３」又は携帯型精密ネブライザ加算を算定した場合は、併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ツ）　在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。人工呼吸器加算のうち、陽圧式人工呼吸器、鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器又は陰圧式人工呼吸器を使用した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。また、排痰補助装置加算又は横隔神経電気刺激装置加算を算定した場合は併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（テ）　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「１」、「２」、在宅持続陽圧呼吸療法材料加算又は遠隔モニタリング加算を算定した場合は、併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ト）　在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅ハイフローセラピー材料加算又は在宅ハイフローセラピー装置加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅ハイフローセラピー指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ナ）　在宅麻薬等注射指導管理料、在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、在宅強心剤持続投与指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。当該指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ニ）　在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ヌ）　在宅自己疼痛管理指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ネ）　在宅振戦等刺激装置治療指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。導入期加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ノ）　在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。導入期加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ハ）　在宅仙骨神経刺激療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

（ヒ）　在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を

記載すること。

（フ） 在宅肺高血圧症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、携帯型精密輸液ポンプ加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ヘ） 在宅気管切開患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、気管切開患者用人工鼻加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ホ） 在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

（マ） 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅難治性皮膚疾患処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ミ） 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料に用いる特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ム） 在宅経腸投薬指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、経腸投薬用ポンプ加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（メ） 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅腫瘍治療電場療法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（モ） 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、在宅経肛門的自己洗腸用材料加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。導入初期加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ヤ） 在宅中耳加圧療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

（ユ） 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。導入初期加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。また、在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ヨ） 在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて他の在宅療養指導管理材料加算のみを算定した場合は、その他の項に(キ)から(ユ)まで（(ニ)、(ハ)、(ヘ)、（ホ）から(ミ)まで、(メ)及び(ヤ)を除く。）に掲げる当該加算の名称を記載し、当該加算点数を記載すること。

（ラ） 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合は、名称及び点数を記載すること。また、乳幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載すること。なお、退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、その点数を記載すること。

（リ） 入院中の患者に対して、救急搬送診療料を算定した場合は、(カ)の例により記載すること。また、入院中の患者に対して退院の日に在宅療養指導管理料を算定した場合は、「退

院時在宅指導」と記載した上で(キ)から(ユ)までの例により記載すること。

（ル） 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料を算定した場合は、「在宅」欄に名称及び総点数を記載すること。

（レ） 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第２条第 15 号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、カの（エ）の例によること。

カ 「投薬」欄について

（ア） 入院分について

① 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の項にそれぞれの調剤単位数及び薬剤料の総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

また、調剤料を算定する場合は、調剤の項に日数及び点数を記載すること。

② 薬剤名、規格単位（％又はｍｇ等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関（以下「届出保険医療機関」という。）については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が 175 円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとすること。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

③ 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に日数及び点数を記載すること。

④ 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。なお、院内製剤加算を算定した場合は、調基の項に 名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（イ） 入院外分について

① 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の「薬剤」の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の「薬剤」の項にそれぞれの薬剤料の所定単位による総投与単位数と総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

② 内服の「調剤」の項には内服薬、浸煎薬及び屯服薬の投与回数及び点数を、外用の「調剤」の項には、外用薬の投与回数及び点数を記載すること。

③ 処方の項は、処方箋を交付しない場合において処方回数及び点数を記載すること。

④ 薬剤名、規格単位（％又はｍｇ等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が 175 円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとすること。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

⑤ １回の処方において、抗不安薬を３種類以上、睡眠薬を３種類以上、抗うつ薬を３種類以上、抗精神病薬を３種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬を４種類以上投与した場合であって、薬剤料（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係るものに限る。）を

所定点数の１００分の８０に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄に、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に 精減 と表示すること。

⑥　常態として、内服薬７種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の１００分の９０に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に 減 と表示すること。

⑦　また、初診料の注２、注３又は外来診療料の注２、注３を算定する保険医療機関において投与期間が３０日以上の処方をし、薬剤料を所定点数の合計の１００分の４０に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に 減 と表示すること。

⑧　麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に処方回数及び点数を記載すること。

⑨　調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。

⑩　乳幼児加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

⑪　特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称、回数及び点数を記載すること。

⑫　抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

⑬　外来後発医薬品使用体制加算１、２又は３を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

⑭　向精神薬調整連携加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（ウ）　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第４号又は第６号に係る医薬品を投与した場合は、次の例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

〔記載例〕

ラシックス錠 20 mg　　１錠

アルダクトンＡ錠 25 mg　　１錠　　２×５

リピトール錠 10 mg　　１錠　　３×５

（薬評）

エフピーＯＤ錠 2.5

（エ）　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第２条第 15 号に基づき、長期収載品を選定療養として処方した場合（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該医薬品名の後に「（選）」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（選）　　１錠

△△△錠　　１錠　　１７×５

また、長期収載品について、医療上の必要性があるため「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載して処方箋を交付する場合は、理由について、~~今後、~~別表Ⅰに示す項目を参照して記載すること。

キ　「注射」欄について

（ア）　外来化学療法加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称及び算定回数を記載すること。

（イ）　皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射を行った場合は、皮下筋肉内及び静脈内の項に、その他の注射を行った場合は、その他の項に、注射の種類を記して、それぞれ回数及び点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所要単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。

（ウ）　点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（エ）　皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射等については、入院外分はそれぞれ１回分ごとに、入院分はそれぞれ１日分ごとに、点滴注射及び中心静脈注射等については１日分ごとに、使用した薬名、規格単位（%、mL 又はmg 等）及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、注射の各手技料の算定単位（１回又は１日）当たりの薬価が 175 円以下の場合は、使用薬剤の薬名、使用量等を記載する必要はないものとすること。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

（オ）　特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が１年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数が上限点数を超える場合は、当該上限点数から合算点数を控除して得た点数を「注射」欄のその他の項の「摘要」欄に「その他薬剤」と表示して△書きにより記載し、その合計点数をその他の項に記載すること。

（カ）　特定保険医療材料を使用した場合は、クの(イ)の例により「摘要」欄に記載すること。

（キ）　乳幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

（ク）　無菌製剤処理料の「１」又は「２」を算定した場合は、「摘要」欄に それぞれ名称及び算定回数を記載すること。

（ケ）　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第４号又は第６号に係る医薬品を投与した場合は、カの(ウ)の例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

（コ）　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第２条第 15 号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、カの（エ）の例によること。

ク　「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

（ア）　処置又は手術については、名称（処置名又は手術名）、回数及び点数を、麻酔については、麻酔の種類、回数及び点数を記載すること。麻酔を処置又は検査・画像診断に伴って行った場合は、当該処置又は検査・画像診断の種類を「摘要」欄に記載すること。対称器官の両側に対し、処置又は手術（ともに片側の点数が告示されているものに限る。）を行った場合は、左右別にそれぞれ処置名又は手術名、回数及び点数を記載すること。

（イ）　麻酔等（麻酔に伴う前処置を含む。）に伴って薬剤を使用した場合は、それぞれ使用した薬剤総量の薬価が15円を超えるものについては、個々の処置、手術又は麻酔ごとに、当該薬価から15円を控除して算定した点数を薬剤の項に記載し、使用した薬剤の薬名、規格単位（%、mL又はｍｇ等）及び使用量を個々の処置、手術及び麻酔別に「摘要」欄に記載すること。ただし、神経破壊剤については、薬価にかかわらず使用した薬剤の薬名及び規格単位を「摘要」欄に記載すること。麻酔中のショック等に対する治療等に伴う薬剤については、注射等当該治療等の該当欄に記載すること。また、処置等に伴って使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方厚生（支）局長に届け出た単価（単位　円・銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位　リットル）を「摘要」欄に、手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、「摘要」欄にそれぞれ以下のように記載すること（酸素について、複数の単価で請求する場合は、単価ごとに、単価及び使用量を記載すること。）。

ａ　手術、処置、検査等の名称は告示名又は通知名を使用する。

ｂ　手術、処置、検査等の手技料については、必ず点数を明記する。

ｃ　材料は商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順で記載する。

なお、告示の名称又は通知の名称については（　）書きとすること。

ｄ　保険医療機関における購入価格によるとなっているものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格で請求すること。

ｅ　処置、手術等の名称、手技の加算、処置（手術）医療機器等加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に処置、手術等ごとに記載すること。

〔記載例〕

例１　手術以外に使用された特定保険医療材料等

①処置名　　人工腎臓　４　その他の場合

手技の加算　導入期加算１　　１，５８０×１

②薬剤料　　使用薬剤　　点数×１

③特定保険医療材料〔商品名〕○○○○　１．４㎡

（ダイアライザー（Ⅰａ型））１，４４０円）　１個

１４４×１

例２　手術に使用された特定保険医療材料

(1)　③特定保険医療材料〔商品名〕○○○○

（ペースメーカー（デュアルチャンバ（Ⅳ型））５６１，０００円）　１個

５６，１００×１

(2)　③特定保険医療材料〔商品名〕△△△△

（輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）２，５００円）　１個

２５０×１

ｆ　酸素の費用に係る請求については、地方厚生（支）局長に届け出た液化酸素（ＣＥ、ＬＧＣ）、酸素ボンベ（大型、小型）の酸素区分、当該請求に係る単価及び使用量並びに補正率を以下の例により記載すること。

〔記載例（単価０．１９円の場合の酸素購入価格）〕

処置名　　酸素吸入　　６５×１

酸素の加算（液化酸素ＣＥ）　　７×１

（請求単価）　（使用量）　（補正率）

（０．１９円　×　３００ﾘｯﾄﾙ　×　１．３）　÷　１０　＝　７点

（注）（　）において端数整理を行った後、１０円で除して再度端数整理を行うこと。

（ウ）　処置の手技料を包括する点数を算定するに当たって併せて当該処置に係る材料、薬剤等の費用を算定する場合は、「処置」欄及び「摘要」欄に(イ)の例により記載すること。

（エ）　輸血を行った場合は、回数、点数、その他必要な事項を記載すること。なお、輸血に当たって使用した生血、自己血、保存血の別に１日の使用量及び原材料として使用した血液の総量並びに薬剤について、その薬名、使用量の内訳及び加算点数を「摘要」欄に記載すること。輸血に当たって、血液交叉試験等の加算を行った場合は、「摘要」欄にその旨を記載すること。輸血管理料を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

（オ）　時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（カ）　処置の新生児・乳児・乳幼児（６歳未満）加算、麻酔の未熟児・新生児・乳児・幼児（１歳以上３歳未満）加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（キ）　手術の 1,500 グラム未満の児・新生児（1,500 グラム未満の児を除く。以下この項において同じ。）・乳幼児（３歳未満）・幼児（３歳以上６歳未満）加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（ク）　ＨＩＶ抗体陽性の患者に対して観血的手術を行った場合は、観血的加算を算定した旨の表示は省略すること。

（ケ）　人工腎臓について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載すること。

障害者等加算又は透析液水質確保加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載の上、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載すること。

（コ）　生体腎移植術を行った場合は、「手術・麻酔」欄の余白に 腎 と、生体部分肺移植術を行った場合は 肺 と表示して腎提供者又は肺提供者の療養上の費用に係る点数及び食事に要した費用の額を 10 円で除して得た点数につき１点未満の端数を四捨五入して得た点数を合算した点数を記載すること。

この場合、食事に要した費用の額については、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省告示第 99 号）の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」による額とすること。

また、腎提供者又は肺提供者の療養上の費用に係る点数を記載した明細書（氏名、保険者番号及び被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号を除いたもの）を「摘要」欄に添付すること。

造血幹細胞移植のうち同種移植を行った場合、皮膚移植術（生体・培養）を行った場合、生体部分肝移植を行った場合又は生体部分小腸移植術を行った場合においては、「手術・麻酔」欄の余白にそれぞれ 造 、 膚 、 肝 又は 小 と表示するほか、生体腎の移植と同様に記載し、明細書の添付を行うこと。

（サ） 連続携行式腹膜灌流について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載すること。

（シ） 180 日を超える期間通算対象入院料を算定している患者であって厚生労働大臣が定める状態にあるもの（「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成 18 年厚生労働省告示第 498 号）第九のトに該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に 洗浄 と表示して回数及び合計点数を記載すること。

（ス） 「複数手術に係る費用の特例を定める件」（平成 30 年厚生労働省告示第 72 号）に規定する複数手術を同時に行った場合は、「摘要」欄に従たる手術の名称を「（併施）」を付して記載し、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を記載すること。

（セ） マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した場合には、各区分ごとの麻酔時間を「摘要」欄に記載すること。

（ソ） 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第２条第 11 号に規定する「白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給」に係る診療報酬の請求を行う場合については、その旨を「摘要」欄へ記載すること。

ケ 「検査・病理」欄について

（ア） 名称（検査・病理診断名）、回数及び点数を記載すること。所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する場合は、検査名の右に 減 と表示し、他と分けて記載すること。検査に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

また、特定保険医療材料を使用した場合は、クの(イ)の例により「摘要」欄に記載すること。

（イ） 時間外緊急院内検査加算を算定した場合には、加算点数として得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。また、特殊染色加算、嫌気性培養加算、血管内超音波加算、血管内光断層撮影加算、冠動脈血流予備能測定検査加算、血管内視鏡検査加算、心腔内超音波検査加算、超音波内視鏡検査加算、大腿骨同時撮影加算、広角眼底撮影加算、小児矯正視力検査加算、狭帯域光強調加算、バルーン内視鏡加算、内視鏡的留置術加算、粘膜点墨法加算、ガイドシース加算、ＣＴ透視下気管支鏡検査加算又は顕微内視鏡加算を算定した場合は、それぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ウ） 外来迅速検体検査加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に名称を記載すること。また、外来診療料を算定した場合であって、当該診療料に包括される検査のみに対して当該加算を算定した場合は、加算点数のみを「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に名称を記載すること。

（エ） 検体検査判断料、病理診断料又は病理判断料を算定した場合には、判断料等の区分名、名称及び所定点数を「点数」欄に記載すること。また、生体検査料の各判断料を算定した場合は、検体検査判断料と同様に記載すること。

（オ） 出血・凝固検査、血液化学検査、内分泌学的検査、腫瘍マーカーに掲げる検査（「制限

回数を超えて行う診療」に係るものを除く。）、肝炎ウイルス関連検査又は自己抗体検査（これらの所定点数を準用する場合を含む。）をそれぞれ多項目の包括の規定を適用して算定した場合であっても、回数と点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄にそれらの検査名又は略称を他の検査と区別して記載すること。これらの所定点数を準用する場合は、準用した旨を記載し、当該項目数を内訳として示すこと。例えば尿と血液を用いてそれぞれ生化学的検査（Ⅰ）に掲げる項目について検査を行った場合は、判断料については「 判 生Ⅰ」と表示し、「摘要」欄に項目名、項目数を尿を用いて行った検査、血液を用いて行った検査に分けて記載し、合計項目数も記載すること。

（カ） 基本的検体検査実施料を算定した場合は、名称を記載し、入院日数（外泊期間を除く。）及び点数を次の例により「点数」欄に記載すること。

〔記載例〕

基検（１５日）	２，１００
判 基	６０４

（キ） 検体検査管理加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）又は（Ⅳ）を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。また、遺伝カウンセリング加算、遺伝性腫瘍カウンセリング加算、骨髄像診断加算、免疫電気泳動法診断加算又は国際標準検査管理加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（ク） 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製について、確定診断のために４種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合に、「摘要」欄に名称を記載すること。

（ケ） 病理診断管理加算１又は２を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

コ 「画像診断」欄について

（ア） 画像診断の種類（撮影部位を含む。）、回数及び点数を記載すること。

（イ） 時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数として得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（ウ） 写真診断に係る場合は、写真の部位、種類、回数及び点数を記載すること。

（エ） 電子画像管理加算（エックス線診断料、核医学診断料又はコンピューター断層撮影診断料）を算定した場合には、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（オ） 画像診断に当たって、特定保険医療材料を使用した場合は、クの（イ）の例により「摘要」欄に記載すること。

（カ） フィルムを使用した場合にあっては、フィルムの種類、枚数及び大きさを記載すること。

（キ） 画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬剤名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

（ク） 基本的エックス線診断料を算定した場合は名称を記載し、入院日数（外泊期間を除く。）及び点数を次の例により「点数」欄に記載すること。

〔記載例〕

基エ （１５日）	８２５

（ケ） 写真診断、基本的エックス線診断、核医学診断又はコンピューター断層診断について、

画像診断管理加算１を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。また、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算２又は３を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

サ　「その他」欄について

（ア）　外来患者に対し処方箋を交付した場合は、処方箋の項に回数及び点数を記載し、その内訳を「摘要」欄に記載すること。

乳幼児加算を算定した場合は、処方箋の項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。また、特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方箋の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称、回数及び点数を記載すること。また、抗悪性腫瘍剤処方管理加算、一般名処方加算１又は２、向精神薬調整連携加算を算定した場合は、処方箋の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（イ）　リハビリテーションを算定した場合は、名称（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師のいずれによるものかを含む。）、回数・算定単位数及び合計点数を記載すること。

脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料について、100 分の 90 に相当する点数により算定する場合は、「摘要」欄に 「リ減」 と表示して、合計点数を記載すること。

（ウ）　早期リハビリテーション加算、初期加算、急性期リハビリテーション加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（エ）　リハビリテーション総合計画評価料の「１」・「２」、目標設定等支援・管理料の「１」・「２」、リンパ浮腫複合的治療料の「１」・「２」を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（オ）　難病患者リハビリテーション料の短期集中リハビリテーション実施加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（カ）　精神科専門療法を算定した場合は、名称、回数及び合計点数を記載すること。抗精神病特定薬剤治療指導管理料の持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合、治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定した場合は、名称を記載すること。精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの早期加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。精神科デイ・ナイト・ケアの疾患別等診療計画加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの 100 分の 90 に相当する点数を算定する場合は、 「精長減」 と表示して、点数を記載すること。

精神科継続外来支援・指導料の療養生活環境を整備するための加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

通院・在宅精神療法又は精神科継続外来支援・指導料の特定薬剤副作用評価加算を算定する場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

入院中の患者に精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアを算定した場合は、「摘要」欄に 「他精シ」 又は 「他精デ」 と記載すること。

精神科地域移行支援加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

精神科退院前訪問指導料について、必要があって複数の職種が共同して指導を行った場

合は 複職 と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)（加算を含む。）を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載し、当該加算を加算した点数を記載すること。

精神科訪問看護指示料、衛生材料等提供加算、精神科特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

家族等に対する入院精神療法、通院・在宅精神療法又は精神科退院指導料を算定した場合は、「摘要」欄に 家族 と表示すること。

重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、名称、回数及び合計点数を記載すること。また、重度認知症患者デイ・ケア料の早期加算、夜間ケア加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

精神科在宅患者支援管理料を算定した場合は、名称を記載すること。

（キ） リハビリテーション及び精神科専門療法に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬剤名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

（ク） 放射線治療管理料を算定した場合は、名称及び所定点数を記載すること。

（ケ） 放射性同位元素内用療法管理料を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

（コ） 画像誘導放射線治療加算又は体外照射呼吸性移動対策加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（サ） 放射線治療料を算定した場合は、名称、照射部位、回数及び点数を記載すること。

（シ） 小児放射線治療加算を算定した場合は、新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、３歳以上６歳未満の幼児又は６歳以上 15 歳未満の小児の区分について、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（ス） 定位放射線治療呼吸性移動対策加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（セ） 看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び入院ベースアップ評価料を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（ソ） 施設入所者共同指導料を算定した場合は、名称及び点数を記載すること。（タ） 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合における療養担当手当を算定した場合は、「その他」欄に合算して記載すること。なお、医療法の一部を改正する法律（平成９年法律第 125 号）による改正前の医療法第４条の規定による承認を受けている病院である保険医療機関（以下「旧総合病院」という。）の入院外診療分については、当分の間、従前どおり、次表に掲げる各診療科（平成 20 年４月以降において医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）及び医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）の規定に基づき、次表に定める診療科以外の診療科名がある場合には、最も近似する次表に定める診療科）ごとに療養担当手当を算定できるものであるため、次表に掲げる診療科のうち複数診療科を受診した患者の場合には、「摘要」欄に受診した診療科名を記載すること。

診　療　科		
内　　科	心臓血管外科	心　療　内　科
精　神　科	小　児　外　科	アレルギー科

神　経　科	皮膚泌尿器科	リ ウ マ チ 科
神 経 内 科	皮　膚　科	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科
呼 吸 器 科	泌 尿 器 科	
消 化 器 科	性　病　科	
胃　腸　科	こ う 門 科	
循 環 器 科	産 婦 人 科	
小　児　科	産　　科	
外　　科	婦　人　科	
整 形 外 科	眼　　科	
形 成 外 科	耳鼻いんこう科	
美 容 外 科	気 管 食 道 科	
脳 神 経 外 科	放 射 線 科	
呼 吸 器 外 科	麻　酔　科	

シ　「入院」欄について

（ア）　病院・診療所別の該当する文字を○で囲み、入院基本料について、該当する入院基本料の種類別を病院・診療所別欄の下の空欄（以下「入院基本料種別欄」という。）に別表Ⅳの略号を用いて記載すること。なお、入院基本料種別欄に書ききれない場合は「摘要」欄に記載し、また、電子計算機で該当する文字のみを印字する場合は、様式の区分、配字等を変更することとして差し支えないこと。

（イ）　管理栄養士の配置について基準を満たせない場合の経過措置に該当する場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に経措と記載すること。

（ウ）　医科点数表第１章第２部通則第８号により、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない場合又は同通則第９号により、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に 栄４０減 拘４０減と記載すること。

（エ）　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、退院が特定の時間帯に集中している又は入院日及び退院日が特定の日に集中していることにより、減算された入院基本料を算定した場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に午前減又は土日減と記載すること。

（オ）　「入院年月日」の項は、当該医療機関における入院基本料の起算日としての入院年月日を記載すること。

（カ）　「入院基本料・加算」の項について

①　入院基本料・加算の項には、入院基本料に係る１日当たりの所定点数（入院基本料及び入院基本料等加算の合計）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に当該所定点数の内訳を記載すること。ただし、入院基本料が月の途中で変更した場合は、同項において行を改めて、それぞれの入院基本料について同様に記載し、「摘要」欄に、変更の前後に分けて、当該所定点数の内訳を記載すること。

なお、入院基本料と入院基本料等加算を区分して、同項において行を改めて、同様に

記載することも差し支えない。また、名称については、別表Ⅳの略号を参照すること。

② 有床診療所入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、看取り加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。また、在宅療養支援診療所の場合には、「摘要」欄に 看取在支 と表示すること。

③ 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料について月平均夜勤時間 72 時間の要件を満たさない場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に 夜減 と記載すること。

（キ） 外泊した場合は、行を改めて入院基本料又は特定入院料を算定する日ごとに１日当たりの所定点数、日数並びに合計点数を記載し「摘要」欄に外泊した日数を記載すること。

なお、外泊した日の記載については、連続して３日を超える場合にあっては、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。

（ク） 入院患者について、専門的な診療が必要となり、他医療機関において外来を受診した場合の記載は、第３の１の（５）によること。

（ケ） 180 日を超える期間通算対象入院料を算定している患者について、月の途中で通算対象入院料を算定する期間が 180 日を超えた場合は、行を改めて減額された通算対象入院料の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。

（コ） 特別の関係にある保険医療機関等に入院又は入所していたことのある患者であって、入院期間を当該保険医療機関等の初回入院日を起算日として計算する場合は、「摘要」欄に 特別 と表示すること。

（サ） 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成 18 年厚生労働省告示第 104 号）」に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の１日当たり点数（特定入院基本料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び一般病棟入院基本料の療養病棟入院料１の例により算定する入院基本料の場合は所定点数に 100 分の 90 を乗じて得た点数、それ以外の入院基本料の場合は所定点数に 100 分の 80 を乗じて得た点数）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に 超過 と表示すること。

（シ） 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する医師等の員数の基準に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の１日当たりの所定点数（離島等所在保険医療機関以外の場合は所定点数に 100 分の 90 又は 100 分の 85 を乗じて得た点数を、離島等所在保険医療機関の場合は所定点数から所定点数に 100 分の 98 又は 100 分の 97 を乗じて得た点数）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に 標欠７ 、標欠５ と表示すること。

（ス） 「診療報酬の算定方法」第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院する患者であって、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」第２の１の（１）に規定する、診断群分類区分に該当しないと判断された患者等、診断群分類点数表により診療報酬を算定しない患者については、「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成 18 年３月 30 日保医発第 0330007 号）に従い、「摘要」欄に医科点数表に基づき算定することとなった理由等を記載すること。

（セ） 「特定入院料・その他」の項について

① 特定入院料については、算定した特定入院料の種別を別表Ⅳの略号を用いて記載し、それぞれの日数及び合計点数（①地域加算該当施設である場合、②離島加算該当施設である場合、③救命救急入院料を算定している患者について加算がある場合、④特定集中治療室管理料を算定している患者について加算がある場合又は⑤地域包括医療病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料若しくは特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定している患者について加算がある場合にあっては、それぞれの加算を加えた点数）を記載すること。

② 特定一般病棟入院料を算定している患者について、地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、特定入院料の種別の略号の後に包１又は包２と記載し、所定点数を記載すること。

(21) 「療養の給付」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公費及び第２公費の療養の給付（医療の給付を含む。以下同じ。）に係る合計点数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第１公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る合計点数が第１公費に係る合計点数と同じ場合は、第２公費に係る記載を省略しても差し支えないこと。

イ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア） 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載すること。ただし、災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。

（イ） 健康保険及び国民健康保険の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を〇で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を〇で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

ウ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（特定医療費受給者証、特

定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア） 「負担金額」の項は、一部負担金の支払いを受けた場合にはその金額を記載すること。なお、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

（イ） 「一部負担金額」の項は、高額療養費が現物給付された者に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

（ウ） 健康保険法施行令第 43 条第１項並びに同条第５項、国民健康保険法施行令（昭和 33 年政令第 362 号）第 29 条の４第１項並びに同条第３項又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項並びに同条第３項の規定が適用される者の場合は、「負担金額」及び「一部負担金額」の項には、これらの規定により算定した額（この額に１円未満の端数がある場合において、その端数金額が 50 銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が 50 銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

（エ） 健康保険法施行令第 43 条第１項第２号へ、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号へに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項第１号へに掲げる者の場合は、入院分にあっては、「Ⅰ」の字句を〇で囲むこととし、入院外分にあっては、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。

（オ） 健康保険法施行令第 43 条第１項第２号ホに掲げる者、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号ホに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項第１号ホに掲げる者の場合は、入院分にあっては、「Ⅱ」の字句を〇で囲むこととし、入院外分にあっては、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。

（カ） 健康保険及び国民健康保険の場合は、患者の負担額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を〇で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を〇で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

（キ） 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第 69 条第１項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を〇で囲み、「円」の単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を〇で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

エ　「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第１公費及び第２公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合はウの(ア)又は(イ)により記載した額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）を、金額の記載を要しないものの場合は 10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。））を記載すること。ただし、障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療（以下「小児慢性特定疾病医療支援等」という。）並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額（一部負担金）については、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含まない額とすること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合に限る。）には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載すること。また、障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援等並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額については、10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用の場合（入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合に限る。）には、10 円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の２割相当(食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。ただし、難病法による特定医療の給付対象額については含まない。)の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該２割相当(「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入する前の額。特定疾患治療研究事業については食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。)の額を記載すること。

(22)　「食事・生活」欄について

ア　「基準」の項には、入院時食事療養費に係る食事療養について算定した項目について次の略号を用いて記載すること。ただし、複数の食事療養を算定し、「基準」の項に複数の略号を記載することが困難な場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

Ⅰ（入院時食事療養Ⅰ(1)）、Ⅱ（入院時食事療養Ⅱ(1)）、Ⅲ（入院時食事療養Ⅰ(2)）、Ⅳ（入院時食事療養Ⅱ(2)）

イ　「基準」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養について１食当たりの所定金額及び回数を記載すること。ただし、算定した所定金額が複数の場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別」の項の右の項に１食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

ウ　「食堂」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養に係る食堂加算を算定した場合に、１日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

エ　「環境」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る１日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

オ　「基準（生）」の項には、入院時生活療養費に係る生活療養について算定した項目を次の略号を用いて記載すること。ただし、複数の生活療養を算定し、「基準（生）」の項に複数の略号を記載することが困難な場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

Ⅰ（入院時生活療養Ⅰ(1)イ）、Ⅱ（入院時生活療養Ⅱ）、Ⅲ（入院時生活療養Ⅰ(1)ロ）

カ　「基準（生）」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養に係る１食当たりの所定金額及び回数を記載すること。ただし、算定した所定金額が複数の場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別（生）」の項の右の項に１食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

キ　後期高齢者医療に係る食事療養又は生活療養の内容が公費負担医療に係る食事療養又は生活療養の内容と異なる場合には、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

ク　月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合又は公費負担医療に係る食事療養の給付若しくは生活療養の給付の内容が医療保険（後期高齢者医療を除く。）と異なる場合は、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

(23)　「食事・生活療養」欄について

ア　「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公費及び第２公費に係る食事療養又は生活療養の食事の提供たる療養を行った回数及び当該食事療養又は生活療養に係る金額合計を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の金額合計は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第１公費に係る食事療養又は生活療養が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る「請求」の項の記載を省略して差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る請求金額が第１公費に係る請求金額と同じ場合は、第２公費に係る「請求」の項の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「０」と記載すること。

イ　「標準負担額」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、

第１公費及び第２公費の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（生活療養標準負担額を記載した場合には、生活療養の食事の提供たる療養に係る負担額と生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る負担額の内訳を「摘要」欄に記載すること。）を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の負担額は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第１公費に係る負担額が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る負担額が第１公費に係る負担額と同じ場合は、第２公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「０」と記載すること。

ウ　健康保険法施行令第 42 条第３項第４号、国民健康保険法施行令第 29 条の３第４項第４号に掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 15 条第１項第４号に掲げる者の場合は、(21)のウの(エ)と同様とする。ただし、高齢者医療確保法施行令第 15 条第１項第４号に掲げる者のうち、同令第 14 条第６項に規定する老齢福祉年金の受給者であって、かつ、生活療養を受ける者の場合は、「摘要」欄に、「老福」と記載すること。

エ　健康保険法施行令第 42 条第３項第３号、国民健康保険法施行令第 29 条の３第４項第３号又は高齢者医療確保法施行令第 15 条第１項第３号に掲げる者の場合は、(21)のウの(オ)と同様とする。なお、入院日数が 90 日を超えた場合の特例の対象となる場合は、併せて「３月超」の字句を〇で囲むこと。

オ　平成 28 年３月 31 日において、１年以上継続して精神病床に入院していた者であって、平成 28 年４月１日以後引き続き医療機関に入院している者（当該者が一の医療機関を退院した日において他の医療機関に入院する場合を含む。）として、平成 28 年厚生労働省告示第 23 号附則第３項に規定する同告示による改正前の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を適用した場合は、「摘要」欄に、「標準負担額経過措置（精神）入院年月日：　　年　　月　　日」と記載し、入院年月日については、同項に規定する者に該当することとなった起算日となる精神病床への入院年月日を記載すること。

カ　健康保険法施行規則第 62 条の３第６号に掲げる者に該当し、適用区分欄に「オ」若しくは「Ｉ」に加え「（境）」又は「オ（境）」若しくは「Ｉ（境）」の記載のある限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証が提示又は限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は高齢者医療確保法施行規則第 40 条第６号に掲げる者に該当し、適用区分欄に「区分Ｉ」に加え「（境）」の記載のある限度額適用・標準負担額減額認定証が提示又は限度額適用・標準負担額減額認定証情報、限度額適用認定証情報が提供された場合は、「摘要」欄に「境界層該当」又は「（境）」と記載すること。

(24)　「摘要」欄について

ア　介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に 介 と記載すること。また、介護保険の適用病床において、患者の急性増悪等により、緊急に診療を行った場合についても、同様とし、この場合においては、介護保険適用の病床において、医療保険からの給付が必要となった理由（急性肺炎の治療のためなど）を簡潔に記載すること。

イ　特別養護老人ホームの入所者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）について、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師が看取り、死亡日

から遡って 30 日間に行われた診療行為に限り医療保険からの給付する場合には、「摘要」欄に死亡日を記載すること。

ウ　内訳を記載するに当たっては、項目との対応関係が明らかになるような形で記載すること。なお、診療項目名に代えて項目の番号を用いて差し支えないこと。この場合、「摘要」欄の左側点線内に当該番号を記載すること。

エ　内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例；１社・国　１単独　１本入）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

オ　同一明細書において医療保険と公費負担医療の給付の内容が異なる場合又は医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合は、「摘要」欄に記載された内訳のうち、公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様であること。

なお、医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合において、「公費分点数」欄との対応が明らかである場合はアンダーラインを省略しても差し支えないこと。

カ　レセプト作成作業を電算化していない保険医療機関が、高齢受給者の一般所得者及び低所得者に係る難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業の公費負担医療の請求を行う場合には、医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。

キ　特別養護老人ホーム等に入所中の患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に当該施設の看護師等が、当該患者に対し、点滴若しくは処置等を実施又は検査のための検体採取等を実施した場合においては、これに用いた薬剤若しくは特定保険医療材料が使用された日又は当該検体採取が実施された日を「摘要」欄に記載すること。また、当該保険医の診療日を「摘要」欄に記載すること。

ク　介護医療院の入所者に対し、保険医療機関が、介護医療院サービス費に含まれない診療行為を行った場合には、入所介護医療院名、受診した理由及び診療科を「摘要」欄に記載すること。

ケ　介護医療院の入所者については、他科受診時費用の算定の有無を「摘要」欄に記載すること。

(25)　「公費分点数」欄について

「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る請求点数を記載することとするが、併用する公費負担医療に係る請求点数が「初診」欄から「入院」欄のすべてに係る請求点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格に変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が「点数」欄に係る給付と異なる場合は、併用する公費負担医療に係る請求点数が「点数」欄に係る請求点数と異なることとなるので、この場合には「公費分点数」欄に当該公費負担医療に係る請求点数を必ず記載すること。この場合において、「点数」欄に係る請求点数と異なる公費負担医療が２種以上あるときは、「公費分点数」欄を縦に区分し、左から順次「第１公費」、「第２公費」の順で当該公費に係る請求点数を記載すること。

ただし、「点数」欄に係る請求点数と第１公費又は第２公費の請求点数が同じ場合は、縦に区分すること及び当該第１公費又は第２公費の請求点数を記載することを省略しても差し支えな

いこと。

(26)　その他

ア　３種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について

特例的に、生活保護法による医療扶助、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等の３種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号順等によらず、次の記載要領によること。

（ア）　生活保護法による医療扶助に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

（イ）　「職務上の事由」欄は記載しないこと。

（ウ）　生活保護法による医療扶助に係る診療実日数は「診療実日数」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

なお、感染症法による結核患者の適正医療又は障害者総合支援法による精神通院医療等に係る診療実日数が、生活保護法による医療扶助に係る診療実日数と同じ場合は、当該診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

（エ）　「初診」欄から「入院」欄には生活保護法による医療扶助に係る回数及び点数を記載すること。

（オ）　「公費分点数」欄は縦に２区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者総合支援法による精神通院医療等に係る請求点数を記載することとするが、生活保護法による医療扶助に係る請求点数と同じ請求点数の公費負担医療がある場合は、縦に２区分すること及び当該請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

（カ）　生活保護法による医療扶助に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

イ　医療保険と３種の公費負担医療の併用の者に係る記載要領の特例について

別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第１公費」とし、後順位の公費負担医療を順次「第２公費」、「第３公費」として、第３公費に係る公費負担者番号、受給者番号及び診療実日数を、「摘要」欄に「第３公費」と表示して、次の略称を用いて記載すること。また、第３公費に係る療養の給付の合計点数、負担金額、食事療養及び生活療養を行った日数及び当該療養に係る金額の合計額並びに標準負担額は、「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項をそれぞれ上下に区分し、上欄には第２公費に係る事項を、下欄には第３公費に係る事項を記載すること。

なお、４種以上の公費負担医療の併用の場合においても、これに準じて記載すること。

公３（公費負担者番号）、受（受給者番号）、実（診療実日数）

ウ　高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第１号又は同項第２号に規定する金額を超え

た場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長２」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に健康保険法施行令第 42 条第６項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

エ　当該患者のうち慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（ＣＡＰＤ）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方箋のみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合にあっては、「特記事項」欄に「長処」と記載すること。

オ　平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号通知に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と記載すること。

なお、当該診療が同通知に規定する配置医師による場合は、「摘要」欄に「配」と表示して回数を記載すること。

また、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

カ　患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

キ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第２号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求については、次に掲げる方法によること。

（ア）　１月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は１枚として請求すること。

（イ）　「特記事項」欄に「薬治」と記載すること。

（ウ）　治験依頼者の依頼による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

ａ　治験の依頼者の氏名及び連絡先

ｂ　治験薬等の名称及び予定される効能効果

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

（エ）　自ら治験を実施する者による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

ａ　治験責任医師の氏名及び連絡先

ｂ　治験薬等の名称及び予定される効能効果

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

（オ）　上記（ア）の場合であって、治験依頼者の依頼による治験においては、治験期間外に実施し請求の対象となる検査、画像診断、投薬及び注射（投薬及び注射については、当該治験の対象とされる薬物の予定されている効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係るものに限る。）について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

（カ）　特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘

要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。

ク　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第３号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬請求については、次に掲げる方法によること。

（ア）　１月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は１枚として請求すること。

（イ）　「特記事項」欄に「器治」と記載すること。

（ウ）　治験依頼者の依頼による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

ａ　治験の依頼者の氏名及び連絡先

ｂ　治験機器の名称

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機器を用いた手術又は処置が行われた日

（エ）　自ら治験を実施する者による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

ａ　治験責任医師の氏名及び連絡先

ｂ　治験機器の名称

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機器を用いた手術又は処置が行われた日

（オ）　上記（ア）の場合であって、治験依頼者の依頼による治験の場合においては、請求の対象となる検査、画像診断、処置及び手術について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

（カ）　治験依頼者の依頼による治験の場合であって、特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。

ケ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号、第７号又は第８号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の診療報酬請求項目と区別して記載すること。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第２条第 12 号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「器選」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

コ　地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

サ　「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」

と記載すること。また、実施した検査、リハビリテーション又は精神科専門療法ごとに、「摘要」欄に「検選」、「リハ選」又は「精選」と記載し、併せて当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載すること。

シ　自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。

ス　平成 21 年５月 29 日保発第 0529005 号から第 0529010 号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」（以下単に「実施要領」という。）に基づき直接支払制度を利用する者に関する診療報酬請求であって、かつ、実施要領に定める専用請求書中「一部負担金等」の欄に記入する金額の一部又は全部に相当する診療報酬請求である場合には、「特記事項」欄に「出産」と記載すること。

セ　救急用の自動車（消防法（昭和 23 年法律第 186 号）及び消防法施行令（昭和 36 年政令第 37 号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法（昭和 35 年法律第 105 号）及び道路交通法施行令（昭和 35 年政令第 270 号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成 19 年号外法律第 103 号）第２条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、医師の診察等の結果、緊急に入院した場合には、「摘要」欄に緊入と記載すること。

ソ　電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合については、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求するものとし、各規定により「摘要」欄に算定日（初回算定日及び前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く。）を記載することとされている点数については、その記録を省略することができる。

タ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第３号の２の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（加工細胞等に係るものに限る。）に係る診療報酬請求については、次に掲げる方法によること。

（ア）　１月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は１枚として請求すること。

（イ）　「特記事項」欄に「加治」と記載すること。

（ウ）　治験依頼者の依頼による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

ａ　治験の依頼者の氏名及び連絡先

ｂ　治験製品の名称

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験製品を用いた手術又は処置が行われた日

（エ）　自ら治験を実施する者による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

ａ　治験責任医師の氏名及び連絡先

ｂ　治験製品の名称

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験製品を用いた手術又は処置が行われた日

（オ）　上記(ア)の場合であって、治験依頼者の依頼による治験の場合においては、請求の対象

となる検査、画像診断、処置及び手術について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

（カ） 治験依頼者の依頼による治験の場合であって、特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。

チ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号の２又は第７号の２に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。

ツ 70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（３割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

テ 70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。

ト 70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用

区分が（ウ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

ナ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。

ニ　70 歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は 70 歳以上の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

ヌ　70 歳未満において「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多ア」と記載すること。

ネ　70 歳未満において「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き

所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多イ」と記載すること。

ノ　70 歳未満において「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載すること。

ハ　70 歳未満において「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多エ」と記載すること。

ヒ　70 歳未満において「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多オ」と記載すること。

フ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区カ」と記載すること。

ヘ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課

税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区キ」と記載すること。

ホ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多カ」と記載すること。

マ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多キ」と記載すること。

※　フからマまでについては、令和４年 10 月１日から適用する。令和４年９月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあってはナ及びハに従い、従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

ミ　別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合には、「特記事項」欄に「申出」と記載するとともに、当該療養の名称及び当該療養について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

ム　医療法第 30 条の 13 に規定する病床機能報告制度において、医療法施行規則第 30 条の 33 の６第１項に規定するレセプト情報による方法の場合であって、病棟情報を電子レセプトに記録する場合は、「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録の通年化について」（令和２年３月 16 日医政地発 0316 第１号）によること。

(27)　後期高齢者医療におけるその他

ア　後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第 15 条第６項に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に「長」と表示すること。ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

イ　介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合は「老併」と、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合は「老健」と「特記事項」欄に記載すること。

なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設又は介護医療院に入所中の診療と、介護老人保健施設又は介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。

ウ　後期高齢者医療の対象者において、公費負担医療のみの場合は、「特記事項」欄に「後保」と表示すること。

エ　高齢者医療確保法第 50 条第２号に該当する者（65 歳から 75 歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が 75 歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が２分の１とならない場合）には、「摘要」欄に障害と表示すること。

オ　その他は、(26)のア、イ、オからサまで及びセ、ソと同様であること。

Ⅲ　歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第１　診療報酬請求書（医科・歯科　入院・入院外併用）の記載要領（様式第１(１)）

Ⅱの第１の例による。

第２　診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載要領（様式第１(３)）

１　「令和　年　月分」欄について

診療年月を記載する。

また、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合は、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成する。なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分はこの限りでない。

２　「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード７桁を記載する（別添２「設定要領」の第４を参照）。

３　「別記　殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えない。

（例）　別記　　全国健康保険協会理事長
　　千代田区長
　　東京都知事

４　「令和　年　月　日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載する。

５　「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名」欄について

（１）　保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名は、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載する。なお、開設者氏名は、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えない。

（２）　保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

６　「医療保険」欄について

（１）　医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載し、医療保険単独の者に係る分は医療保険制度ごとに記載する。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。

（２）　「件数」欄は明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄は明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄は明細書の「合計」欄の点数の合計を記載する。

　また、「一部負担金」欄は明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載する。

　なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄はそれぞれの合計を記載する。

（３）　「①合計」欄は、「医保（７０以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（７０以上７割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（６歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載する。

（４）　医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関は、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄に記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄への記載をもって請求できる。この場合において、当該合算を実施した上で各項の記載がわかるよう「備考」欄に合算している旨を記載する。

７　「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

（１）　医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載し、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合は区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載する。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。

（２）　「件数」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。したがって、医療保険と２種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、１枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は２件となる。

（３）　「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（２種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「合計」欄の点数が当

該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計する。

（４）　「一部負担金（控除額）」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。

（５）　「区分」欄の「②計」欄は、「公費と医保の併用」欄の件数を合計して記載する。

８　「公費負担」欄の「公費単独」欄について

（１）　公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載し、生活保護法による医療扶助以外の公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載する。なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。

（２）　「件数」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。

（３）　「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。

（４）　「一部負担金（控除額）」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれ制度の該当欄に記載する。

（５）　「区分」欄の「③計」欄は、「公費単独」欄の件数を合計して記載する。

９　公費負担医療のみで２種の公費負担医療の併用が行われた場合は、当該併用の者に係る分は「備考」欄に公費負担医療制度ごとに制度の法別番号を記載し、それぞれ件数、点数及び控除額を合計して記載する。

10　「総件数①＋②＋③」欄について

「①合計」、「②計」及び「③計」欄の請求件数を合計して記載する。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合は「備考」欄に記載した件数を合計する。

11　「明細書枚数①＋③」欄について

「①合計」及び「③計」欄の請求件数を合計した明細書の枚数を記載する。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合には当該明細書の枚数を合計する。

第２の２　診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要領（様式第８）

診療報酬請求書（医科・歯科）の記載要領は、次に掲げる事項を除き、第１の例による。なお、「３「別記　殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替える。

１　「後期高齢者医療」欄について

（１）　後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載する。

（２）　「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄は、６の(２)と同様である。この場合、６の(２)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料（災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。）」とあるのは「高齢者医療確保法第 69 条第１項の規定に基づく一部負担金の減額」と読み替える。

（３）　医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあっては、「後期高齢一般・低所得」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢一般・低所得」欄に記載をもって請求する。この場合は、合計の記載がわかるように「備考」欄に

合算している旨を記載する。

２　「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

（１）　後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載し、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載する。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。

（２）　「件数」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。したがって、医療保険と２種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、１枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は２件となる。

（３）　「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（２種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計する。

（４）　「一部負担金」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。

第３　診療報酬明細書の記載要領（様式第３）

１　診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

（１）　明細書は、白色紙黒色刷りとする。

（２）　左上の隅より右へ 12mm、下へ 12mmの位置を中心に半径２mmの穴をあけて、綴じ穴とする。

（３）　月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成する。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行される等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も同様とする。

なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載する。

（４）　点数をあらかじめ印刷しておき、算定回数が月に１回と限られた項目は当該項目の略称を〇で囲み、複数回算定できる項目は算定回数を記載しても差し支えない。

また、あらかじめ印刷する点数を乳幼児加算、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加算の加算後の点数としても差し支えないが、この場合は、「特記事項」欄に「加算」と記載するか予め印刷する。

（５）　電子計算機の場合は次による。

ア　欄の名称を簡略化して記載しても差し支えない。

また、複数の選択肢から〇を用いて選択する欄は、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えなく、記載しない欄は「×」を省略して差し支えない。

イ　枠をその都度印刷しても差し支えない。

ウ　用紙下端の空白部分は、ＯＣＲ処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的に使用してはならない。

エ　電子計算機用のＯＣＲ関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成９年８月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましい。

オ　記載する文字は、ＪＩＳＸ０２０８において文字コードが設定された範囲とすることが望ましい。

２　診療報酬明細書の記載要領に関する事項

（１）「令和　年　月分」欄について

診療年月を記載する。

（２）「都道府県番号」欄について

別添２の別表２「都道府県番号表」に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載する。

（３）「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード７桁を記載する（別添２「設定要領」の第４を参照）。

（４）「保険種別１」、「保険種別２」及び「本人・家族」欄について

ア　「保険種別１」欄は、次の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち１つを〇で囲む。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険	１　社・国
公費負担医療（健康保険、国民健康保険又は後期高齢者医療	２　公費
後期高齢者医療	３　後期

イ　「保険種別２」欄は、「保険種別１」欄のそれぞれについて、次の左の別に応じ、右の番号のうち１つを〇で囲む。

単独	１　単独
１種の公費負担医療との併用	２　２併
２種以上の公費負担医療との併用	３　３併

（注）公費負担医療は、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。）を含む。

ウ　「本人・家族」欄は、次の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち１つを〇で囲む。未就学者である患者は「４」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「８」又は「０」を〇で囲む。なお、公費負担医療は本人に該当する。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合は被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「２」、被保険者（その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。））は「６」を〇で囲み、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を〇で囲む。

なお、「２　本外」（若しくは「２　本」）、「４　六外」（若しくは「４　六」）、「６　家外」（若しくは「６　家」）、「８　高外ー」（若しくは「８　高ー」）又は「０　高外７」（若しくは「０　高７」）の項のみを印刷したものを使用しても差し支えない。

２　本人外来	２　本外
４　未就学者外来	４　六外
６　家族外来	６　家外

８　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得外来　　８　高外一
０　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付外来　　０　高外７

（注）　後期高齢者医療一般のうち、１割負担の者と、２割負担の者の判別については、「特記事項」欄に記載される所得区分により行うため、特段の記載は必要ない。

エ　電子計算機の場合は、次のいずれかの方法による。

（ア）　当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

（イ）　選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

（５）　「保険者番号」欄について

ア　設定された保険者番号８桁（国民健康保険は６桁）を記載する（別添２「設定要領」の第１を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載する。

イ　公費負担医療単独の場合及び公費負担医療のみの場合は、別段の定めのある場合を除き、記載しない。

（６）　「給付割合」欄について

国民健康保険の場合は、該当する給付割合を〇で囲むか、（　）の中に給付割合を記載する。ただし、国民健康保険は、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えない。

（７）　「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア　被保険者証等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載する。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載する。被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。なお、電子資格確認の場合は、オンラインにより提供された資格情報から、これらの記載を行うこと。

イ　記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「ー」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。また、枝番は「（枝番）」の後ろに記載すること。

ウ　当該記号及び番号のうち〇で囲んだ文字に代えて当該文字を（　）で囲んだものを使用して記載しても差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（　）を省略しても差し支えない。なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号・番号を記載する。

（８）　「公費負担者番号」欄について

ア　医療券等に記入されている公費負担者番号８桁を記載する（別添２「設定要領」の第２を参照）。

イ　別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」の順により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号」の項に（以下「公費負担者番号」の項に記載される公費負担医療を「第１公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「摘要」欄に（以下「摘要」欄に記載される公費負担医療を「第２公費」という。）記載する。

ウ　保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第１公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第２公費として取り扱う。

（９）　「公費負担医療の受給者番号」欄について

医療券等に記入されている受給者番号７桁は、第１公費は「公費負担医療の受給者番号」の項に、第２公費は「摘要」欄に記載する（別添２「設定要領」の第３を参照）。

(10)　「氏名」欄について

ア　姓名を記載する。ただし、健康保険の被保険者は、姓のみの記載で差し支えない。なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字をカタカナに読み替えた使用又はひらがなをカタカナに読み替えた記載も差し支えないが、この場合は被保険者であっても姓名を記載し、姓と名の間にスペースをとる。

イ　性別は該当するものを〇で囲む。なお、電子計算機の場合は、「１　男」、「２　女」と記載しても差し支えない。

ウ　生年月日は次による。

（ア）　該当する元号を〇で囲み、生まれた年月日を記載する。

（イ）　電子計算機の場合は、元号は「１　明」、「２　大」、「３　昭」、「４　平」、「５　令」と記載する。

エ　電子レセプトによる請求を行う場合は、アによる姓名と別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

(11)　「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者は、「１　職務上」、「２　下船後３月以内」又は「３　通勤災害」のうち該当するものを〇で囲む。ただし、「１　職務上」及び「３　通勤災害」は、災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。共済組合の船員組合員は、下船後３月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「２　下船後３月以内」の番号を〇で囲む。なお、同月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分はそれぞれ１枚、入院分は、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として１枚の明細書の取扱いとする。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載も差し支えない。

１　職上（職務上）、　　２　下３（下船後３月以内）、　　３　通災（通勤災害）

(12)　「特記事項」欄について

次に掲げるもののほかは、Ⅱの第３の２の(13)と同様とする。

４０	加算	乳幼児加算（６歳未満）、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加算のいずれかを算定している明細書の場合

(13)　「届出」欄について

クラウン・ブリッジ維持管理料の算定を選択している保険医療機関は「補管」を、初診料の注１に係る施設基準を届け出ている保険医療機関は「歯初診」をそれぞれ〇で囲む。なお、電子計算機の場合は、〇に代えて（　）等を使用しても差し支えない。以下、文字を〇で囲む場合及び〇付きの略号を使用する場合も同様とする。

(14)　「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載する。この場合は、所在地とともに、連絡先電話番号の記載が望ましい。

(15)　「傷病名部位」欄について

ア　病名を同じくする歯又は部位を単位として記載する。ただし、ブリッジの病名は、ブリッジの装置ごとに記載する。

イ　ブリッジの病名は、部位は支台歯も含めた部位を、病名は欠損と記載し、支台歯を〇で囲む。したがって、支台歯がう蝕症等に罹患している場合は、部位は重複して傷病名を記載する。

また、健全歯を支台としてブリッジを製作するに当たり、なんらかの理由により健全歯に対

し抜髄処置を必要とした場合は、当該歯を◎で囲む。

ウ　歯冠修復による隙の補綴は、当該歯冠修復歯に△を付記する。

　また、欠損でない１歯相当分の間隙のある補綴は、間隙を欠損とみなした傷病名とし、当該部位に△を記載する。

エ　歯科矯正の病名は、主要な咬合異常の状態を記載する。また、咬合異常の起因となった疾患名（別に厚生労働大臣が定める疾患、３歯以上の永久歯萌出不全又は顎変形症）を「摘要」欄に記載する。なお、６歯以上の先天性部分無歯症又は３歯以上の永久歯萌出不全による咬合異常により歯科矯正を行う場合は、先天性欠如部位又は埋伏歯の部位を「摘要」欄に記載すること。

オ　う蝕多発傾向者の病名は、「Ｃ管理中」と記載し、歯冠修復治療を行った部位を記載する。なお、歯式は、乳歯及び永久歯についてそれぞれ記載する。

カ　初期の根面う蝕に罹患している患者の病名は「初期の根面う蝕」又は「根Ｃ」と記載し、当該部位を記載する。

キ　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の病名は「エナメル質初期う蝕」又は「Ｃｅ」と記載し、当該部位を記載する。

ク　口腔細菌定量検査１は、「口腔バイオフィルム感染症」と記載する。

ケ　う蝕に罹患している患者の指導管理に係る保険外併用療養費を支給する患者の病名は、「Ｃ選療」と記載する。

コ　心身医学療法は、「傷病名部位」欄に心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「（心身症）」と記載する。

サ　クラウン・ブリッジ維持管理料を算定している保険医療機関において、クラウン・ブリッジ維持管理料を算定した補綴物の再製作等（再装着、充填を含む。）は、傷病名を「傷病名部位」欄に記載し、当該部位に対してクラウン・ブリッジ維持管理料を算定した年月日及び補綴物の種類等を「摘要」欄に記載する。なお、当該管理料に規定する期間中に補綴物の維持管理を行っている歯冠補綴物又はブリッジが離脱し再度の装着を行った場合は、再度の装着を行った歯の部位及び再度の装着日を「摘要」欄に記載する。

シ　頬、口唇、舌小帯形成術の算定に当たり、複数の頬小帯に対して形成術を行った場合は、部位が分かるように記載する（例：上顎左側）。なお、「傷病名部位」欄に記載できない場合は、「摘要」欄に記載しても差し支えない。

ス　抜歯手術の「注３」の算定に当たり、病名は「完全埋伏歯」、「水平埋伏智歯」、「ＣＲＴ」又は「ＨＩＴ」と記載する。

セ　傷病名が当該欄に書ききれない場合は、「摘要」欄に記載する。

ソ　傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」別添３に規定する傷病名を用いる。別添３に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名は、「傷病名コードの統一の推進について」に取りまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

(16)　「診療開始日」欄について

ア　当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載する。ただし、「傷病名部位」欄が単一部位の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月

中に治癒又は死亡したものは、記載を省略しても差し支えない。

イ　同月中に保険種別等の変更があった場合は、その変更があった日を診療開始日とし、「摘要」欄にその旨を記載する。

ウ　同一の患者に対する診療継続中に、当該保険医療機関において、開設者、名称、所在地等の変更があった場合は、当該保険医療機関の診療内容の継続性が認められて継続して保険医療機関の指定を受けた場合を除き、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日とし、「摘要」欄にその旨を記載する。

(17)　「診療実日数」欄について

ア　括弧外、括弧内及び「摘要」欄に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第１公費及び第２公費に係る診療実日数を記載する。なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の診療実日数は、括弧内に記載する。

ただし、第１公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る診療実日数を省略しても差し支えない。

また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る診療実日数が第１公費に係る診療実日数と同じ場合は、第２公費に係る診療実日数の記載を省略しても差し支えない。

イ　入院外分は、診療を行った日数（開放型病院共同指導（Ⅰ）を行った日数を含む。）を記載する。

ウ　電話等再診の実日数は１日として数え、その回数を「摘要」欄に再掲する。

エ　同日に初診及び再診（電話等再診を含む。）が２回以上行われた場合の実日数は１日として数え、その回数を「摘要」欄に再掲する。

オ　(16)のアのただし書の場合は、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、診療実日数を記載する。

カ　同日に複数科を受診した場合の初診料・再診料を算定しない科に係る診療実日数は、初診料・再診料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載する。

キ　傷病手当金意見書交付料、訪問歯科衛生指導料等同日に歯科医師の診療が行われない場合は、実日数として数えない。

(18)　「転帰」欄について

治癒した場合は「治癒」の文字を、死亡した場合は「死亡」の文字を、中止又は転医の場合には「中止」の文字をそれぞれ〇で囲む。

(19)　「初診」、「再診」、「管理・リハ」、「投薬・注射」、「Ｘ線・検査」、「処置・手術」、「麻酔」、「歯冠修復及び欠損補綴」、全体の「その他」及び「摘要」欄について

「初診」、「再診」、「管理・リハ」、「投薬・注射」、「Ｘ線・検査」、「処置・手術」、「麻酔」、「歯冠修復及び欠損補綴」、全体の「その他」及び「摘要」欄の記載事項等は、(20)から(31)まで、別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）」及び別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」のとおりであること。各項目の末尾に（項番〇）と付したものについては別表Ⅰの当該項目を参照すること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰ及び別表Ⅱにおいて、令和６年６月１日適用の旨が表示されたコードについては、令和６年 10 月診

療分以降に選択するものとして差し支えないこと。書面による請求の場合の診療行為名称等の略号については、別表Ⅳ「診療行為名称等の略号一覧（歯科）」を参照し記載すること。

(20)　「初診」欄について

ア　診療時間内の初診の場合は点数のみを記載し、時間外、休日又は深夜の場合は、「時間外」、「休日」又は「深夜」の項に当該加算点数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載する。（項番３）

　また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に点数を記載して差し支えない。

イ　初診時において乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科診療特別対応地域支援加算、歯科外来診療医療安全対策加算１、歯科外来診療医療安全対策加算２、歯科外来診療感染対策加算１、歯科外来診療感染対策加算２、歯科外来診療感染対策加算３、歯科外来診療感染対策加算４は、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特連」、「特地」、「外安全」又は「外感染」の項に当該加算点数を記載する。（項番４、５）

ウ　歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２、歯科診療特別対応加算３は、全体の「その他」欄に点数（加算を含む。）を記載する。（項番６、７）

エ　情報通信機器を用いて初診を行った場合は、全体の「その他」欄に点数を記載する。

(21)　「再診」欄について

ア　再診は、「再診」の項に点数及び回数を記載する。（項番８、９）

イ　時間外、休日又は深夜の場合は、「時間外」、「休日」又は「深夜」の項に当該加算点数及び回数を記載する。

　また、時間外加算の特例は、通常の時間外加算と同様に記載する。

ウ　乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科外来診療医療安全対策加算１、歯科外来診療医療安全対策加算２、歯科外来診療感染対策加算１、歯科外来診療感染対策加算２、歯科外来診療感染対策加算３又は歯科外来診療感染対策加算４は、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「外安全」又は「外感染」の項に当該加算点数及び回数を記載する。

エ　明細書発行体制等加算は、再診料と当該加算を加算した合計点数を記載する。

オ　以下の（ア）及び（イ）については、全体の「その他」欄に記載する。

（ア）　歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２、歯科診療特別対応加算３は点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 10、11）

（イ）　情報通信機器を用いて再診を行った場合は、全体の「その他」の欄に点数及び回数を記載する。（項番 12）

(22)　「管理・リハ」欄について

ア　歯科疾患管理料は、「歯管」の項に点数を記載する。

　なお、フッ化物洗口指導加算、文書提供加算、総合医療管理加算及び長期管理加算は、項中の「＋　」欄にそれぞれ左から文書提供加算、フッ化物洗口指導加算、総合医療管理加算、長期管理加算の順に当該加算点数を記載する。（項番 14）

イ　新製有床義歯管理料は、「義管」の項に点数を記載する。（項番 38）

ウ　歯科衛生実地指導料１又は２は、「実地指」の項に点数を記載する。

　なお、口腔機能指導加算は、項中の「＋　」欄に当該加算点数を記載する。

エ　歯周病患者画像活用指導料は、「Ｐ画像」の項の左欄に点数（加算を含む。）及び回数を記

載する。２回行った場合は、右欄に点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

オ　歯科口腔リハビリテーション料１（１　有床義歯の場合）又は歯科口腔リハビリテーション料２は、「歯リ」の項にそれぞれ点数を記載する。

カ　周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)の「１　手術前」、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の「１　手術前」、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)又は周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した場合は、「その他」欄に点数（加算を含む。）を記載する。なお、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、(Ⅱ)の「２　手術後」又は（Ⅳ）（３月以内の場合）を算定した場合はそれぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 15、16、17、18）

キ　回復期等口腔機能管理計画策定料又は回復期等口腔機能管理料を算定した場合は、「その他」欄にそれぞれ点数を記載する。（項番 19）

ク　根面う蝕管理料は、「根管」の項に点数（加算を含む。）を記載する。

ケ　エナメル質初期う蝕管理料は、「エ管」の項に点数（加算を含む。）を記載する。

コ　歯科治療時医療管理料は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番 23）

サ　小児口腔機能管理料又は口腔機能管理料は「その他」欄に点数（加算を含む。）を記載する。また、情報通信機器を用いて行った場合は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

シ　以下の(ア)から(ネ)までについて又は「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

（ア）　がん性疼痛緩和指導管理料（加算を含む。）、がん患者指導管理料、入院栄養食事指導料、外来緩和ケア管理料（加算を含む。）、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、介護支援等連携指導料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、こころの連携指導料（Ⅰ）、退院時共同指導料１、退院時共同指導料２、退院時薬剤情報管理指導料、がんゲノムプロファイリング評価提供料及び医療機器安全管理料は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番 13、36、39、40）

（イ）　歯科特定疾患療養管理料は、点数及び回数を記載する。また、共同療養指導計画加算は、点数を記載する。なお、情報通信機器を用いて行った場合は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 20）

（ウ）　退院前訪問指導料は、点数を記載する。（項番 26）

（エ）　特定薬剤治療管理料は、点数（加算を含む。）を記載する。（項番 19）

（オ）　悪性腫瘍特異物質治療管理料は、点数を記載する。（項番 22）

（カ）　外来腫瘍化学療法診療料は点数（加算を含む。）を記載する。

（キ）　手術前医学管理料及び手術後医学管理料は、それぞれ点数を記載する。

（ク）　開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)は、合計点数及び回数を記載する。（項番 24）

（ケ）　療養・就労両立支援指導料は、点数を記載する。なお、療養・就労両立支援指導料の加算は当該加算を合算した点数を記載する。

（コ）　歯科遠隔連携診療料は、点数を記載する。（項番 25）

（サ）　薬剤管理指導料の「１」又は「２」は、それぞれ点数及び回数を記載する。また、麻薬管理指導加算は、加算した点数を記載する。（項番 27、28、29）

（シ）　薬剤総合評価調整管理料は、点数(加算を含む。)を記載する。（項番 30）

（ス）　診療情報提供料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)　又は連携強化診療情報提供料は、点数を記載する。診療情報提供料(Ⅰ)の加算は当該加算を合算した点数を記載する。（項番 31、32、33、35）

（セ） 診療情報等連携共有料１及び２は、点数を記載する。（項番 34）
（ソ） 電子的診療情報評価料は、点数及び回数を記載する。
（タ） 栄養情報連携料は、点数を記載する。
（チ） 傷病手当金意見書交付料は、点数を記載する。（項番 37）
（ツ） 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、点数及び回数を記載する。
（テ） 開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は、点数及び回数を記載する。
（ト） 摂食機能療法は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 81、82）
（ナ） 歯科口腔リハビリテーション料１（２　舌接触補助床の場合）は、点数及び回数を記載する。
（ニ） 歯科口腔リハビリテーション料１(３　その他の場合)は、点数及び回数を記載する。
（ヌ） 歯科口腔リハビリテーション料３は点数及び回数を記載する。
（ネ） リハビリテーションを算定した場合は、（ト）、（ナ）、（ニ）及び（ヌ）を除き、全体の「その他」欄に、当該項目、回数・算定単位数及び合計点数を記載するとともに、実施日数を記載すること。（項番 80）

(23) 在宅医療について

ア 全体の「その他」欄に記載する。

（ア） 歯科訪問診療料は、歯科訪問診療１、歯科訪問診療２、歯科訪問診療３、歯科訪問診療４及び歯科訪問診療５の点数及び回数を記載する。緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算若しくは深夜歯科訪問診療加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２、歯科診療特別対応加算３又は地域医療連携体制加算がある場合は、当該加算を加算した点数及び回数を記載する。訪問診療時の歯科訪問診療補助加算は、点数及び回数を記載する。（項番 41、42、43）

また、特別歯科訪問診療料を算定した場合は、点数及び回数を記載する。（項番 44）

（イ） 区分番号Ｃ０００の注 15 に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、点数又は点数及び回数を記載する。
（ウ） 在宅歯科医療推進加算は、加算点数及び回数を記載する。
（エ） 歯科訪問診療移行加算は、加算点数及び回数を記載する。（項番 45）
（オ） 通信画像情報活用加算は、加算点数及び回数を記載する。（項番 46）
（カ） 区分番号Ｃ０００の注 19 に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、点数又は点数及び回数を記載する。
（キ） 訪問歯科衛生指導料はそれぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 47）
（ク） 歯科疾患在宅療養管理料は、点数を記載する。

また、文書提供加算、在宅総合医療管理加算、在宅歯科医療連携加算１又は２、在宅歯科医療情報連携加算は、点数を記載する。（項番 48、49）

（ケ） 在宅患者歯科治療時医療管理料は、点数及び回数を記載する。（項番 50）
（コ） 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数及び回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数及び回数を記載する。在宅歯科医療連携加算１又は２、在宅歯科医療情報連携加算を算定する場合は、点数を記載する。（項番 51）
（サ） 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数及び回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数及び回数を記載する。小児在宅歯科医療

連携加算１又は２、在宅歯科医療情報連携加算を算定する場合は、点数を記載する。（項番 52）

（シ） 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料１、２又は３は、点数を記載する。（項番 53）

（ス） 救急搬送診療料は、点数及び回数を記載する。

（セ） 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、総点数及び回数を記載する。

（ソ） 退院前在宅療養指導管理料は、点数を記載する。退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載する。（項番 54）

（タ） 在宅麻薬等注射指導管理料、在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料、在宅患者連携指導料は、点数を記載する。在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載する。（項番 55、56）

（チ） 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、点数及び回数を記載する。（項番 57）

（ツ） 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第２条第 15 号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、(24)のタの例によること。

(24) 「投薬・注射」欄について

ア 内服薬を投与した場合は「内」の文字を、屯服薬を投与した場合は「屯」の文字を、外用薬を投与した場合は「外」の文字を、注射を行った場合は「注」の文字を、それぞれ〇で囲み、使用薬剤の点数及び単位数又は回数を記載する。なお、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、使用薬剤の点数及び単位数又は回数は「摘要」欄に記載する。

また、皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合は「注」欄に点数及び回数をそれぞれ記載し、その他の注射を行った場合は全体の「その他」欄に、点数及び回数を記載する。（項番 62、65）

イ 血漿成分製剤加算は、加算点数を点数欄に記載する。（項番 63、64）

ウ 調剤料は、内服、屯服又は外用ごとに「調」の項にそれぞれ点数及び回数を記載し、「処方」の項は処方箋を交付しない場合において処方の点数及び回数を記載する。なお、外来後発医薬品使用体制加算１、２又は３を算定する場合は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。

エ 使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL 又は mg 等）及び使用量を記載する。（項番 60、61）

オ 調剤技術基本料は、全体の「その他」欄に点数を記載する。なお、院内製剤加算は、当該加算後の点数を記載する。

カ ７種類以上の内服薬の投薬に係る処方箋を発行した場合は、「処」の項にその点数及び回数を、その他の場合は「処」の項にその点数及び回数を記載する。

キ 一般的名称による処方箋の交付は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。

ク 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬を処方又は調剤した場合は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。

ケ 無菌製剤処理料の「１」又は「２」は、「摘要」欄にそれぞれ点数及び算定回数を記載する。

コ 処方料又は処方箋料における乳幼児加算は、それぞれ項中の「＋ ×」欄にその加算点数及び回数を記載する。

サ 薬剤情報提供料は、「情」の項に点数及び回数を記載する。なお、書ききれない場合は、合

計点数のみを記載し、点数及び回数は「摘要」欄に記載する。また、手帳加算を算定した場合は、当該加算を算定した点数及び回数を記載する。

シ　特定疾患処方管理加算は、加算点数及び回数を全体の「その他」欄に記載する。（項番 61）

ス　外来化学療法加算は、当該点数を加算した点数及び算定回数を記載する。

セ　バイオ後続品導入初期加算は、加算点数を記載する。

ソ　区分番号Ｆ４００の注６に規定する処方箋料を発行した場合は、７種類以上の内服薬の投薬に係る処方箋を発行した場合は、「処」の項にその点数及び回数を、その他の場合は「処」の項にその点数及び回数を記載する。

タ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第２条第 15 号に基づき、長期収載品を選定療養として処方した場合（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該医薬品名の後に「（選）」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（選）　　１錠

△△△錠　　１錠　　１７×５

また、長期収載品について、医療上の必要性があるため「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載して処方箋を交付する場合は、理由について、~~今後、~~別表Ⅰに示す項目を参照して記載すること。

(25)　「Ｘ線・検査」欄について

ア　全顎撮影（アナログ撮影）を行った場合は「全顎」の項にフィルム使用枚数及びその合計点数を記載し、全顎撮影以外で標準型フィルムを使用して撮影を行った場合は「標」の項のうち点数を算定した場合は左欄に、症状の確認を行った場合は右欄にそれぞれ点数及び回数を記載し、パノラマＸ線撮影を行った「パ」の項のうちオルソパントモ型フィルムであって、15 センチメートル×30 センチメートルの場合は左欄に、20.3 センチメートル×30.5 センチメートルの場合は右欄にそれぞれの点数及び回数を記載する。

イ　歯冠補綴時色調採得検査は、「色調」の項に点数及び回数を記載する。（項番 62）

ウ　電気的根管長測定検査は、「ＥＭＲ」の項にそれぞれ左から単根管、２根管、３根管、４根管の順に点数及び回数を記載する。

エ　細菌簡易培養検査は、「Ｓ培」の項に点数及び回数を記載する。

オ　顎運動関連検査は、「顎運動」の項に点数及び回数を記載する。（項番 61）

カ　歯周病検査における歯周基本検査及び歯周精密検査は、それぞれ「基本検査」の項及び「精密検査」の項のうち、左欄の上から１歯以上 10 歯未満、10 歯以上 20 歯未満、20 歯以上の順にそれぞれ点数を記載する。また、１回目の混合歯列期歯周病検査は「Ｐ混検」の項の左欄に点数を記載し、歯周病部分的再評価検査は「Ｐ部検」の項に点数及び回数を記載する。歯周病検査を２回以上行った場合は、２回目以後の混合歯列期歯周病検査は「Ｐ混検」の項の右欄に点数及び回数を記載し、その他の歯周病検査はそれぞれ該当する検査の項のうち右欄に点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた点数及び回数を、下段に２回以上行った場合の２回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載して差し支えない。（項番 59）

キ　１回目の口腔細菌定量検査１は「菌検」の項の左欄に点数を記載し、２回以上行った場合は

右欄に点数及び回数を記載する。

ク　「その他」欄について

（ア）　標準型以外のフィルムを使用して撮影（アナログ撮影）を行った場合は、点数及び回数を、診断のみの場合は点数及び回数をそれぞれ記載する。その他の画像診断は、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載する。（項番 70、73）

（イ）　全顎撮影（デジタル撮影）の場合は、枚数及びその合計点数を記載する。歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）の場合、歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）の場合歯科部分パノラマ断層撮影の場合及び歯科用３次元エックス線断層撮影の場合は、点数及び回数を記載する。その他の画像診断は、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載する。なお、電子画像管理加算を算定したデジタル撮影は、（ク）の電子画像管理加算に係る規定により記載する。（項番 70、73）

（ウ）　歯科画像診断管理加算１又は歯科画像診断管理加算２を算定した場合は、点数を記載する。

（エ）　遠隔画像診断を行った場合は、点数を記載する。

（オ）　新生児、３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対する加算を算定した場合は、アにかかわらず、当該加算後の点数及び回数を記載する。（項番 70）

（カ）　記載欄が示されていない各種の検査は、当該欄に点数及び回数を記載する。検査に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載する。（項番 58、69）

（キ）　時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数を記載する。（項番 70）

（ク）　電子画像管理加算は、歯科エックス線撮影の場合、歯科パノラマ断層撮影の場合、歯科用３次元エックス線断層撮影の場合、歯科部分パノラマ断層撮影の場合、その他の場合は、それぞれ加算点数を点数に合算した点数及び回数を記載する。

（ケ）　口腔細菌定量検査２を算定する場合は、点数を記載する。（項番 60）

（コ）　有床義歯咀嚼機能検査を算定する場合は、点数を記載する。（項番 63）

（サ）　咀嚼能力検査１若しくは２、咬合圧検査１若しくは２、小児口唇閉鎖力検査又は舌圧検査を算定した場合は点数及び回数を記載する。（項番 63、68）

（シ）　精密触覚機能検査を算定した場合は、点数及び回数を記載する。

（ス）　睡眠時歯科筋電図検査を算定した場合は、点数及び回数を記載する。

（セ）　「その他」欄に書ききれない等の場合は、合計点数のみを「その他」欄に、それ以外は「摘要」欄に記載して差し支えない。以下「その他」欄において同様とする。

(26)　「処置・手術」欄について

ア　う蝕処置は、「う蝕」の項に点数及び回数を記載する。

イ　歯髄保護処置は、「保護」の項のうち、歯髄温存療法を行った場合は左欄に、直接歯髄保護処置を行った場合は中欄に、間接歯髄保護処置を行った場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ウ　象牙質レジンコーティングは、「Ｒコ」の項に点数及び回数を記載する。

エ　初期う蝕早期充填処置は、「填塞」の項のうち、グラスアイオノマー系を用いた場合は左欄に、複合レジン系を用いた場合は右欄に、それぞれ材料料を合算した点数及び回数を記載する。

オ　知覚過敏処置は、「Ｈｙｓ」の項のうち、３歯までの場合は左欄に、４歯以上の場合は右欄

に、それぞれ点数及び回数を記載する。

カ　咬合調整は、「咬調」の項のうち、１歯から 10 歯未満の場合は左欄に、10 歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 86）

キ　残根削合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。

ク　生活歯髄切断又は抜髄のために表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔に用いた場合は、使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL 又は mg 等）及び使用量を「その他」欄に記載する。（項番 109）

ケ　抜髄は、「抜髄」の項にそれぞれ上から単根管、２根管、３根管以上の順に点数及び回数を記載する。

　また、歯髄温存療法を行った日から起算して３月以内又は直接歯髄保護処置を行った日から起算して１月以内の場合は、「その他」欄にそれぞれ点数及び回数を記載する。

コ　感染根管処置は「感根処」の項に、根管貼薬処置は「根貼」の項に、根管充填は「根充」の項に、それぞれ上から単根管、２根管、３根管以上の順に点数及び回数を記載する。なお、抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合又は抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合は、「その他」欄に点数を記載する。（項番 87、88）

サ　抜髄及び根管充填を同時に行った場合は、「その他」欄に点数の合算点数及び回数を記載する。

　また、感染根管処置及び根管充填を同時に行った場合は、「その他」欄に点数の合算点数及び回数を記載する。

シ　根管充填の際に加圧根管充填処置を併せて行った場合は、「加圧根充」の項の上から単根管、２根管、３根管以上の順に加算点数及び回数を記載する。

　また、手術用顕微鏡加算及びＮｉ―Ｔｉロータリーファイル加算は、「加圧根充」の項の「＋　×　＋　×　」欄に左から手術用顕微鏡加算の点数及び回数並びにＮｉ―Ｔｉロータリーファイル加算の点数及び回数を記載する。（項番 89、90、91）

ス　生活歯髄切断は、「生切」の項の上欄に点数及び回数を記載する。なお、乳歯及び永久歯の歯根完成期以前の歯髄の場合は、下欄に点数と加算点数の合計点数及び回数を記載する。

セ　失活歯髄切断は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。

ソ　機械的歯面清掃処置は、「歯清」の項に点数を記載する。（項番 107）

タ　歯冠修復物又は補綴物の除去は、「除去」の項のうち、簡単なものは上欄に、困難なものは中欄に、著しく困難なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 103）

チ　フッ化物歯面塗布処置は、「Ｆ局」の項に点数を記載する。（項番 108）

ツ　有床義歯床下粘膜調整処置は、「Ｔ．ｃｏｎｄ」の項に点数及び回数を記載する。

テ　歯周基本治療におけるスケーリングは「ＳＣ」の項に点数及び回数を記載し、同時に３分の１顎を超えて行った場合は項中の「＋　×」欄に３分の１顎を増すごとに加算点数及び回数を記載する。

　また、２回目以降は右欄に 100 分の 50 に相当する点数及び回数を記載し、同時に３分の１顎を超えて行う場合は項中の「＋　×」欄に３分の１顎を増すごとに加算点数の 100 分の 50 に相当する点数及び回数を記載する。

ト　歯周基本治療におけるスケーリング・ルートプレーニングは、「ＳＲＰ」の項うち、「前」の項に前歯、「小」の項に小臼歯、「大」の項に大臼歯の順に点数及び回数を記載する。

また、同部位に対して２回以上歯周基本治療を行った場合は、２回目以降は右欄に前歯、小臼歯及び大臼歯の順に 100 分の 50 に相当する点数及び回数を記載する。

ナ　歯周病安定期治療は、「ＳＰＴ」の項に点数（加算を含む。）を記載する。なお、口腔管理体制強化加算及び歯周病ハイリスク患者加算は、項中の「＋　」欄にそれぞれ左から口腔管理体制強化加算、歯周病ハイリスク患者加算の順に当該加算点数を記載する。（項番 94、95）

ニ　歯周病重症化予防治療は、「Ｐ重防」の項に点数を記載する。（項番 96）

ヌ　歯周病処置は、「Ｐ処」の項に点数及び回数を記載する。（項番 93）

ネ　口腔内消炎手術は、「切開」の項のうち、歯肉膿瘍等は左欄に、骨膜下膿瘍、口蓋膿瘍等は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、智歯周囲炎の歯肉弁切除等は、「その他」の欄に点数及び回数を記載する。（項番 120）

ノ　抜歯手術は、「抜歯」の項のうち、乳歯は「乳」の項に、前歯は「前」の項に、臼歯は「臼」の項に、埋伏歯は「埋」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。

また、前歯及び臼歯の難抜歯加算は、「前」又は「臼」の項の「＋　×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載し、下顎完全埋伏智歯（骨性）及び下顎水平埋伏智歯に係る加算は、「埋」の項の「＋　×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載する。（項番 115）

ハ　区分「Ｉ１００」又は「Ｊ３００」により特定薬剤を算定する場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番 110、128）

ヒ　「その他」欄について

（ア）　処置又は手術のうち、該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 83、97、105、111、123）

（イ）　診療時間以外、休日若しくは深夜加算を算定する処置又は手術は、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例の場合も、点数及び回数を記載する。（項番 84、112）

（ウ）　口腔内装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び口腔内装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。（項番 98）

（エ）　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。（項番 99）

（オ）　舌接触補助床を製作又は旧義歯を用いた場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。

（カ）　術後即時顎補綴装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。

（キ）　口腔内装置調整・修理の「１　口腔内装置調整」の「イ　口腔内装置調整１」、「ロ　口腔内装置調整２」、「ハ　口腔内装置調整３」又は「２　口腔内装置修理」を行った場合は、点数を記載する。

（ク）　根管内異物除去は、点数及び回数を記載する。また、手術用顕微鏡を用いて当該処置を行った場合は、加算後の点数及び回数を記載する。（項番 104）

（ケ）　周術期等専門的口腔衛生処置１は、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した患者に対して当該処置を行った場合は、術前又は術後に応じて、それぞれ点数を記載する。

周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）　又は（Ⅳ）を算定した患者に対して当該処置を行った場合は、点数を記載する。また、周術期等専門的口腔衛生処置２は、点数を記載する。（項番 106）

（コ）　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置は、点数を記載する。

（サ） 口腔粘膜処置は、点数を記載する。
（シ） 非経口摂取患者口腔粘膜処置は、点数及び回数を記載する。
（ス） 摘便は、点数及び回数を記載する。
（セ） ハイフローセラピーを算定した場合は、動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果、点数及び回数を「その他」欄に記載する。（項番 92）
（ソ） 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は、点数及び回数を記載する。
（タ） 留置カテーテル設置は、点数及び回数を記載する。
（チ） 超音波ネブライザは、点数及び回数を記載する。
（ツ） 回復期等専門的口腔衛生処置は、点数及び回数を記載する。
（テ） 口腔バイオフィルム除去処置は、点数及び回数を記載する。
（ト） 口腔リンパ管腫局所注入は、点数（加算を含む。）を記載する。
（ナ） 入院を必要とするＨＩＶ抗体陽性の患者に対する観血的手術加算は、加算後の点数及び回数を記載する。（項番 114）
（ニ） メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）感染症患者に対する加算は、加算後の点数及び回数を記載する。
（ヌ） 内視鏡下加算は、加算後の点数及び回数を記載する。
（ネ） 歯根端切除手術における、「２ 歯科用３次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合」を行う場合は、点数及び回数を記載する。（項番 116）
（ノ） 歯の再植術又は歯の移植手術は、点数及び回数を記載する。（項番 117、118、119）
（ハ） 歯周ポケット掻爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離掻爬手術、歯周組織再生誘導手術及び歯肉歯槽粘膜形成手術は、点数を記載する。（項番 121）
（ヒ） 手術時歯根面レーザー応用加算は、点数及び回数を記載する。（項番 122）
（フ） 広範囲顎骨支持型装置埋入手術は、点数及び回数を記載する。（項番 124）
（ヘ） 広範囲顎骨支持型装置掻爬術は、点数を記載する。（項番 125）
（ホ） 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法は、点数を記載する。（項番 126）
（マ） レーザー機器加算は、点数及び回数を記載する。（項番 127）
（ミ） 口腔粘膜蛍光観察評価加算は、点数を記載する。
（ム） 「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。（項番 129）

フ 乳幼児加算、歯科診療特別対応加算、歯科訪問診療時の加算等を伴う処置及び手術は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載する。（項 85、113）

(27) 「麻酔」欄について

ア 伝達麻酔は「伝麻」の項に、浸潤麻酔は「浸麻」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

イ 未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児（１歳以上３歳未満）加算、乳幼児（６歳未満）加算又は歯科診療特別対応加算等を伴う麻酔は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載する。

ウ 「その他」欄について

（ア） 区分「Ｋ１００」による麻酔薬剤は、点数及び回数を記載する。（項番 134）
（イ） 吸入鎮静法は、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。（項番 132）
（ウ） 静脈内鎮静法は、点数及び回数を記載する。なお、使用薬剤は、点数を記載する。（項番 133）

（エ） 伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔は、麻酔名、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。（項番 130）

（オ） 診療時間以外、休日又は深夜加算等を算定する麻酔料は、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例も同様に、点数及び回数を記載する。（項番 131）

(28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ア 各項に点数を記載する場合は、技術料及び材料料を合算した点数（乳幼児加算又は歯科診療特別対応加算１、２又は３等は、当該加算点数を更に合算した点数）並びに回数を記載する。ただし、有床義歯、有床義歯内面適合法及び床修理は、技術料、材料料及び装着料を合算した点数並びに回数を記載する。

また、充填は、技術料及び充填材料料を別の項に記載する。なお、装着材料料は「装着材料」の項に、人工歯料は「人工歯」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

イ 補綴時診断料は、「補診」の項のうち、欠損補綴物を新たに製作する場合は左欄に、有床義歯修理又は有床義歯内面適合法を実施した場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 136）

ウ クラウン・ブリッジ維持管理料は、「維持管理」の項の左から単冠、支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下のブリッジ、支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上のブリッジの順にそれぞれ点数及び回数を記載する。

エ 「印象」の項について

印象採得の「１ 歯冠修復」の「イ 単純印象」、「１ 歯冠修復」の「ロ 連合印象」、「２ 欠損補綴」の「二 ブリッジ （１） ５歯以下の場合」及び「２ 欠損補綴」の「二 ブリッジ （２） ６歯以上の場合」は、「印象」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。「２ 欠損補綴」の「イ 単純印象 （１） 簡単なもの」、「２ 欠損補綴」の「イ 単純印象 （２） 困難なもの」、「２ 欠損補綴」の「ロ 連合印象」及び「２ 欠損補綴」の「ハ 特殊印象」は、「印象」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。また、歯科技工士連携加算１及び２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。なお、「印象」の項に書ききれない場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番 141、142）

オ 咬合採得の「１ 歯冠修復」、「２ 欠損補綴」の「イ ブリッジ （１） ５歯以下の場合」及び「２ 欠損補綴」の「イ ブリッジ （２） ６歯以上の場合」は、「咬合」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。咬合採得の「２ 欠損補綴」の「ロ 有床義歯 （１） 少数歯欠損」、「２ 欠損補綴」の「ロ 有床義歯 （２） 多数歯欠損」及び「２ 欠損補綴」の「ロ 有床義歯 （３） 総義歯」は、「咬合」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。また、歯科技工士連携加算１及び２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 145、146）

カ ブリッジの試適の「５歯以下の場合」及び「６歯以上の場合」は「試適」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。仮床試適の「少数歯欠損」、「多数歯欠損」及び「総義歯」は、「試適」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。また、仮床試適における歯科技工士連携加算１及び２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 147）

キ 「歯冠形成」欄について

（ア） 生活歯歯冠形成は、「(生単)」の項のうち、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、前歯部の４分の３冠及びＣＡＤ／ＣＡＭ冠の場合は「前Ｃ」の項に、その他の金属冠、チ

タン冠、乳歯冠(乳歯金属冠を除く。)及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金硬」の項に、乳歯金属冠、小児保隙装置及び既製金属冠の場合は「既製」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

（イ） ブリッジに対する生活歯歯冠形成は「(生ブ)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の４分の３冠、接着冠及び高強度硬質レジンブリッジの場合は「前接」の項に、その他の金属冠の場合は「金」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。また、ブリッジ支台歯形成加算は、項中の「＋　×」欄にその加算点数及び回数を記載する。

（ウ） 失活歯歯冠形成は、「(失単)」の項のうち、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、前歯部の４分の３冠及びＣＡＤ／ＣＡＭ冠の場合は「前Ｃ」の項に、その他の金属冠、チタン冠、乳歯冠(乳歯金属冠を除く。)及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金硬」の項に、乳歯金属冠、小児保隙装置及び既製金属冠の場合は「既製」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

（エ） ブリッジに対する失活歯歯冠形成は「(失ブ)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の４分の３冠及び高強度硬質レジンブリッジの場合は「前」の項に、その他の金属冠の場合は「金」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。また、ブリッジ支台歯形成加算は、項中の「＋　×」欄の右欄にその加算点数及び回数を記載する。

（オ） 窩洞形成は、「(窩洞)」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは中欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。なお、複雑なものにおけるブリッジ支台歯形成加算は、複雑なものの下欄に加算点数及び回数を記載する。

また、う蝕歯無痛的窩洞形成加算は、ブリッジ支台歯形成加算の下欄に点数及び回数を記載する。なお、ＣＡＤ／ＣＡＭインレーのための窩洞形成に係る加算は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 138）

（カ） う蝕歯即時充填形成は、「充形」の項に点数及び回数を記載し、う蝕歯無痛的窩洞形成加算は、項中の「＋　×」欄に点数及び回数を記載する。（項番 139）

（キ） う蝕歯インレー修復形成は、「修形」の項に点数及び回数を記載する。また、ＣＡＤ／ＣＡＭインレーのための窩洞形成に係る加算は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。

ク 「充填」の項について

（ア） 充填に係る技術料は、「充填１」又は「充填２」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。（項番 148）

（イ） 充填に際して歯科充填用材料Ⅰの複合レジン系を用いた場合は「材充Ⅰ」の項の上欄に、グラスアイオノマー系を用いた場合は「材充Ⅰ」の項の下欄に、歯科充填用材料Ⅱの複合レジン系を用いた場合は「材充Ⅱ」の項の上欄に、グラスアイオノマー系を用いた場合は「材充Ⅱ」の項の下欄に、それ以外の材料を用いた場合は「その他」欄に、それぞれ充填材料の点数及び回数を記載する。なお、それぞれの項において、充填の「単純なもの」は左欄に、充填の「複雑なもの」は右欄に記載する。

ケ 「支台築造」の項について

（ア） 間接法において、メタルコアによる支台築造は、「メタル」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を部位ごとにそれぞれ記載する。（項番 140）

（イ） 直接法において、その他の支台築造は、「その他」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を部位ごとにそれぞれ記載する。（項番 140）

（ウ） 支台築造印象は「支台印象」の項に点数及び回数を記載する。

コ 「リテーナー」の項について

「リテーナー」の項は、支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

サ 「金属歯冠修復」の項について

（ア） 乳歯、前歯及び小臼歯に銀合金を用いた金属歯冠修復は、「乳前小銀」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯部の４分の３冠及び接着冠、臼歯部の５分の４冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載する。

（イ） 前歯及び小臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「前小パ」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯部の４分の３冠及び接着冠、臼歯部の５分の４冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載する。（項番 149）

（ウ） 大臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「大パ」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、５分の４冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び接着冠、全部金属冠の順に点数及び回数を記載する。

（エ） 大臼歯に銀合金を用いた金属歯冠修復は、「大銀」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、５分の４冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び接着冠、全部金属冠の順に点数及び回数を記載する。

（オ） 可動性連結装置は、当該装置を装着した歯に対する金属歯冠修復の記入欄に、(ア)とは別に点数及び回数を記載する。

（カ） 装着材料料は、「装着材料」の項に点数及び回数を記載する。

シ 「仮着」の項について

ブリッジの仮着は、支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ス テンポラリークラウンは、「ＴｅＣ」の項に点数及び回数を記載する。

セ 「硬ジ」の項、「乳」の項及び「ＣＡＤ冠」の項について

（ア） 硬質レジンジャケット冠は、「硬ジ」の項のうち、光重合硬質レジンを左欄に、加熱重合硬質レジンを右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 152）

（イ） 乳歯冠は、「乳」の項の左欄に乳歯金属冠を、右欄には乳歯に対するジャケット冠を、それぞれ点数(ジャケット冠は人工歯料を除く。)及び回数を記載する。

（ウ） ＣＡＤ／ＣＡＭ冠の「１　２以外の場合」は、「ＣＡＤ冠」の項のうち、小臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅰ）を用いた場合は「（Ⅰ）」の項、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅱ）を用いた場合は「（Ⅱ）」の項に、大臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合は「（Ⅲ）」の項、前歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅳ）を用いた場合は「（Ⅳ）」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。なお、小臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合は「（Ⅰ）」又は「（Ⅱ）」の項に点数及び回数を記載する。（項番 153）

ソ　「ＣＡＤＩｎ」の項、「チ冠」の項及び「前チ」の項について

（ア）　ＣＡＤ／ＣＡＭインレーは、「ＣＡＤＩｎ」の項のうち、小臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅰ）を用いた場合は「（Ⅰ）」の項、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅱ）を用いた場合は「（Ⅱ）」の項に、大臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合は「（Ⅲ）」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、小臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合は「（Ⅰ）」又は「（Ⅱ）」の項に点数及び回数を記載する。

（イ）　チタン冠は、「チ冠」の項に点数及び回数を記載する。

（ウ）　レジン前装チタン冠は、「前チ」の項に点数及び回数を記載する。

タ　「根板」の項について

（ア）　前歯及び小臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた根面板は、「パ前小」の項に点数及び回数を記載する。

（イ）　大臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた根面板は、「パ大」の項に点数及び回数を記載する。

（ウ）　前歯及び小臼歯に銀合金を用いた根面板は、「銀前小」の項に点数及び回数を記載する。

（エ）　大臼歯に銀合金を用いた根面板は、「銀大」の項に点数及び回数を記載する。

（オ）　歯科充填用材料Ｉを用いて根面を被覆した場合は、「レジン」の項に点数及び回数を記載する。

チ　「ポンティック」の項について

（ア）　鋳造ポンティックは、「鋳造」の項のうち、大臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、小臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、銀合金を用いた製作は「銀」の項に、点数及び回数を記載する。（項番 156）

（イ）　レジン前装鋳造ポンティックは、「前装」の項のうち、前歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ前」の項に、小臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、大臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、前歯に対する銀合金を用いた製作は「銀前」の項に、小臼歯に対する銀合金を用いた製作は「銀小」の項に、大臼歯に対する銀合金を用いた製作は「銀大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 156）

ツ　「Br 装着」の項について

ブリッジを装着した場合の装着料は、「Br 装着」の項のうち、ブリッジ１装置について支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

テ　「装着」の項について

歯冠修復物を装着した場合は、点数及び回数を記載する。なお、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレーの装着は、項中の「＋　×」欄に加算点数及び回数も記載する。

ト　「有床義歯」の項について

有床義歯は、点数及び床数を記載する。（項番 158、159）

ナ　「床適合」の項について

硬質材料を用いた有床義歯内面適合法は、点数及び床数を記載する。なお、軟質材料を用いた有床義歯内面適合法は、「その他」欄に点数を記載する。また、有床義歯内面適合法に伴う

歯科技工加算１又は２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 163、164）

ニ　「床修理」の項について

有床義歯修理は、１～８歯欠損の場合は上欄に、９～14 歯の場合は中欄に、総義歯の場合は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、有床義歯修理に伴う歯科技工加算１及び２において、歯科技工加算１は項中の「＋　×」欄の左欄に加算点数及び回数を記載し、歯科技工加算２は項中の「＋　×」欄の右欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 161、162）

ヌ　「人工歯」の項について

人工歯料は、点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、「人工歯」の項の記載は上欄左から右へ記載する。なお、書ききれない場合は、中欄から下欄へ順に点数及び回数を記載する。

ネ　「バー」の項について

（ア）　鋳造バーは、「鋳」の項のうち、鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ」の項に、鋳造用コバルトクロム合金を用いた製作は「コバ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

（イ）　屈曲バーは、「屈曲」の項のうち、不銹鋼及び特殊鋼による屈曲バーの製作は「不特」の項に、保持装置の使用は「保」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ノ　「鋳造鉤」の項について

（ア）　鋳造用金銀パラジウム合金による鋳造鉤の製作は「パ」の項に、それぞれ上から大・小臼歯の双子鉤、犬歯・小臼歯の双子鉤、大臼歯の二腕鉤（レスト付き）、犬歯又は小臼歯の二腕鉤（レスト付き）、前歯（切歯）の二腕鉤（レスト付き）の点数及び回数を記載する。

（イ）　鋳造用コバルトクロム合金による鋳造鉤の製作は、「コバ」の項に、それぞれ上から双子鉤、二腕鉤（レスト付き）の点数及び回数を記載する。

ハ　「線鉤」の項及び「間接」の項について

（ア）　不銹鋼及び特殊鋼を用いた製作は「不・特」の項に、それぞれ双子鉤は左上欄に、二腕鉤（レスト付き）は左下欄に、二腕鉤（レスト無し）は右下欄に点数及び回数を記載する。

（イ）　間接支台装置は、「間接」の項に点数及び回数を記載する。

ヒ　「コンビ」の項について

鋳造用コバルトクロム合金によるコンビネーション鉤の製作は「コンビ」の項に、点数及び回数を記載する。

フ　「磁性アタッチメント」の項について

（ア）　磁石構造体を用いる場合は、「磁性アタッチメント」の項のうち、「磁石」の項に、点数及び回数を記載する。

（イ）　キーパー付き根面板を用いる場合は、「キ付根板」の項のうち、鋳造用金銀パラジウム合金を用いて前歯及び小臼歯に対しての製作は「パ」の項の「前小」の項に、大臼歯に対する製作は「大」の項に、銀合金を用いて前歯及び小臼歯に対しての製作は「銀」の項の「前小」の項に、大臼歯に対する製作は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ヘ　「修理」の項について

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法以外の修理は、点数及び回数を記載する。

ホ　「その他」欄について

（ア）　クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生（支）局長へ届け出た保険医療機関以

外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合は、所定点数の 100 分の 70 に相当する点数及び回数を記載する。（項番 135）

（イ） 咬合印象は、点数及び回数を記載する。

（ウ） 光学印象は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 143）

（エ） 仮床試適の「４　その他の場合」は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

（オ） 小児保隙装置は、点数及び回数を記載する。（項番 155）

（カ） 熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、名称、部位、点数及び回数を記載する。（項番 159）

（キ） レジンインレー、高強度硬質レジンブリッジ又は既製金属冠等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、点数及び回数を記載する。

なお、高強度硬質レジンブリッジ又は接着ブリッジの装着を行った場合の装着料は、加算を合算した点数及び回数を記載する。（項番 135）

（ク） 鋳造用金銀パラジウム合金によるコンビネーション鉤は、点数及び回数を記載する。

（ケ） 歯科鋳造用 14 カラット金合金による鋳造鉤及び歯科用 14 カラット金合金鉤用線による線鉤は、点数及び回数を記載する。

（コ） 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して６月以内の当該有床義歯の修理及び有床義歯内面適合法は、それぞれの点数の 100 分の 50 に相当する点数及び装着料を合算した点数を記載する。（項番 161、162、163、164）

（サ） 脱離した歯冠修復物の再装着は、点数及び回数を記載する。なお、それに伴い内面処理加算を行った場合は点数及び回数を記載する。（項番 144）

（シ） 脱離又は修理したブリッジを再装着した場合の装着料は、ブリッジ１装置について、支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合又は支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合に分けて、点数及び回数を記載する。（項番 144）

（ス） 歯科鋳造用 14 カラット金合金を用いた金属歯冠修復は、点数及び回数を記載する。（項番 149）

（セ） 広範囲顎骨支持型補綴物管理料、広範囲顎骨支持型補綴診断料、広範囲顎骨支持型補綴（ブリッジ形態のもの）に用いたリテーナー、広範囲顎骨支持型補綴又は広範囲顎骨支持型補綴物修理は、それぞれ点数を記載すること。（項番 165）

（ソ） チタン冠を歯根分割した歯に対し装着した場合は技術料及び材料料を合算した点数及び回数を記載する。「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

（タ） ＣＡＤ／ＣＡＭ冠の「１　２以外の場合」について、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅴ）を用いた場合は、点数及び回数を記載する。

（チ） ＣＡＤ／ＣＡＭ冠の「２　エンドクラウンの場合」について、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合は、点数及び回数を記載する。

（ツ） ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を歯根分割した歯に対し装着した場合は技術料及び材料料を合算した点数及び回数を記載する。「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

（テ） 歯冠修復及び欠損補綴のうち、該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合は、名称、点数及び回数を記載する。「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

（ト） 歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して１月以上患者が来院しない場合の当該歯冠修復物又は欠損補綴物は、該当する記載欄に装着料を含まない点数及び回数を記載する。（項番 135）

(29) 歯科矯正について

全体の「その他」欄に記載する。（項番 166～176）

ア 歯科矯正における帯環及びダイレクトボンドブラケット並びに可撤式装置及び固定式装置は、それぞれ点数と装着料を合算した点数を記載する。

イ 植立は点数を記載する。また、アンカースクリュー脱落後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合は、点数を記載する。（項番 150）

(30) その他について

全体の「その他」欄に記載する。

ア 看護職員処遇改善評価料、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）並びに入院ベースアップ評価料は、それぞれ点数及び回数を記載する。

(31) その他の項目について

ア 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合の療養担当手当は、全体の「その他」欄に点数を記載する。

イ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書と同じ大きさの用紙（用紙の色は白色で可とする。）に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別番号（例；１社・国　１単独　２本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付ける。

ウ 医療情報取得加算、医療ＤＸ推進体制整備加算又は在宅医療ＤＸ情報活用加算は、全体の「その他」欄に点数を記載する。

(32) 「点数」欄について

「初診」欄から全体の「その他」欄までのそれぞれの合計点数を記載する。

医療保険と公費負担医療の併用の場合は、「点数」欄を縦に区分して、左欄から順に医療保険に係る請求点数、第１公費に係る請求点数、第２公費に係る請求点数を記載するが、公費負担医療に係るすべての請求点数が医療保険に係る請求点数と同じ場合は、「点数」欄を縦に区分して、当該公費負担医療に係る請求点数を記載することを省略しても差し支えない。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が医療保険と異なる場合は、公費負担医療に係る請求点数が医療保険に係る請求点数と異なることとなるので、「点数」欄を縦に区分して、公費負担医療に係る請求点数も必ず記載する。

また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様とする。

(33) 「合計」欄について

請求する医療保険に係る合計点数を記載する。

(34) 「一部負担金額」欄について

ア 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受

給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）は、次による。

（ア） 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載する。ただし、災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。

（イ） 健康保険及び国民健康保険の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の文字を〇で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の文字を〇で囲む。

また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を〇で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の文字を〇で囲む。

イ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療は、以下による。

（ア） 高額療養費が現物給付された者に限り記載し、支払いを受けた一部負担金の額を記載する。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、下段に支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載する。なお、「一部負担金」の項に記載しきれない場合には、「摘要」欄に（ ）で再掲して差し支えない。

（イ） 健康保険法施行令第 43 条第１項並びに同条第５項、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項並びに同条第３項又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項並びに同条第３項の規定が適用される者の場合は、これらの規定により算定した額（この額に１円未満の端数がある場合において、その端数金額が 50 銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が 50 銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載する。

（ウ） 健康保険法施行令第 43 条第１項第２号へ、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号へに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項第１号へに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載する。

（エ） 健康保険法施行令第 43 条第１項第２号ホに掲げる者、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号ホに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項第１号ホに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載する。

（オ） 健康保険及び国民健康保険において、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合は減額割合を記載して「割」の文字を〇で囲み、「円」単位で減額される場合は減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の文字を〇で囲む。

また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を〇で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の文字を〇で囲む。

（カ） 後期高齢者医療において、高齢者医療確保法第 69 条第１項の規定に基づき広域連合長

から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合は減額割合を記載して「割」の文字を〇で囲み、「円」単位で減額される場合は減額後の一部負担金の金額を記載して「円」を〇で囲む。また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を〇で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の文字を〇で囲む。

(35)　「公費分点数」欄について

ア　「請求」の項は、第１公費に係る合計点数を記載する。なお、第２公費に係る合計点数がある場合は、括弧書きで記載する。ただし、第１公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えない。

　また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る合計点数が第１公費に係る合計点数と同じ場合は、第２公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えない。

(36)　「患者負担額（公費）」欄について

医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「一部負担金」の項に金額を記載するものの場合は（33）のイの(ア)により記載した額を、金額の記載を要しないものの場合は１０円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載する。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法との併用の場合は、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載する。

また、障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額は、１０円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）に 10 円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載する。ただし、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付化された者に係るものを除く。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る負担額は「患者負担額（公費）」欄への記載は要しない。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者は、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載する。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の２割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該２割相当の額（「一部負担金額」の項に金額を記載するものは 10 円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないものは 10 円未満の端数を四捨五入する前の額。）を記載する。

(37)　その他

ア　歯科の入院に係る費用の請求に当たっては、原則として医科入院の明細書を使用する。

この場合、当該明細書の「保険種別１」欄の左の欄の「１　医科」を「３　歯科」と訂正する。

また、その記載に当たっては、医科の記載要領に準拠して記載し、「歯冠修復及び欠損補綴」等歯科独自の診療行為は「摘要」欄に診療行為名、点数及び必要事項を記載する。

イ　「処置・手術」等のうち、該当する記載欄を設けていないが頻度の高いものは、「処置・手術」等の「その他」欄に予め印刷しても差し支えない。

ウ　平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と表示する。なお、同月内に同患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分し「摘要」欄に記載する。

エ　公費負担医療のみの場合において、請求点数を後期高齢者医療の診療報酬点数表による場合は、「特記事項」欄に「後保」と表示する。

オ　高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えた場合は、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長２」と記載する。ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に健康保険法施行令第 42 条第６項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えて受領している場合で現物給付化することが困難な場合を除く。

カ　患者の疾病又は負傷が交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載する。なお、「交」等従来行われていた記載も差し支えない。

キ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号、第７号又は第８号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載する。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の診療報酬請求項目と区別して記載すること。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第２条第 12 号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「器選」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

ク　地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合は、「特記事項」欄に「先進」と記載し、先進医療の名称及び先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載する。

ケ　「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求は、「特記事項」欄に「制超」と記載する。

また、実施したリハビリテーションごとに、「摘要」欄に「リハ選」と記載し、併せて「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載する。

コ　自己負担限度額特例対象被扶養者等は、「特記事項」欄に「高半」と記載する。

サ　高齢者医療確保法第 50 条第２号に該当する者（65 歳から 75 歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が 75 歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が２分の１とならない場合）は、「摘要」欄に「障害」と記載する。

シ　電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合は、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求し、各規定により「摘要」欄に算定日（初回算定日及び前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く。）を記載する点数は、その記録を省略しても差し支えない。ただし、平成 24 年３月診療以前分は、「摘要」欄に算定日を記載する点数の各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記載する。

ス　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号の２又は第７号の２に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。

セ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上　（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（３割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

ソ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）除く。）には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。

タ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用

区分が（ウ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

チ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。

ツ　70 歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は 70 歳以上の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

テ　70 歳未満において「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多ア」と記載すること。

ト　70 歳未満において「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き

所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多イ」と記載すること。

ナ　70 歳未満において「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載すること。

ニ　70 歳未満において「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多エ」と記載すること。

ヌ　70 歳未満において「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多オ」と記載すること。

ネ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区カ」と記載すること。

ノ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課

税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区キ」と記載すること。

ハ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多カ」と記載すること。

ヒ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多キ」と記載すること。

※　ネからヒまでについては、令和４年 10 月１日から適用する。令和４年９月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあってはチ及びニに従い、従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

フ　別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合には、「特記事項」欄に「申出」と記載するとともに、当該療養の名称及び当該療養について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

ヘ　医療法第 30 条の 13 に規定する病床機能報告制度において、医療法施行規則第 30 条の 33 の６第１項に規定するレセプト情報による方法の場合であって、病棟情報を電子レセプトに記録する場合は、「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録の通年化について」によること。

Ⅳ　調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第１　調剤報酬請求書に関する事項（様式第４）

１　「令和　年　月分」欄について

調剤年月又は外来服薬支援料１若しくは退院時共同指導料を算定した年月（以下「調剤年月等」という。）を記載すること。したがって、調剤年月等の異なる調剤報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの調剤年月分等について調剤報酬請求書を作成すること。なお、調剤年月等の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

２　「薬局コード」欄について

それぞれの薬局について定められた薬局コード７桁を記載すること（別添２「設定要領」の第４を参照）。

３　「別記　　殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例）　別記　　全国健康保険協会理事長
　　千代田区長
　　東京都知事

４　「令和　年　月　日」欄について

調剤報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

５　「保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名」欄について

（１）　保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名については、保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については開設者から調剤報酬につき委任を受けている場合は、保険薬局の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

（２）　保険薬局自体で調剤報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名の労を省くため、保険薬局の所在地、名称及び開設者氏名のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

６　「医療保険」欄について

（１）　医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

（２）　「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「処方箋受付回数」欄には明細書の受付回数の合計を、「点数」欄には明細書の「請求」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「一部負担金」欄の「保険」の項に係る「一部負担金」の項の合計を記載すること。

なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれ

ぞれの合計を記載すること。

（３）　「①合計」欄には、「医保（７０以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（７０以上７割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（６歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。なお、処方箋受付回数及び点数については、記載を省略して差し支えない。

（４）　医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあっては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

７　「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

（１）　医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には、区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

（２）　「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と２種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、１枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は２件となること。

（３）　「処方箋受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（４）　「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。

（５）　「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

８　「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

（１）　公費負担医療のみで２種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。

公費負担医療が２種の場合、例えば、感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法による医療扶助に係る分とを併せて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載して当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法による医療扶助、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等の３種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

（２）　「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、１枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、２件ないし３件となること。

（３）　「処方箋受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（４）　「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（５）　「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「請求」欄の「公費②」の項の記載を省略した明細書については、請求欄の「公費①」の項に記載した点数が、当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に３種の公費負担医療の併用を行った場合には、生活保護法による医療扶助に係る点数は「請求」欄の「保険」の項の点数をも合計して記載すること。

９　「公費負担」欄の「公費単独」欄について

（１）　公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る請求分を記載すること。

　なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」により示すとおりであること。

（２）　「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（３）　「処方箋受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「①」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（４）　「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（５）　「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計し、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

10　「②合計」欄について

「公費と医保の併用」、「公費と公費の併用」及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

11　「総件数①＋②」欄について

「①合計」及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

12　その他

（１）　請求に係る月の処方箋受付回数を「備考」欄に記載すること。

（２）　服用薬剤調整支援料、服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料を算定した月とその基となる調剤月が異なる場合は、「処方箋受付回数」は調剤月について計上すること。また、長期投薬若しくは後発医薬品に係る分割調剤の調剤基本料を算定する場合、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤を行う場合、調剤管理料（在宅協力薬局が当該分析、評価を行い、在宅基幹薬局が当該

点数を算定する場合に限る。）又は服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、服用薬剤調整支援料、外来服薬支援料１、外来服薬支援料２（在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）、退院時共同指導料、経管投薬支援料、調剤後薬剤管理指導料１、調剤後薬剤管理指導料２若しくは在宅移行初期管理料のみの算定を行っている場合は、「件数」としては１件、「受付回数」としては０件として計上すること。

第１の２　調剤報酬請求書に関する事項（様式第９）

調剤報酬請求書に関する事項については、次に掲げる事項を除き、第１の例によること。

なお、「３　「別記　　殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えるものであること。

１　「後期高齢者医療」欄について

（１）　後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。

（２）　「件数」欄、「処方箋受付回数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄については、第１の６の（２）と同様であること。この場合、第１の６の（２）中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と読み替えるものであること。

（３）　医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあっては、「後期高齢一般・低所得」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢一般・低所得」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

２　「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

（１）　後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には、区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

（２）　「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と２種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、１枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は２件となること。

（３）　「処方箋受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（４）　「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。

（５）　「一部負担金」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

第２　調剤報酬明細書の記載要領（様式第５）

１　調剤報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

（１）　明細書は、白色紙黒色刷りとすること。

（２）　左上の隅より右へ 12mm、下へ 12mmの位置を中心に半径２mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。

（３）　同一患者につき、同一医療機関の保険医が交付した処方箋に係る調剤分については、一括して１枚の明細書に記載すること。ただし、歯科と歯科以外の診療科の処方箋については、それぞれ別の明細書に記載すること。また、外来服薬支援料１、服薬情報等提供料３及び退院時共同指導料に係る明細書については、処方箋に基づく調剤分に係る明細書とは別とし、それぞれ単独の明細書とすること。

（４）　１枚の処方箋の使用期間が次月にまたがる場合については、当該処方箋に係る調剤実行為を行った月の調剤分として請求すること。

（５）　服薬情報等提供料は、算定の対象となる情報提供を実施した月の分として請求すること。

（６）　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、算定の対象となる訪問薬剤管理指導を実施した月の分として請求すること。

（７）　在宅移行初期管理料は、当該患者について初めて在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を算定する月の分として請求すること。

（８）　月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も同様とすること。なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。

（９）　１枚の明細書に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、調剤年月等、薬局コード、患者氏名、保険種別（例：１社・国　１単独　２本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担者番号）、被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

(10)　電子計算機の場合は、以下によること。

ア　欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢より○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えないこと。

イ　枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

ウ　用紙下端の空白部分は、ＯＣＲ処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。

エ　電子計算機用のＯＣＲ関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成９年８月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。

オ　記載する文字は、ＪＩＳＸ０２０８において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

２　調剤報酬明細書に関する事項

（１）　「令和　年　月分」欄について

調剤年月等を記載すること。

（２）　「都道府県番号」欄について

別添２の設定要領の別表２に掲げる都道府県番号表に従い、保険薬局の所在する都道府県の番号を記載すること。

（３）　「薬局コード」欄について

それぞれの薬局について定められた薬局コード７桁を記載すること（別添２「設定要領」の第４を参照）。

（４）　「保険種別１」、「保険種別２」及び「本人・家族」欄について

ア　「保険種別１」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち１つを〇で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険	１　社・国
公費負担医療（健康保険、国民健康保険又は後期高齢者医療との併用の場合を除く。）	２　公費
後期高齢者医療	３　後期

イ　「保険種別２」欄については、「保険種別１」欄のそれぞれについて、以下の左の別に応じ、右の番号のうち１つを〇で囲むこと。

単独	１　単独
１種の公費負担医療との併用	２　２併
２種以上の公費負担医療との併用	３　３併

（注）公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。）を含むこと。

ウ　「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち１つを〇で囲むこと。なお、未就学者である患者は「４」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「８」又は「０」を〇で囲むこととする。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「２」、被保険者（その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。））は「６」を〇で囲むこととし、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を〇で囲むこと。

なお、「２　本外」（若しくは「２　本」）、「４　六外」（若しくは「４　六」）、「６　家外」（若しくは「６　家」）、「８　高外一」（若しくは「８　高一」）又は「０　高外７」（若しくは「０　高７」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

２　本人外来	２　本外
４　未就学者外来	４　六外
６　家族外来	６　家外
８　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来	８　高外一
０　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付外来	０　高外７

（注１）　後期高齢者医療一般のうち、１割負担の者と、２割負担の者の判別については、「特記事項」欄に記載される所得区分により行うため、特段の記載は必要ない。

エ　電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

（ア）　当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

（イ）　選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

（５）　「保険者番号」欄について

ア　設定された保険者番号８桁（国民健康保険については６桁）を記載すること（別添２「設定要領」の第１を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

イ　公費負担医療単独の場合及び公費負担医療のみの場合は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

（６）　「給付割合」欄について

国民健康保険の場合、該当する給付割合を〇で囲むか、（　）の中に給付割合を記載すること。ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

（７）　「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア　被保険者証等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。なお、電子資格確認の場合は、オンラインにより提供された資格情報から、これらの記載を行うこと。

イ　記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「ー」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。また、枝番は「（枝番）」の後ろに記載すること。

ウ　当該記号及び番号のうち〇で囲んだ文字に代えて当該文字を（　）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（　）を省略しても差し支えないこと。なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号・番号を記載すること。

（８）　「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

ア　調剤券等に記入されている公費負担者番号８桁を記載すること（別添２「設定要領」の第２を参照）。

イ　別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療を「第１公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担医療を「第２公費」という。）記載すること。

ウ　保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第１公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第２公費として取り扱うものとすること。

（９）　「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について

調剤券等に記入されている受給者番号７桁を、第１公費については「公費負担医療の受給者番号①」欄に、第２公費については「公費負担医療の受給者番号②」欄に記載すること（別添２「設定要領」の第３を参照）。

(10)　「氏名」欄について

ア　姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらが

なをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ　性別は該当するものを〇で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「１　男」、「２　女」と記載しても差し支えないこと。

ウ　生年月日は以下によること。

（ア）　該当する元号を〇で囲み、生まれた年月日を記載すること。

（イ）　電子計算機の場合は元号については「１　明」、「２　大」、「３　昭」、「４　平」、「５　令」と記載すること。

エ　電子レセプトによる請求を行う場合は、アによる姓名と別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

(11)　「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「１　職務上」、「２　下船後３月以内」又は「３　通勤災害」のうち該当するものを〇で囲むこと。ただし、「１　職務上」及び「３　通勤災害」については、災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後３月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「２　下船後３月以内」の番号を〇で囲むこと。

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、それぞれ１枚の明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

１　職上（職務上）、　　２　下３（下船後３月以内）、　　３　通災（通勤災害）

(12)　「特記事項」欄について

該当するものについては、Ⅱの第３の２の(13)と同様とすること。

(13)　「保険薬局の所在地及び名称」欄について

ア　保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。また、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

イ　麻薬を調剤した場合は、麻薬小売業の免許番号を欄の下部に「麻：〇〇〇〇〇〇〇〇〇号」と記載すること。

(14)　「保険医療機関の所在地及び名称」欄、「都道府県番号」欄、「点数表番号」欄及び「医療機関コード」欄について

処方箋を発行した保険医（以下「処方医」という。）が診療に従事する保険医療機関の所在地、名称、都道府県番号、点数表番号及び医療機関コードを処方箋に基づいて記載すること。また、外来服薬支援料１及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に所在地及び名称をカタカナで記載しても差し支えないこと。

(15)　「保険医氏名」欄について

処方医である医師又は歯科医師の姓名を記載すること。

なお、同一医療機関で同一患者に対し、異なる医師又は歯科医師が処方箋を発行した場合には、当該欄に当該処方医の姓名を１の項から順番に記載すること。処方箋を発行した医師又は歯科医師の数が 10 人を超えた場合は、「摘要」欄に１１以降の番号を付して医師又は歯科医師の姓名を記載すること。また、外来服薬支援料１及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には姓と名の間にスペースをとること。

(16)　「受付回数」欄について

ア　「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第１公費及び第２公費に係る処方箋の受付回数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の処方箋の受付回数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第１公費に係る処方箋の受付回数が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る処方箋の受付回数を省略しても差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る処方箋の受付回数が第１公費に係る処方箋の受付回数と同じ場合は、第２公費に係る処方箋の受付回数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ　同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に交付された処方箋を同一日に受け付けた場合は、複数診療科に係るものであっても枚数にかかわらず受付回数は１回となること。ただし、歯科診療に係る処方箋とそれ以外の処方箋についてはこの限りでない。また、以下に掲げる調剤又は薬学管理料を算定すべき薬学管理のみを行った場合については、受付回数としては計上しないこと。

（ア）　長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤に係る調剤基本料を算定すべき調剤

（イ）　医師の指示による分割調剤に係る当該保険薬局における２回目以降の調剤

（ウ）　調剤管理料（在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）

（エ）　服薬情報等提供料

（オ）　在宅患者訪問薬剤管理指導料

（カ）　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

（キ）　在宅患者緊急時等共同指導料

（ク）　服用薬剤調整支援料

（ケ）　外来服薬支援料１

（コ）　外来服薬支援料２（在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）

（サ）　退院時共同指導料

（シ）　経管投薬支援料

（ス）　調剤後薬剤管理指導料

（セ）　在宅移行初期管理料

(17)　「医師番号」欄から「加算料」欄について

「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合であっても、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法による医療扶助との併用の場合は、生活保護法による医療扶助に係る調剤が該当するものであること。

(18)　「医師番号」欄について

当該処方箋を発行した医師又は歯科医師の「保険医氏名」欄の該当番号を記載すること。ただ

し、処方箋を発行した医師又は歯科医師が１枚の明細書において１名の場合は、番号の記載を省略しても差し支えないこと。

(19)　「処方月日」欄について

処方箋が交付された月日を記載すること。

(20)　「調剤月日」欄について

保険薬剤師が調剤した月日を記載すること。

なお、「処方月日」欄の月と調剤した月とが同一の場合は、月の記載を省略しても差し支えないこと。

(21)　「処方」欄について

ア　所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあっては１剤１日分、湯薬にあっては内服薬に準じ１調剤ごとに１日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあっては１調剤分）ごとに調剤した医薬品名、用量（内服薬及び湯薬については、１日用量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬（ただし、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。以下同じ。）を除く。）については、投薬全量、屯服薬については１回用量及び投薬全量）、剤形及び用法（注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。）を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せて記載すること。また、貼付剤の用量については、貼付剤の枚数としての投薬全量を記載するとともに、貼付剤の枚数としての１日用量又は投与日数を併せて記載すること。

ただし、服用時点が同一であっても投薬日数が異なる内服薬に係る調剤及び同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数１回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、それぞれ別の欄（線により区切られた部分をいう。以下同じ。）に記載すること。

イ　特別調剤基本料Ａ又は特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局において、１処方につき７種類以上の内服薬の調剤を行い、薬剤料を所定点数の 100 分の 90 に相当する点数で算定した場合は、該当の「処方」欄の薬剤名の下に「薬剤料逓減（90/100）（内服薬）」と表示すること。

ウ　異なる調剤日に調剤を行った場合又は同一処方を異なった医師が発行した場合であっても、調剤数量以外の処方内容が同一である場合には１欄の記載のみで差し支えないこと。ただし、この場合であっても、前イに該当する調剤日と該当しない調剤日の調剤については、それぞれ別の「処方」欄として記載すること。

エ　医薬品名は原則として調剤した薬剤の名称、剤形及び含量を記載すること。

オ　剤形は「内服」、「内滴」、「屯服」、「浸煎」、「湯」、「注射」、「外用」と記載すること。

カ　医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局については、所定単位当たりの薬剤料が 175 円以下の場合は医薬品名、規格、用量の記載を省略しても差し支えないが、剤形及び用法は記載すること。

なお、次の場合は医薬品名、規格、用量、剤形、用法を記載するものであること。

（ア）　自家製剤加算（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合を含む。以下同じ。）、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、計量混合調剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）及び外来服薬支援料２（在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該

点数を算定する場合を除く。）を算定した場合

（イ） 同一処方箋により、２以上の医薬品を用いて内服薬を調剤した場合であって、別剤として薬剤調製料及び調剤管理料を算定した場合

（ウ） 前イの薬剤料逓減に該当する場合

キ 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針及び「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年３月厚生労働省告示第61号）の別表のⅠに規定されている特定保険医療材料）を支給した場合は、他の処方とは別の欄に名称及びセット数等を記載すること。この場合、剤形は「材料」とすること。また、支給月日は「調剤月日」欄に、支給回数は「調剤数量」欄に、単位材料料は「単位薬剤料」欄に、材料料は「薬剤料」欄にそれぞれ記載すること。

ク 同一明細書の同一「処方」欄において、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、当該「処方」欄の公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。

ケ 電子計算機の場合は、カタカナで記載しても差し支えないこと。

コ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第４号又は第６号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第３の２の(20)のカの(ウ)の例により「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(22) 「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の１単位（内服薬にあっては１剤１日分、湯薬にあっては内服薬に準じ１調剤ごとに１日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあっては１調剤分）当たりの薬剤料を記載すること。

なお、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、行を改めて公費負担医療に係る薬剤料を記載し、当該薬剤料にアンダーラインを付すか、又はその左側に「＊」を付すこと。

(23) 「調剤数量」欄について

ア 「処方」欄記載の処方内容に係る調剤の単位数（内服薬及び湯薬にあっては投薬日数、内服用滴剤、浸煎薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあっては調剤回数）を調剤月日ごとに記載すること。

イ 分割調剤の場合は以下によること。

（ア） 長期投薬に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に 分 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、分 に代えて「Ｂ」と記載することも差し支えないものであること。

（イ） 後発医薬品に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に 試 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、試 に代えて「Ｔ」と記載することも差し支えないものであること。

（ウ） 医師の分割指示に係る分割調剤を行う場合は、単位数及び医の記号を付した総単位数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、医に代えて「Ｄ」と記載することも差し支えないものであること。

(24) 「薬剤調製料　調剤管理料」欄について

「処方」欄に掲げる調剤を行った際の調剤数量に応じた薬剤調製料及び調剤管理料の点数を記載すること。ただし、薬剤調製料及び調剤管理料が算定できない場合又は医師の指示による分割調剤の場合は、「０」を記載すること。

なお、内服薬及び湯薬について、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を同一薬局において

行う場合には、第１回目の調剤から通算した日数に対応する薬剤調製料及び調剤管理料から前回までに請求した薬剤調製料及び調剤管理料の点数を減じた点数を記載すること。

(25)　「薬剤料」欄について

「処方」欄の所定単位当たりの薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数を記載すること。なお、前(21)のイの薬剤料逓減に該当する場合は、薬剤料の所定点数の下に、算定点数から所定点数を控除して得た点数を△書きにより記載すること。この場合、薬剤料の逓減に該当する場合であっても、控除して得た点数が０点となるものについては記載しない。

(26)　「加算料」、「調剤基本料」、「時間外等加算」及び「薬学管理料」欄について

ア　通則

各欄又は「摘要」欄への調剤行為等の名称（以下この項において単に「名称」という。）、回数及び点数の記載方法は、次のイからオまでのとおりであること。また、名称、回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は、別表Ⅰ「調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」のとおりであること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰ（令和６年６月１日適用の旨が表示されたコードに限る。）のコードについては、令和６年 10 月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。

書面による請求を行う場合においては、名称について、別表Ⅳ「調剤行為名称等の略号一覧」に示す略号を使用して差し支えないこと。

イ　「加算料」欄について

（ア）　麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、自家製剤加算、計量混合調剤加算、予製剤加算、無菌製剤処理加算又は外来服薬支援料２を算定した場合は、当該名称を記載して加算点数（無菌製剤処理加算においては加算点数に日数を乗じた点数）の合計点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあっては「０」）を記載すること。

また、外来服薬支援料２の算定対象となる剤が複数ある場合は、同加算を算定する点数に対応する投薬日数が分かるように、原則として、当該日数が「調剤数量」欄に記載されている剤の欄に（当該日数の剤が複数ある場合は、いずれかの１欄にのみ）、外来服薬支援料２に係る点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあっては「０」）を記載すること。

ただし、同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数１回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、これに該当する場合であっても、これらの加算はどちらか１欄にのみ記載すること。

（イ）　外来服薬支援料２については、上記（ア）のほか、当該加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、一包化を行った全ての剤の「加算料」欄に名称を記載すること。

（ウ）　調剤基本料に対応する加算点数、夜間・休日等加算に係る点数については本欄には記載しないこと。

（エ）　電子計算機の場合は、麻 等の□を省略して記載しても差し支えないこと。以下、麻 等

の略号を使用する場合について同様であること。

（オ）　１行で記載できない場合は、同欄において行を改めて記載しても差し支えないこと。

ウ　「調剤基本料」欄について

（ア）　医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公費及び第２公費に係る調剤基本料（地域支援体制加算の施設基準の届出を行った場合等にあっては、調剤基本料に地域支援体制加算１、地域支援体制加算２、地域支援体制加算３若しくは地域支援体制加算４、連携強化加算、後発医薬品調剤体制加算１、後発医薬品調剤体制加算２若しくは後発医薬品調剤体制加算３、在宅薬学総合体制加算１若しくは在宅薬学総合体制加算２、又は区分番号００の注３、注４若しくは注８を適用して算出した点数。）に処方箋受付回数を乗じた点数、医療ＤＸ推進体制整備加算については月１回分の点数、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を行った場合は算定可能な分割調剤の回数に５点を乗じた点数を記載すること。また、記載した点数の上部に該当する調剤基本料及びその加算等について、名称を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

（イ）　本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する調剤基本料及びその加算等の名称及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「調剤基本料」欄に記載すること。

エ　「時間外等加算」欄について

（ア）　調剤基本料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算若しくは時間外加算の特例又は薬剤調製料に係る夜間・休日等加算（かかりつけ薬剤師包括管理料を基礎額とする場合を含む。）を算定した場合（ただし、医師の指示による分割調剤の場合を除く。）は、名称を「保険」の項の上欄に記載すること。

（イ）　リフィル処方箋による調剤については、「リ１／２」のように、リフィル処方箋の総使用回数に対する当該調剤を行う回数を「時間外等加算」欄に記載すること。なお、電子計算機の場合は、それぞれの回数に対応するものを記載すること。

（ウ）　医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公費及び第２公費に係る時間外等の加算点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

オ　「薬学管理料」欄について

（ア）　医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の上欄には、算定した薬学管理料（薬学管理料の加算を含む。以下同じ。）の名称と回数を下記により記載すること。

①　調剤管理料の加算である重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算又は医療情報取得加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

②　服薬管理指導料の「１」、「２」、「３」、「４」又は注 13 若しくは注 14 の特例を算定した場合は該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。また、麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算１、特定薬剤管理指導加算２、特定薬剤管理指導加算３、乳幼児服薬指導加算、小児特定加算又は吸入薬指導加算、を算定した場合は、服薬管理指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

③　かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、

麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算１、特定薬剤管理指導加算２、特定薬剤管理指導加算３、乳幼児服薬指導加算、小児特定加算又は吸入薬指導加算を算定した場合は、かかりつけ薬剤師指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

④　かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑤　外来服薬支援料１を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑥　施設連携加算を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑦　服用薬剤調整支援料１又は服用薬剤調整支援料２のイ若しくはロを算定した場合は、該当するものの名称及びその回数を記載すること。

⑧　調剤後薬剤管理指導料の「１」又は「２」を算定した場合は、該当する名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

⑨　在宅患者訪問薬剤管理指導料の「１」、「２」又は「３」を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、乳幼児加算、小児特定加算又は在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

⑩　在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、乳幼児加算又は小児特定加算を算定した場合は、在宅患者オンライン薬剤管理指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

⑪　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の「１」又は「２」を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、乳幼児加算、小児特定加算、在宅中心静脈栄養法加算、夜間訪問加算、休日訪問加算又は深夜訪問加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

⑫　在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、乳幼児加算又は小児特定加算を算定した場合は、在宅患者オンライン薬剤管理指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

⑬　在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、乳幼児加算、小児特定加算又は在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

⑭　退院時共同指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑮　服薬情報等提供料１、２のイ、ロ若しくはハ又は３を算定した場合は、該当する名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

⑯　在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の「１」又は「２」を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑰　経管投薬支援料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑱　在宅移行初期管理料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑲　在宅基幹薬局が、在宅協力薬局で行われた調剤に係る調剤管理料及び外来服薬支援料

２を算定する場合、本欄に該当する名称及びその回数をそれぞれ記載すること。なお、その際の時間外等加算については、前エのとおり記載すること。

（イ）　医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公費及び第２公費に係る薬学管理料の合計点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のエを参照すること。

（ウ）　本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する薬学管理料又は加算の名称及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「薬学管理料」欄に記載すること。

（エ）　前(ア)の⑮の場合を除き、調剤管理料及び外来服薬支援料２に係る点数については本欄に記載せず、前(24)及び前(26)のイのとおり記載すること。

(27)　「摘要」欄について

ア　介護保険に相当するサービスを行った場合について、居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費により訪問指導を行った日を「摘要」欄に記載すること。その場合、当該請求月の最終算定時の要支援度若しくは要介護度を記載すること。

イ　その他請求内容について特記する必要があればその事項を記載すること。

ウ　「摘要」欄に記載しきれない場合においては、「処方」欄下部の余白部分に必要事項を記載しても差し支えないこと。

(28)　「公費分点数」欄について

ア　「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る調剤報酬点数を記載することとするが、調剤報酬点数が「薬剤調製料　調剤管理料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

イ　前(21)のウの薬剤料逓減に該当する場合は、各公費負担医療の調剤報酬点数の下に前(25)において△書きにより記載した点数のうち、当該公費に係る算定点数から所定点数を控除して得た点数を△書きにより記載すること。この場合、薬剤料の逓減に該当する場合であっても、控除して得た点数が０点となるものについては記載しない。

ウ　医療保険と併用される公費負担医療において、医療保険単独の処方の場合は「公費分点数」欄には、「０」と記載すること。なお、公費負担医療の併用の場合も同様とすること。

エ　「薬剤調製料　調剤管理料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と異なる公費負担医療が２種以上あるときは、「公費分点数」欄を縦に区分し、左から順次「第１公費」、「第２公費」の順で当該公費に係る調剤報酬点数を記載すること。なお、「薬剤調製料　調剤管理料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ調剤報酬点数の公費負担医療がある場合は、縦に区分すること及び調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(29)　「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

ア　「請求」欄には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公費及び第２公費に係る合計点数（分割調剤に係るものについては当該分割調剤の分割調剤技術料、薬剤料及び特定保険医療材料料の合計点数を、それ以外については「調剤報酬点数」欄、「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄の合計点数を計算し、それぞれ合算したものをいう。(30)において同じ。）を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合

の第１公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第１公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る合計点数が第１公費に係る合計点数と同じ場合は、第２公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ　医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）に係る「一部負担金額」の項については、以下によること。

健康保険、国民健康保険の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を〇で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を〇で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

ウ　医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療に係る「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア）　高額療養費が現物給付された者に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（　）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

（イ）　健康保険法施行令第 43 条第１項並びに同条第５項、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項並びに同条第３項又は高齢者医療確保法施行令（昭和 57 年政令第 293 号）第 16 条第１項並びに同条第３項の規定が適用される者の場合は、これらの規定により算定した額（この額に１円未満の端数がある場合において、その端数金額が 50 銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が 50 銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

（ウ）　健康保険法施行令第 43 条第１項第２号ニ、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号ニに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項第１号ニに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。

（エ）　健康保険法施行令第 43 条第１項第２号ハに掲げる者、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号ハに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項第１号ハに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記

載すること。

（オ） 健康保険、国民健康保険の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を〇で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を〇で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

（カ） 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第 69 条第１項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を〇で囲み、「円」単位で減額される場合は、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」を〇で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

エ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第１公費及び第２公費に係る調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合はウの(ア)により記載した額を、金額の記載を要しないものの場合は 10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法との併用の場合には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載すること。

また、障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額については、10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用（高額療養費が現物給付された場合に限る。）の場合に 10 円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付化された者に係るものを除く。）と感染症法との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、難病法による特定医療又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の２割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該２割相当の額（「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入する前の

額。）を「一部負担金額」の項に記載すること。

(30)　その他

ア　高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長２」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に健康保険法施行令第 42 条第６項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

イ　特例的に、生活保護法による医療扶助、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等の３種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号等によらず、次の記載要領によること。

（ア）　生活保護法による医療扶助に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

（イ）　「職務上の事由」欄は記載しないこと。

（ウ）　生活保護法による医療扶助に係る処方箋受付回数は「受付回数」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「受付回数」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「受付回数」欄の「公費②」の項に記載すること。

（エ）　生活保護法による医療扶助に係る調剤基本料は「調剤基本料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「調剤基本料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「調剤基本料」欄の「公費②」の項に記載すること。

（オ）　生活保護法による医療扶助に係る調剤基本料の時間外等加算は「時間外等加算」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「時間外等加算」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「時間外等加算」欄の「公費②」の項に記載すること。

（カ）　生活保護法による医療扶助に係る薬学管理料は「薬学管理料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「薬学管理料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「薬学管理料」欄の「公費②」の項に記載すること。

（キ）　「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、生活保護法による医療扶助に係る医師番号等を記載すること。

（ク）　「公費分点数」欄は縦に２区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者総合支援法による精神通院医療等に係る調剤報酬点数を記載することとするが、生活保護法による医療扶助に係る調剤報酬点数と同じものがある場合は、縦に２区分すること及び当該調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

（ケ）　生活保護法による医療扶助に係る合計点数は「請求」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数は「請求」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る合計点数は「請求」欄の「公費②」の項に記載すること。

ウ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号、第７号又は第８号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の調剤報酬請求項目と区別して記載すること。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第２条第 12 号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「器選」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

エ　自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。

オ　高齢者医療確保法第 50 条第２号に該当する者（65 歳から 75 歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が 75 歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が２分の１とならない場合）には、「摘要」欄に障害と記載すること。

カ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号の２又は第７号の２に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。

キ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（３割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

ク　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示若しくは限度額適用認定証情が提供された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。

ケ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧た

だし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

コ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下 （国民健康保険にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。

サ　70 歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

シ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供された場合、又は「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区カ」と記載すること。

ス　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供された場合、又は「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区キ」と記載すること。

※　シ及びスについては、令和４年 10 月１日から適用する。令和４年９月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあってはコに従い、従前どおり「区エ」を使用されたい。

セ　医師の分割指示に係る分割調剤を行った場合は、「医師番号」欄、「処方月日」欄及び「調剤月日」欄に当該分割調剤に係る医師番号、処方月日及び調剤月日を記載すること。また、「処方」欄に指示された分割回数及び当該分割調剤が何回目の分割調剤に相当するかを記載するほか、当該分割調剤における調剤基本料及びその加算等の名称及び点数、薬剤調製料及びその加算並びに調剤管理料及びその加算等の名称及び点数、薬学管理料及びその加算の名称及び点数を記載するとともに、分割調剤技術料（当該分割調剤における調剤基本料及びその加算等、薬剤調製料及びその加算並びに薬学管理料の点数を合算し、当該合算点数を分割指示回数で除し、小数点以下第一位を四捨五入して得た点数をいう。）を併せて記載すること。ただし、服薬情報等提供料については、分割指示回数で除さず、「薬学管理料」欄に名称、回数及び点数を記載すること。

ソ　電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合については、調剤基本料及び薬学管理料を算定した年月日を記録して請求すること。

別表Ⅰ　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧　（医科）

項番	区分	診療行為名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
1	A000	初診料	（初診の後、当該初診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年３月５日保医発0305第１号）別添１第１章第１部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			（注５のただし書に規定する２つ目の診療科に係る初診料を算定した場合） ２つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100002	２つ目の診療科（初診料）：******		
			（情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合） 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100990	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である（初診料）		
			（情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100816	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である（初診料）		
2	A001	再診料	（再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第１章第１部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			（同一日に２回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合） 同一日に２回以上の再診（電話等再診を含む。）がある旨を記載すること。	112008350	同日再診料	○	
				112024950	同日再診料（情報通信機器）	○	
				112016850	同日特定妥結率再診料	○	
				112025150	同日特定妥結率再診料（情報通信機器）	○	
				112008850	同日電話等再診料	○	
				112023450	同日電話等再診料（30年３月以前継続）	○	
				112016950	同日電話等特定妥結率再診料	○	
				112023750	同日電話等特定妥結率再診料（30年３月以前継続）	○	
			（注３に規定する２つ目の診療科において再診を行った場合） ２つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100003	２つ目の診療科（再診料）：******		
			（情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合） 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを記載すること。	820100817	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である（再診料）		
			（情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを記載すること。	820100818	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である（再診料）		
3	A001 注20	看護師等遠隔診療補助加算	（へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合） 前回の対面診療を実施した年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	850190207	前回の対面診療を実施した年月日（再診料（看護師等遠隔診療補助加算））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
				820190492	初回（再診料（看護師等遠隔診療補助加算））		※
4	A002	外来診療料	（再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第１章第１部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			（注５に規定する２つ目の診療科において再診を行った場合） ２つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100004	２つ目の診療科（外来診療料）：******		
			（情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合） 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100819	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である（外来診療料）		
			（情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100820	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である（外来診療料）		
5	A002 注11	看護師等遠隔診療補助加算	（へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合） 前回の対面診療を実施した年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	850190208	前回の対面診療を実施した年月日（外来診療料（看護師等遠隔診療補助加算））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
				820190493	初回（外来診療料（看護師等遠隔診療補助加算））		※
6	A100	一般病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100005	入院元（一般病棟入院基本料）（救急・在宅等支援病床初期加算）：******		
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例１参照） [記載例１] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料２を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に２回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100006	算定対象である旨及び転院（転棟）回数（救急・在宅等支援病床初期加算）：******		
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例２参照） [記載例２] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100007	直近の入院医療機関名及び退院年月日（救急・在宅等支援病床初期加算）：******		
7	A101	療養病棟入院基本料	（必要があって患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100008	他の病棟又は病床へ移動させた医療上の必要性（療養病棟入院基本料）：******		
			（患者の急性増悪により、療養病棟入院基本料を算定する病棟において、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合であって、療養病棟入院基本料の入院料27を算定した場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100009	医療上の必要性（療養病棟入院基本料）：******		
			（回復期リハビリテーション入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する療養病棟において当該入院料に係る算定要件に該当しない患者について、療養病棟入院基本料の入院料27を算定する場合） 非該当患者である旨を記載すること。	820100392	非該当患者（療養病棟入院基本料）		

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
8	A101	療養病棟入院基本料の急性期患者支援療養病床初期加算又は在宅患者支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100010	入院元（急性期患者支援療養病床初期加算）：******		
				830100011	入院元（在宅患者支援療養病床初期加算）：******		
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100012	算定対象である旨及び転院（転棟）回数（急性期患者支援療養病床初期加算）：******		
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100015	直近の入院医療機関名及び退院年月日（在宅患者支援療養病床初期加算）：******		
9	A103	精神病棟入院基本料の重度認知症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。 （月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。）	830100016	算定根拠となる評価（重度認知症加算（精神病棟入院基本料））：******		
				850100013	評価年月日（重度認知症加算（精神病棟入院基本料））：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
10	A104	特定機能病院入院基本料の重度認知症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。 （月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。）	830100455	算定根拠となる評価（重度認知症加算（特定機能病院精神病棟入院基本料））：******		
				850100386	評価年月日（重度認知症加算（特定機能病院精神病棟入院基本料））：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
11	A106	障害者施設等入院基本料	（一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当する場合） 「特」と記載すること。	190161210	特定入院基本料（障害者施設等入院基本料）	○	
				190161310	特定入院基本料（障害者施設等入院基本料）（夜勤時間超過減算）	○	
			（一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当しない場合） 「特外」と記載し、その理由（悪性新生物に対する治療を行っている、など）を簡潔に記載すること。	830100472	「特外」理由（障害者施設等入院基本料）：******		
12	A109	有床診療所療養病床入院基本料	（必要があって患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100018	他の病棟又は病床へ移動した医療上の必要性（有床診療所療養病床入院基本料）：******		
			（患者の急性増悪により、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病室において、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合であって、有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Eを算定した場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100019	同一の保険医療機関の療養病床以外又は別の保険医療機関の一般病棟等以外へ転院する医療上の必要性（有床診療所療養病床入院基本料）：*******		
13	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所急性期患者支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100800	入院元（有床診療所急性期患者支援病床初期加算）：******		※
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100801	算定対象である旨及び転院（転棟）回数（有床診療所急性期患者支援病床初期加算）：******		※
14	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所在宅患者支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100802	入院元（有床診療所在宅患者支援病床初期加算）：******		※
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100803	直近の入院医療機関名及び退院年月日（有床診療所在宅患者支援病床初期加算）：******		※
15	A109	有床診療所療養病床入院基本料の有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100020	入院元（有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算）：******		
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100021	算定対象である旨及び転院（転棟）回数（有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算）：******		
16	A109	有床診療所療養病床入院基本料の有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100779	入院元（有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算）：******		
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100022	直近の入院医療機関名及び退院年月日（有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算）：******		
17	A200-2	急性期充実体制加算	（当該加算の算定を開始した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合） 当該加算の算定を開始した入院年月日を記載すること。	850100487	加算の算定を開始した入院年月日（急性期充実体制加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
			（他の保険医療機関に入院中の患者が転院により入院する場合） 転院前の入院における主傷病名を記載すること。	830100804	転院前の入院における主傷病名（救急医療管理加算1）：******		※
				820100393	一　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態（救急医療管理加算1）		
				820101043	二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算1）：JCS0		※
				820100395	二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算1）：JCS1		
				820100396	二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算1）：JCS2		
				820100397	二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算1）：JCS3		
				820100398	二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算1）：JCS10		
				820100399	二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算1）：JCS20		
				820100400	二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算1）：JCS30		
				820100401	二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算1）：JCS100		
				820100402	二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算1）：JCS200		
				820100403	二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算1）：JCS300		
				820101044	三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算1）：P／F比400以上（酸素投与前）		※
				820100408	三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算1）：P／F比300以上400未満（酸素投与前）		
				820100409	三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算1）：P／F比200以上300未満（酸素投与前）		
				820100410	三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算1）：P／F比200未満（酸素投与前）		
				820101045	三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算1）：P／F比400以上（酸素投与後）		※

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
18	A205の1	救急医療管理加算1	以下の内容について、記載すること。 ア「基本診療料の施設基準等」の別表七の三（以下この項において「別表」という。）別表の一から十二までのうち該当する状態 イ 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。） ウ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの エ 重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であってJCS（Japan Coma Scale）0の状態、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の状態、別表の四に掲げる状態であってNYHA Ⅰ度の状態、又は別表の八に掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	820101046	三 呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算1）：P／F比300以上400未満（酸素投与後）		※
				820101047	三 呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算1）：P／F比200以上300未満（酸素投与後）		※
				820101048	三 呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算1）：P／F比200未満（酸素投与後）		※
				842100116	呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算1）であって、酸素投与後の場合におけるFiO2の値（%）		※
				830100805	P／F比400以上であって呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見（救急医療管理加算1）：******		※
				820100404	四 心不全で重篤な状態（救急医療管理加算1）：NYHA1		
				820100405	四 心不全で重篤な状態（救急医療管理加算1）：NYHA2		
				820100406	四 心不全で重篤な状態（救急医療管理加算1）：NYHA3		
				820100407	四 心不全で重篤な状態（救急医療管理加算1）：NYHA4		
				820100411	五 急性薬物中毒（救急医療管理加算1）		
				820100412	六 ショック（救急医療管理加算1）：平均血圧70mmHg以上		
				820100413	六 ショック（救急医療管理加算1）：平均血圧70mmHg未満		
				820100414	六 ショック（救急医療管理加算1）：昇圧剤利用なし		
				820100415	六 ショック（救急医療管理加算1）：昇圧剤利用あり		
				842100001	七 重篤な代謝障害（肝不全）（救急医療管理加算1）AST値；******		
				842100002	七 重篤な代謝障害（肝不全）（救急医療管理加算1）ALT値；******		
				842100003	七 重篤な代謝障害（腎不全）（救急医療管理加算1）eGFR値；******		
				842100004	七 重篤な代謝障害（重症糖尿病）（救急医療管理加算1）JDS値；******		
				842100005	七 重篤な代謝障害（重症糖尿病）（救急医療管理加算1）NGSP値；******		
				842100006	七 重篤な代謝障害（重症糖尿病）（救急医療管理加算1）随時血糖値；******		
				830100023	七 重篤な代謝障害（その他）（救急医療管理加算1）具体的な状態；******		
				820100416	八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算1）：Burn Index 9以上		
				820100417	八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算1）：Burn Index 4以上9未満		
				820100418	八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算1）：Burn Index 1以上4未満		
				820101049	八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算1）：Burn Index 0		※
				820100419	八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算1）：気道熱傷なし		
				820100420	八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算1）：気道熱傷あり		
				820100421	九 外傷、破傷風等で重篤な状態（救急医療管理加算1）		
				820100808	十 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はtーPA療法を必要とする状態（救急医療管理加算1）		
				820100822	十一 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態（救急医療管理加算1）		
				820100823	十二 蘇生術を必要とする重篤な状態（救急医療管理加算1）		
				830100473	緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算1）；******		
			当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成30年4月27日保発0428第10号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。）の別添5に掲げる医科診療行為コードを記載すること。	831110001	入院後3日以内に実施した主要な診療行為（救急医療管理加算1）；**********（医科診療行為コード）		
			（当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合） 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100017	救急医療管理加算1を算定した入院年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
			（他の保険医療機関に入院中の患者が転院により入院する場合） 転院前の入院における主傷病名を記載すること。	830100806	転院前の入院における主傷病名（救急医療管理加算2）；******		※
			以下の内容について、記載すること。 ア 別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態として該当するもの イ 別表の二、三、四、六、七又は八に準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であって、P/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。）	820100422	一 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態（救急医療管理加算2）		
				820101050	二 意識障害又は昏睡（救急医療管理加算2）：JCS0		※
				820100423	二 意識障害又は昏睡（救急医療管理加算2）：JCS1		
				820100424	二 意識障害又は昏睡（救急医療管理加算2）：JCS2		
				820100425	二 意識障害又は昏睡（救急医療管理加算2）：JCS3		
				820100426	二 意識障害又は昏睡（救急医療管理加算2）：JCS10		
				820100427	二 意識障害又は昏睡（救急医療管理加算2）：JCS20		
				820100428	二 意識障害又は昏睡（救急医療管理加算2）：JCS30		
				820100429	二 意識障害又は昏睡（救急医療管理加算2）：JCS100		
				820100430	二 意識障害又は昏睡（救急医療管理加算2）：JCS200		
				820100431	二 意識障害又は昏睡（救急医療管理加算2）：JCS300		
				820100436	三 呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算2）：P／F比400以上（酸素投与前）		
				820100437	三 呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算2）：P／F比300以上400未満（酸素投与前）		
				820100438	三 呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算2）：P／F比200以上300未満（酸素投与前）		
				820100439	三 呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算2）：P／F比200未満（酸素投与前）		
				820101051	三 呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算2）：P／F比400以上（酸素投与後）		※
				820101052	三 呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算2）：P／F比300以上400未満（酸素投与後）		※
				820101053	三 呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算2）：P／F比200以上300未満（酸素投与後）		※
				820101054	三 呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算2）：P／F比200未満（酸素投与後）		※
				842100117	呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算2）であって、酸素投与後の場合におけるFiO2の値（%）		※
				830100807	P／F比400以上であって呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見（救急医療管理加算2）：******		※
				820100432	四 心不全で重篤な状態（救急医療管理加算2）：NYHA1		
				820100433	四 心不全で重篤な状態（救急医療管理加算2）：NYHA2		
				820100434	四 心不全で重篤な状態（救急医療管理加算2）：NYHA3		
				820100435	四 心不全で重篤な状態（救急医療管理加算2）：NYHA4		
				820100440	五 急性薬物中毒（救急医療管理加算2）		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
19	A205の2	救急医療管理加算2	する状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。） ウ　当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの エ　重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態に準ずる状態であってJCS（Japan Coma Scale）0の状態、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であってP/F比400以上の状態、別表の四に掲げる状態に準ずる状態であってNYHA Ⅰ度の状態、又は別表の八に掲げる状態に準ずる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	820100441	六　ショック（救急医療管理加算2）：平均血圧70mmHg以上		
				820100442	六　ショック（救急医療管理加算2）：平均血圧70mmHg未満		
				820100443	六　ショック（救急医療管理加算2）：昇圧剤利用なし		
				820100444	六　ショック（救急医療管理加算2）：昇圧剤利用あり		
				842100007	七　重篤な代謝障害（肝不全）（救急医療管理加算2）AST値：******		
				842100008	七　重篤な代謝障害（肝不全）（救急医療管理加算2）ALT値：******		
				842100009	七　重篤な代謝障害（腎不全）（救急医療管理加算2）eGFR値：******		
				842100010	七　重篤な代謝障害（重症糖尿病）（救急医療管理加算2）JDS値：******		
				842100011	七　重篤な代謝障害（重症糖尿病）（救急医療管理加算2）NGSP値：******		
				842100012	七　重篤な代謝障害（重症糖尿病）（救急医療管理加算2）随時血糖値：******		
				830100025	七　重篤な代謝障害（その他）（救急医療管理加算2）具体的な状態：******		
				820100445	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算2）：Burn Index　9以上		
				820100446	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算2）：Burn Index　4以上9未満		
				820100447	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算2）：Burn Index　1以上4未満		
				820101055	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算2）：Burn Index　0		※
				820100448	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算2）：気道熱傷なし		
				820100449	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算2）：気道熱傷あり		
				830100642	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算2）Burn Index　0；顔面熱傷又は気道熱傷なしの場合は、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠：******		
				820100450	九　外傷、破傷風等で重篤な状態（救急医療管理加算2）		
				820100451	十　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はtーPA療法を必要とする状態（救急医療管理加算2）		
				820100824	十一　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態（救急医療管理加算2）		
				820100825	十二　蘇生術を必要とする重篤な状態（救急医療管理加算2）		
				820101056	十三　その他の重症な状態（救急医療管理加算2）		※
				830100808	緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算2）：******		※
			当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成30年4月27日保発0428第10号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。）の別添5に掲げる医科診療行為コードを記載すること。	831110002	入院後3日以内に実施した主要な診療行為（救急医療管理加算2）：**********（医科診療行為コード）		
			（当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合） 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100387	加算を算定した入院年月日（救急医療管理加算2）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
20	A209	特定感染症入院医療管理加算	院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者に係る感染症について、記載すること。	820101057	ア　狂犬病（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101058	イ　鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101059	ウ　エムボックス（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101060	エ　重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101061	オ　腎症候性出血熱（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101062	カ　ニパウイルス感染症（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101063	キ　ハンタウイルス肺症候群（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101064	ク　ヘンドラウイルス感染症（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101065	ケ　インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101066	コ　後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101067	サ　麻しん（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101068	シ　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101069	ス　RSウイルス感染症（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101070	セ　カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101071	ソ　感染性胃腸炎（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101072	タ　急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101073	チ　新型コロナウイルス感染症（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101074	ツ　侵襲性髄膜炎菌感染症（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101075	テ　水痘（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101076	ト　先天性風しん症候群（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101077	ナ　バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101078	ニ　バンコマイシン耐性腸球菌感染症（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101079	ヌ　百日咳（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101080	ネ　風しん（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101081	ノ　ペニシリン耐性肺炎球菌感染症（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101082	ハ　無菌性髄膜炎（特定感染症入院医療管理加算）		※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
				820101083	ヒ 薬剤耐性アシネトバクター感染症（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101084	フ 薬剤耐性緑膿菌感染症（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101085	ヘ 流行性耳下腺炎（特定感染症入院医療管理加算）		※
				820101086	ホ 感染症法第6条第8項に規定する指定感染症（特定感染症入院医療管理加算）		※
			（7日を超えて算定する場合） 病原体検査の結果及び他の患者への感染の危険性が特に高いと判断する根拠を記載すること。	830100809	病原体検査の結果及び他の患者への感染の危険性が特に高いと判断する根拠（特定感染症入院医療管理加算）;******		※
21	A212	超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	当該加算の算定開始日を記載すること。	850100020	算定開始年月日（超重症児（者）入院診療加算）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100021	算定開始年月日（準超重症児（者）入院診療加算）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
22	A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算	個室管理を必要とする原因となった感染症について、記載すること。	820101087	ア 狂犬病（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101088	イ 鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101089	ウ エムポックス（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101090	エ 重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101091	オ 腎症候性出血熱（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101092	カ ニパウイルス感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101093	キ ハンタウイルス肺症候群（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101094	ク ヘンドラウイルス感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101095	ケ インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101096	コ 麻しん（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101097	サ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101098	シ RSウイルス感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101099	ス カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101100	セ 感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101101	ソ 急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101102	タ 新型コロナウイルス感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101103	チ 侵襲性髄膜炎菌感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101104	ツ 水痘（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101105	テ 先天性風しん症候群（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101106	ト バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101107	ナ バンコマイシン耐性腸球菌感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101108	ニ 百日咳（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101109	ヌ 風しん（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101110	ネ ペニシリン耐性肺炎球菌感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101111	ノ 無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19 によるものに限る。）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101112	ハ 薬剤耐性アシネトバクター感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101113	ヒ 薬剤耐性緑膿菌感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101114	フ 流行性耳下腺炎（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101115	ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（急性灰白髄炎）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101116	ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（結核）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101117	ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（ジフテリア）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101118	ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。））（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101119	ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。））（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101120	ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（特定鳥インフルエンザ）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101121	ホ 感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101122	マ 感染症法第6条第8項に規定する指定感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
		特定感染症患者療養		820101123	ア 鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101124	イ 麻しん（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101125	ウ 新型コロナウイルス感染症（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101126	エ 水痘（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101127	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（急性灰白髄炎）（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101128	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（結核）（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
23	A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算の陰圧室加算	陰圧室管理を必要とする原因となった感染症について、記載すること。	820101129	オ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（ジフテリア）（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101130	オ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。））（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101131	オ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。））（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101132	オ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（特定鳥インフルエンザ）（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101133	カ　感染症法同法第6同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101134	キ　感染症法同法第6同条第8項に規定する指定感染症（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
24	A221-2	小児療養環境特別加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A221-2小児療養環境特別加算の(1)のアヌはイに規定するもののうち、対象患者として該当するものを選択して記載すること。	820100025	ア　麻疹等に感染しており、他の患者への感染の危険性が高い患者		
				820100026	イ　易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者		
25	A226	重症皮膚潰瘍管理加算	患者の皮膚潰瘍に係るSheaの分類を記載すること。	830100027	皮膚潰瘍に係るSheaの分類（重症皮膚潰瘍管理加算）：******		
26	A228	精神科応急入院施設管理加算	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。）第33条の7第1項に規定する応急入院患者及び同法第34条第1項から第3項までの規定により移送された患者（応急入院患者等）である旨を記載すること。	820100452	規定により移送された患者（応急入院患者等）（精神科応急入院施設管理加算）		
27	A229	精神科隔離室管理加算	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
28	A230-3	精神科身体合併症管理加算	対象患者について基本診療料の施設基準等別表第七の二の各号に掲げるものの中からいずれか該当するものを選択して記載すること。	820100453	呼吸器系疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100454	心疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100455	手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100456	脊髄損傷の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100457	重篤な内分泌・代謝性疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100458	重篤な栄養障害の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100459	意識障害の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100460	全身感染症の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100461	中枢神経系の感染症の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100462	急性腹症の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100463	劇症肝炎又は重症急性膵炎の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100464	悪性症候群又は横紋筋融解症の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100465	広範囲（半肢以上）熱傷の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100466	手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100467	透析導入時の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100468	重篤な血液疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100469	急性かつ重篤な腎疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100470	手術室での手術を必要とする状態の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100471	膠原病の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100472	妊産婦である患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100473	指定難病の患者（精神科身体合併症管理加算）		
29	A230-4	精神科リエゾンチーム加算	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
30	A231-2	強度行動障害入院医療管理加算	強度行動障害スコア及び医療度判定スコアの値を記載すること。	830100028	強度行動障害スコア（強度行動障害入院医療管理加算）：******		
				830100029	医療度判定スコア（強度行動障害入院医療管理加算）：******		
31	A231-4	摂食障害入院医療管理加算	初回算定時のBMIの値を記載すること。	842100013	初回算定時のBMI値（摂食障害入院医療管理加算）：******		
32	A233-2	栄養サポートチーム加算	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
33	A234-2	感染対策向上加算3	（初回算定後、90日を超えて再度算定した場合） 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100401	加算を算定した入院年月日（感染対策向上加算3）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
34	A234-4	重症患者初期支援充実加算	（当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合） 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850190197	加算を算定した入院年月日（重症患者初期支援充実加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
35	A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	（当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合） 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100026	加算を算定した入院年月日（褥瘡ハイリスク患者ケア加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算の(3)のアからケまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100826	ア　ショック状態のもの		
				820100902	イ　重度の末梢循環不全のもの		
				820100827	ウ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの		
				820100903	エ　6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの		
				820100828	オ　特殊体位による手術を受けたもの		
				820100904	カ　強度の下痢が続く状態であるもの		
				820100829	キ　極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの		
				820100830	ク　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの		
				820100831	ケ　褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があって既に褥瘡を有するもの		
36	A242	呼吸ケアチーム加算	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
37	A244	病棟薬剤業務実施加算	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
38	A246-3	医療的ケア児（者）入院前支援加算	入院前支援を行った年月日を記載すること。	850190209	入院前支援を行った年月日（医療的ケア児（者）入院前支援加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
				820100832	せん妄のリスク因子：70 歳以上		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
39	A247-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	せん妄のリスク因子の確認結果について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別紙様式7の3に規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100905	せん妄のリスク因子：脳器質的障害		
				820100833	せん妄のリスク因子：認知症		
				820100906	せん妄のリスク因子：アルコール多飲		
				820100907	せん妄のリスク因子：せん妄の既往		
				820100834	せん妄のリスク因子：リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の使用		
				820100835	せん妄のリスク因子：全身麻酔を要する手術後又はその予定があること		
				820100836	せん妄のリスク因子：その他		
			リスク因子に1項目以上該当する場合は、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別紙様式7の3に規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100908	ハイリスク患者に対するせん妄対策：認知機能低下に対する介入（見当識の維持等）		
				820100909	ハイリスク患者に対するせん妄対策：脱水の治療・予防（適切な補液と水分摂取）		
				820100837	ハイリスク患者に対するせん妄対策：リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の漸減・中止		
				820100838	ハイリスク患者に対するせん妄対策：早期離床の取組		
				820100839	ハイリスク患者に対するせん妄対策：疼痛管理の強化（痛みの客観的評価の併用等）		
				820100840	ハイリスク患者に対するせん妄対策：適切な睡眠管理（非薬物的な入眠の促進等）		
				820100841	ハイリスク患者に対するせん妄対策：本人及び家族へのせん妄に関する情報提供		
				820100842	ハイリスク患者に対するせん妄対策：その他		
40	A250注2	薬剤調整加算	内服薬が減少する前後の内服薬の種類数（クロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量）を記載すること。	842100014	調整前の内服薬の種類数（薬剤調整加算）：******		
				842100015	調整前の内服薬の種類数（クロルプロマジン換算量（mg））（薬剤調整加算）：******		
				842100016	調整後の内服薬の種類数（薬剤調整加算）：******		
				842100017	調整後の内服薬の種類数（クロルプロマジン換算量（mg））（薬剤調整加算）：******		
			（当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合）当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。	830100030	他の保険医療機関名（薬剤調整加算）：******		
				842100018	当該保険医療機関における調整前の内服薬の種類数（薬剤調整加算）：******		
				842100019	他の保険医療機関における調整前の内服薬の種類数（薬剤調整加算）：******		
				842100020	当該保険医療機関における調整後の内服薬の種類数（薬剤調整加算）：******		
				842100021	他の保険医療機関における調整後の内服薬の種類数（薬剤調整加算）：******		
41	A251	排尿自立支援加算	当該加算の初回算定日及び初回からの通算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること。	850100027	初回算定年月日（排尿自立支援加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100022	通算算定回数（排尿自立支援加算）：******		
42	A253	協力対象施設入所者入院加算	当該入院患者の入所していた介護保険施設等の名称	830100810	入所していた介護保険施設等：******		※
43	A300	救命救急入院料	（救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合）救命救急入院料の算定に係る入院年月日を記載すること。	850100028	救命救急入院料の算定に係る入院年月日（救命救急入院料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
44	A300注5	急性薬毒物中毒加算1	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物を記載すること。	820101135	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算1）：バルビタール系薬物		※
				820101136	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算1）：ブロムバレリル尿素		※
				820101137	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算1）：三環系・四環系抗うつ薬		※
				820101138	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算1）：アセトアミノフェン		※
				820101139	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算1）：サリチル酸		※
				820101140	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算1）：有機リン系農薬		※
				820101141	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算1）：カーバメート系農薬		※
				820101142	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算1）：グルホシネート		※
				820101143	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算1）：パラコート		※
				820101144	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算1）：メタンフェタミン		※
				820101145	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算1）：メタノール		※
				820101146	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算1）：青酸化合物		※
				820101147	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算1）：亡素化合物		※
				830100811	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算1）：その他：******		※
45	A302	新生児特定集中治療室管理料	（総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合）出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重　1，500g以上		
				820100028	出生時体重　1，000g以上1，500g未満		
				820100029	出生時体重　1，000g未満		
				820101040	出生時体重　500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重　500g未満		
				820100474	該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：ア　高度の先天奇形		
				820100475	該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：イ　低体温		
				820100476	該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：ウ　重症黄疸		
				820100477	該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：エ　未熟児		
				820100478	該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：オ　意識障害又は昏睡		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A302新生児特定集中治療室管理料の(1)のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100479	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100480	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100481	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ク 急性薬物中毒		
				820100482	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ケ ショック		
				820100483	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		
				820100484	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):サ 大手術後		
				820100485	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):シ 救急蘇生後		
				820100486	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
46	A302-2	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A302-2新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の(1)のアからケまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820101148	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ア 体外式膜型人工肺を実施している状態		※
				820101149	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):イ 腎代替療法(血液透析、腹膜透析等)を実施している状態		※
				820101150	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ウ 交換輸血を実施している状態		※
				820101151	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):エ 低体温療法を実施している状態		※
				820101152	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):オ 人工呼吸器を使用している状態(出生時体重が七百五十グラム未満である場合に限る。)		※
				820101153	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):カ 人工呼吸器を使用している状態であって、一酸化窒素吸入療法を実施している状態		※
				820101154	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):キ 人工呼吸器を使用している状態であって、胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している状態		※
				820101155	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ク 手術術後に人工呼吸器を使用してる状態		※
				820101156	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ケ 新興感染症や先天性感染症等の感染症患者であって、陰圧個室管理など厳重な感染対策を行いながら人工呼吸器を使用している状態(合併症として発生した感染症は除く。)		※
47	A303の1	総合周産期特定集中治療室管理料 1 母体・胎児集中治療室管理料	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A303総合周産期特定集中治療室管理料の(2)のアからカまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100487	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ア 合併症妊娠		
				820100488	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):イ 妊娠高血圧症候群		
				820100489	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ウ 多胎妊娠		
				820100490	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):エ 胎盤位置異常		
				820100491	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):オ 切迫流早産		
				820100492	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの		
48	A303の2	総合周産期特定集中治療室管理料 2 新生児集中治療室管理料	(新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合) 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重 1,500g以上		
				820100028	出生時体重 1,000g以上1,500g未満		
				820100029	出生時体重 1,000g未満		
				820101040	出生時体重 500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重 500g未満		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A302新生児特定集中治療室管理料の(1)のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100493	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ア 高度の先天奇形		
				820100494	該当するもの(新生児集中治療室管理料):イ 低体温		
				820100495	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ウ 重症黄疸		
				820100496	該当するもの(新生児集中治療室管理料):エ 未熟児		
				820100497	該当するもの(新生児集中治療室管理料):オ 意識障害又は昏睡		
				820100498	該当するもの(新生児集中治療室管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100499	該当するもの(新生児集中治療室管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100500	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ク 急性薬物中毒		
				820100501	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ケ ショック		
				820100502	該当するもの(新生児集中治療室管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		
				820100503	該当するもの(新生児集中治療室管理料):サ 大手術後		
				820100504	該当するもの(新生児集中治療室管理料):シ 救急蘇生後		
				820100505	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
49	A303-2	新生児治療回復室入院医療管理料	(新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合わせて31日以上算定した場合) 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重 1,500g以上		
				820100028	出生時体重 1,000g以上1,500g未満		
				820100029	出生時体重 1,000g未満		
				820101040	出生時体重 500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重 500g未満		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A303-2新生児治療回復室入院医療管理料の、(2)のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100506	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ア 高度の先天奇形		
				820100507	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):イ 低体温		
				820100508	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ウ 重症黄疸		
				820100509	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):エ 未熟児		
				820100510	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):オ 意識障害又は昏睡		
				820100511	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100512	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100513	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ク 急性薬物中毒		
				820100514	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ケ ショック		
				820100515	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
				820100516	該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：サ　大手術後		
				820100517	該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：シ　救急蘇生後		
				820100518	該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：ス　その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
50	A306	特殊疾患入院医療管理料	（必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合） その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100031	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性（特殊疾患入院医療管理料）：******		
51	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料	対象となる疾患の発症年月日、手術年月日又は損傷年月日及び入棟年月日並びに退棟年月日を記載する	850100029	対象疾患の発症年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100030	対象疾患の手術年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100031	対象疾患の損傷年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100032	入棟年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100033	退棟年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（入院までの間に算定開始日数控除対象入院料等において1日6単位以上の重点的なリハビリテーションが提供された場合） 当該日数を記載すること。	842100023	1日6単位以上のリハビリテーション提供日数（回復期リハビリテーション病棟入院料）：******		
			（回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟から転院してきた患者であって、転院後継続して回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する場合） 転院前の保険医療機関における当該入院料の算定日数を記載すること。	842100024	転院前の算定日数（回復期リハビリテーション病棟入院料）：******		
			（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第1章第2部第3節A308回復期リハビリテーション病棟入院料の(12)のウ及びエにおいて、当該患者をリハビリテーション実績指数の算出から除外する場合） 当該患者の入棟月の診療報酬明細書に、実績指数の算出から除外する旨及びその理由を記載すること。	830100032	実績指数算出から除外する理由（回復期リハビリテーション病棟入院料）：******		
			（必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合） その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100033	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性（回復期リハビリテーション病棟入院料）：******		
52	A308-3	地域包括ケア病棟入院料	（必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合） その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100034	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性（地域包括ケア病棟入院料）：******		
53	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算又は在宅患者支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100035	入院元（急性期患者支援病床初期加算）：******		
				830100036	入院元（在宅患者支援病床初期加算）：******		
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100037	算定対象である旨及び転院（転棟）回数（急性期患者支援病床初期加算）：******		
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100040	直近の入院医療機関名及び退院年月日（在宅患者支援病床初期加算）：******		
54	A309	特殊疾患病棟入院料	（必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合） その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100041	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性（特殊疾患病棟入院料）：******		
55	A311 A311-2 A311-3	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料	算定を開始した年月日を記載すること。	850100034	精神科救急急性期医療入院料の算定開始年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100035	精神科急性期治療病棟入院料の算定開始年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100036	精神科救急・合併症入院料の算定開始年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（転棟患者等が精神科急性期治療病棟入院料を算定する場合） 転棟の必要性を記載すること。	830100042	転棟の必要性（精神科救急急性期医療入院料）：******		
				830100043	転棟の必要性（精神科急性期治療病棟入院料）：******		
				830100044	転棟の必要性（精神科救急・合併症入院料）：******		
			（医療観察法入院患者（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定による入院患者）であった者が、引き続き精神科救急救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する場合） 医療観察法による入院の開始日及び終了日(年月日)を記載すること。	850100037	医療観察法による入院開始年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100038	医療観察法による入院終了年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
56	A311 A311-2 A311-3 A315	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料 精神科地域包括ケア病棟入院料 の非定型抗精神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。	830100045	向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科救急急性期医療入院料））：******		
				830100046	向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科急性期治療病棟入院料））：******		
				830100047	向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科救急・合併症入院料））：******		
				830100922	向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科地域包括ケア病棟入院料））：******		※
57	A311	精神科救急急性期医療入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。	850100039	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日（精神科救急急性期医療入院料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合） 投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A311精神科救急急性期医療入院料の(3)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100040	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日（精神科救急急性期医療入院料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820100519	クロザピンの投与中止の理由（精神科救急急性期医療入院料）：ア　クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100520	クロザピンの投与中止の理由（精神科救急急性期医療入院料）：イ　患者事由により、投与を中止		
			（他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合） 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100041	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日（精神科救急急性期医療入院料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100025	クロザピンの投与中止回数（精神科救急急性期医療入院料）：******		
58	A311-2	精神科急性期治療病棟入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。	850100042	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日（精神科急性期治療病棟入院料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合） 投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A311-2精神科急性期治療病棟入院料の(4)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100043	当該病棟におけるクロザピンの投与中止日（精神科急性期治療病棟入院料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820100521	クロザピンの投与中止の理由（精神科急性期治療病棟入院料）：ア　クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100522	クロザピンの投与中止の理由（精神科急性期治療病棟入院料）：イ　患者事由により、投与を中止		
			（他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合） 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100044	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日（精神科急性期治療病棟入院料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100026	クロザピンの投与中止回数（精神科急性期治療病棟入院料）：******		
			当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。	850100045	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日（精神科救急・合併症入院料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合）	850100046	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日（精神科救急・合併症入院料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
59	A311ー3	精神科救急・合併症入院料	投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A311ー3精神科救急・合併症入院料の(3)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	820100523	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):ア　クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100524	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):イ　患者事由により、投与を中止		
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100047	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急・合併症入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100027	クロザピンの投与中止回数(精神科救急・合併症入院料):******		
60	A312	精神療養病棟入院料	(必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100048	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(精神療養病棟入院料):******		
61	A312	精神療養病棟入院料の非定型抗精神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。	830100049	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神療養病棟入院料)):******		
62	A312	精神療養病棟入院料の重症者加算	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
63	A314	認知症治療病棟入院料	(必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100050	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(認知症治療病棟入院料):******		
64	A317	特定一般病棟入院料の救急・在宅等支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100051	入院元(特定一般病棟入院料)(救急・在宅等支援病床初期加算):******		
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100006	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(救急・在宅等支援病床初期加算):******		
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100007	直近の入院医療機関名及び退院年月日(救急・在宅等支援病床初期加算):******		
65	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、地域包括ケア入院医療管理が行われた場合	地域包括ケア入院医療管理を行う病室に入室した年月日を記載すること。	850100048	特定一般病棟入院料(地域包括ケア)を行う病室への入室年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(必要があって患者を他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100054	患者を他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特定一般病棟入院料)(地域包括ケア):******		
66	A318	地域移行機能強化病棟入院料の非定型抗精神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。	830100055	向精神病薬名(地域移行機能強化病棟入院料)(非定型抗精神病薬加算):******		
67	A318	地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算	算定した日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
68	A319	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	(医療上特に必要がある場合であって、特定機能病院リハビリテーション病棟から他の病棟へ患者が移動した場合) その医療上の必要性について詳細に記載する。	830100476	他の病棟へ患者が移動した医療上の必要性(特定機能病院リハビリテーション病棟入院料):******		
			転院前の保険医療機関における特定機能病院リハビリテーション病棟入院料又は回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数を記載すること。	830100477	転院前の保険医療機関における算定日数(特定機能病院リハビリテーション病棟入院料):******		
69	A400の1	短期滞在手術等基本料1	短手1と表示し、算定日及び手術名を記載すること	算定日情報	(算定日)	○	
				820100992	対象手術(短手1):内分泌負荷試験　1　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン(GH)(一連として)		
				820100993	対象手術(短手1):小児食物アレルギー負荷検査		
				820100525	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)　3　長径四センチメートル以上(六歳未満に限る。)		
				820100526	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)　3　長径六センチメートル以上十二センチメートル未満(六歳未満に限る。)		
				820100527	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)　4　長径十二センチメートル以上(六歳未満に限る。)		
				820100528	対象手術(短手1):腋臭症手術		
				820100994	対象手術(短手1):四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　2　手、足(手に限る。)		
				820100995	対象手術(短手1):骨内異物(挿入物を含む。)除去術　4　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)		
				820100529	対象手術(短手1):半月板切除術		
				820100530	対象手術(短手1):関節鏡下半月板切除術		
				820100996	対象手術(短手1):ガングリオン摘出術　1　手、足、指(手、足)(手に限る。)		
				820100531	対象手術(短手1):手根管開放手術		
				820100532	対象手術(短手1):関節鏡下手根管開放手術		
				820100997	対象手術(短手1):涙管チューブ挿入術　1　涙道内視鏡を用いるもの		
				820100998	対象手術(短手1):眼瞼内反症手術　2　皮膚切開法		
				820100999	対象手術(短手1):眼瞼下垂症手術　1　眼瞼挙筋前転法		
				820101000	対象手術(短手1):眼瞼下垂症手術　3　その他のもの		
				820101001	対象手術(短手1):翼状片手術(弁の移植を要するもの)		
				820101002	対象手術(短手1):治療的角膜切除術　1　エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)		
				820101003	対象手術(短手1):緑内障手術　6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術		
				820100533	対象手術(短手1):水晶体再建術　1　眼内レンズを挿入する場合　イ　縫着レンズを挿入するもの		
				820101157	対象手術(短手1):水晶体再建術　1　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの		※
				820101158	対象手術(短手1):水晶体再建術　2　眼内レンズを挿入しない場合		※
				820101159	対象手術(短手1):水晶体再建術　3　計画的後嚢切開を伴う場合		※
				820100534	対象手術(短手1):乳腺腫瘍摘出術　1　長径五センチメートル未満		
				820101160	対象手術(短手1):乳腺腫瘍摘出術　2　長径五センチメートル以上		※
				820100535	対象手術(短手1):気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)		
				820100536	対象手術(短手1):気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)		
				820101004	対象手術(短手1):経皮的シャント拡張術・血栓除去術　1　初回		
				820101005	対象手術(短手1):経皮的シャント拡張術・血栓除去術　2　1の実施後3月以内に実施する場合		
				820101006	対象手術(短手1):下肢静脈瘤手術　1　抜去切除術		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
				820101007	対象手術（短手１）：下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）		
				820101008	対象手術（短手１）：下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術		
				820101009	対象手術（短手１）：下肢静脈瘤血管内焼灼術		
				820101010	対象手術（短手１）：下肢静脈瘤血管内塞栓術		
				820100537	対象手術（短手１）：内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術　１　早期悪性腫瘍粘膜切除術		
				820100538	対象手術（短手１）：内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径二センチメートル未満		
				820101011	対象手術（短手１）：痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）		
				820101012	対象手術（短手１）：肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）		
				820101013	対象手術（短手１）：尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）		
				820101014	対象手術（短手１）：顕微鏡下精索静脈瘤手術		
				820100539	対象手術（短手１）：経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　１　ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの		
				820101161	対象手術（短手１）：経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　２　ツリウムレーザーを用いるもの		※
				820101162	対象手術（短手１）：経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　３　その他のもの		※
			（短期滞在手術等基本料１の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合） 短期滞在手術等基本料を算定しない理由を記載すること。	830100056	非算定理由（短手１）：******		
			（短期滞在手術等基本料１を算定する患者について、当該手術とは別の目的で実施した、検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目の費用を算定する場合） その旨を記載すること。	820100540	対象手術とは別目的で実施した検査等（短手１）		
70	A400の3	短期滞在手術等基本料３	短手３と表示し、検査日又は手術日及び検査名又は手術名を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
71	A	180日を超える期間通算対象入院料を算定する場合	（「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」（平成18年９月12日厚生労働省告示第498号）の九のいずれにも該当しない場合） 「選」と記載すること。	190117810	（選）急性期一般入院料１	○	
				190214510	（選）急性期一般入院料２	○	
				190214610	（選）急性期一般入院料３	○	
				190214710	（選）急性期一般入院料４	○	
				190214810	（選）急性期一般入院料５	○	
				190214910	（選）急性期一般入院料６	○	
				190215010	（選）地域一般入院料１	○	
				190111910	（選）地域一般入院料２	○	
				190112010	（選）地域一般入院料３	○	
				190113410	（選）一般病棟特別入院基本料	○	
				190118710	（選）特定機能病院一般病棟７対１入院基本料	○	
				190114710	（選）特定機能病院一般病棟１０対１入院基本料	○	
				190119410	（選）専門病院７対１入院基本料	○	
				190115710	（選）専門病院１０対１入院基本料	○	
				190115810	（選）専門病院１３対１入院基本料	○	
				190122890	選定療養（入院１８０日超）減算（入院基本料）	○	
			（「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」の九のいずれかに該当する場合） 「選外」と記載し、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」第九のイからワまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100030	イ　通算対象入院料算定患者以外の患者		
				820100031	ロ　難病患者等入院診療加算を算定する患者		
				820100032	ハ　重症者等療養環境特別加算を算定する患者		
				820100033	ニ　厚生労働省告示に規定する難病患者等		
				820100034	ホ　悪性新生物に対する腫瘍用薬を投与している状態にある患者		
				820100035	ヘ　悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態にある患者		
				820100036	ト　ドレーン法等を実施している状態にある患者		
				820100037	チ　人工呼吸器を使用している状態にある患者		
				820100038	リ　人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態にある患者		
				820100039	ヌ　全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術患者		
				820100040	ル　１５歳未満の患者		
				820100041	ヲ　小児慢性特定疾病児童等患者又は育成医療給付患者		
				820100042	ワ　ロからヌまでに掲げる状態に準ずる状態にある患者		
72	A	救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなす場合	死亡年月日及び死亡を確認した場所として、「処置室で死亡」、「手術室で死亡」、「処置室・手術室以外で死亡」の中から該当するものを選択して記載すること。 なお、「処置室・手術室以外で死亡」を選択した場合は、死亡を確認した場所を記載すること。	820100043	処置室で死亡		
				820100044	手術室で死亡		
				820100045	処置室・手術室以外で死亡		
				830100057	死亡を確認した場所：******		
				820100046	（イ）　心疾患患者でジギタリス製剤を投与		
				820100047	（ロ）　てんかん患者で抗てんかん剤を投与		
				820100558	（ハ）　臓器移植術を受けた患者で免疫抑制剤を投与		
				820100559	（ニ）　気管支喘息等の患者でテオフィリン製剤を投与		
				820100560	（ホ）　不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与		
				820100561	（ヘ）　統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与		
				820100562	（ト）　躁うつ病の患者でリチウム製剤を投与		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
73	B001の2	特定薬剤治療管理料1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の2特定薬剤治療管理料の(1)のアの(イ)から(ナ)までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。 また、初回の算定年月を記載すること。ただし、抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月目以降の特定薬剤治療管理料1を算定する場合又は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者について特定薬剤治療管理料1を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。	820100563	(チ) 躁うつ病又は躁病の患者でバルプロ酸ナトリウム等を投与		
				820100054	(リ) 留意事項通知に規定する患者でシクロスポリンを投与		
				820100564	(ヌ) 留意事項通知に規定する患者でタクロリムス水和物を投与		
				820100565	(ル) 若年性関節リウマチ等の患者でサリチル酸系製剤を継続投与		
				820100566	(ヲ) 悪性腫瘍の患者でメトトレキサートを投与		
				820100567	(ワ) 留意事項通知に規定する患者でエベロリムスを投与		
				820100568	(カ) 入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質等を数日間以上投与		
				820100569	(ヨ) 重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与		
				820100570	(タ) イマチニブを投与		
				820100062	(レ) リンパ脈管筋腫症の患者でシロリムス製剤を投与		
				820100063	(ソ) 腎細胞癌の患者で抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与		
				820100572	(ツ) 片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与		
				820100843	(ネ) 統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与		
				820101163	(ナ) ブスルファンを投与		※
74	B001の2	特定薬剤治療管理料1の臓器移植加算	当該臓器移植を行った年月日を記載すること。	850100049	臓器移植年月日(臓器移植加算)(特定薬剤治療管理料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
75	B001の2	特定薬剤治療管理料1の注9加算	ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の必要性を記載すること。	830100058	ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の必要性(特定薬剤治療管理料1):******		
76	B001の2	特定薬剤治療管理料1の注10加算	(エベロリムスの初回投与から3月の間に算定する場合) エベロリムスの初回投与日	850100050	エベロリムスの初回投与年月日(特定薬剤治療管理料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(エベロリムスの初回投与から3月の間に算定する場合) エベロリムスの血中濃度測定の必要性	830100059	エベロリムスの血中濃度測定の必要性(特定薬剤治療管理料1):*******		
77	B001の3	悪性腫瘍特異物質治療管理料	行った腫瘍マーカーの検査名を記載すること。	830100060	検査名(悪性腫瘍特異物質治療管理料):******		
78	B001の4	小児特定疾患カウンセリング料	同一患者に対し初めてのカウンセリングを行った年月日を記載すること。	850100051	同一患者に対し初めてのカウンセリング実施年月日(小児特定疾患カウンセリング料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
79	B001の9	外来栄養食事指導料の「注2」の場合	指導した年月日を記載すること。	850100052	指導した年月日(外来栄養食事指導料(注2)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
80	B001の12	心臓ペースメーカー指導管理料の導入期加算	ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー移植術、植込型除細動器移植術又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術を行った年月日を記載すること。	850100053	導入期加算(心臓ペースメーカー指導管理料)移植年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
81	B001の12	心臓ペースメーカー指導管理料の植込型除細動器移行期加算	直近の算定年月及び使用開始日を記載すること。また、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の12心臓ペースメーカー指導管理料の(5)のア又はイに規定するもののうち該当するものを選択して記載すること。	850100054	直近の算定年月日(植込型除細動器移行期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100055	使用開始年月日(植込型除細動器移行期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100064	ア 留意事項通知に規定する患者でICD適否確定までの間使用		
				820100065	イ 留意事項通知に規定する患者でICD植え込みまでの間使用		
82	B001の12	心臓ペースメーカー指導管理料の遠隔モニタリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	850190001	直近の算定年月(遠隔モニタリング加算(心臓ペースメーカー指導管理料)):(元号)yy"年"mm"月"		
83	B001の14	高度難聴指導管理料のイ	人工内耳植込術を行った年月日を記載すること。	850100056	人工内耳植込術実施年月日(高度難聴指導管理料(術後3月以内)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
84	B001の14	高度難聴指導管理料のロ	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850100488	前回算定年月日(高度難聴指導管理料(その他の患者)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190488	初回(高度難聴指導管理料(その他の患者))		
85	B001の14	高度難聴指導管理料の人工内耳機器調整加算	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190043	前回算定年月日(人工内耳機器調整加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190043	初回(人工内耳機器調整加算)		
86	B001の15	慢性維持透析患者外来医学管理料	(慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した場合) その必要性を記載すること。	830100061	管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した必要性(慢性維持透析患者外来医学管理料):******		
			(慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査であって特例として算定を認められた検査を別に算定した場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の15慢性維持透析患者外来医学管理料の(10)のアからカまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100066	ア 出血性合併症患者の退院月翌月の月2回目以後の末梢血液一般検査		
				820100067	イ パルス療法施行時の月2回目以後のカルシウム等の検査		
				820100068	ウ 副甲状腺切除を行った患者の月2回目以後のカルシウム等の検査		
				820100069	エ シナカルセト塩酸塩投与患者の月2回目以後のカルシウム等の検査		
				820100070	オ 透析アミロイド症の月2回目以後のβ2ーマイクログロブリン検査		
				820100071	カ デフェロキサミンメシル酸塩投与患者のアルミニウムの検査		
87	B001の16	喘息治療管理料1の重度喘息患者治療管理加算	当該加算に係る第1回目の治療管理を行った年月日を記載すること。	850100058	第1回目の治療管理を行った年月日(重度喘息患者治療管理加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
88	B001の17	慢性疼痛疾患管理料	(当該患者に対し最初に当該管理料を算定した場合) 算定年月日を記載すること。	850100059	算定年月日(慢性疼痛疾患管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
89	B001の23	がん患者指導管理料のロ	当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を記載すること。	850100060	過去に算定した年月日(がん患者指導管理料ロ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
90	B001の23	がん患者指導管理料のハ	当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を記載すること。	850100061	過去に算定した年月日(がん患者指導管理料ハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
91	B001の26	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料の導入期加算	植込術を行った年月日を記載すること。	850100062	植込術の実施年月日(導入期加算(植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
92	B001の27	糖尿病透析予防指導管理料	ヘモグロビンA1cの値又は内服薬やインスリン製剤を使用している旨を記載すること。	842100028	ヘモグロビンA1c値(糖尿病透析予防指導管理料):******		
				820100574	内服薬やインスリン製剤使用(糖尿病透析予防指導管理料)		
93	B001の28	小児運動器疾患指導管理料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190002	前回算定年月(小児運動器疾患指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"		
				820190002	初回(小児運動器疾患指導管理料)		
94	B001の29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	842100029	乳腺炎重症化予防ケア・指導料1の通算実施回数:******		
				842100111	乳腺炎重症化予防ケア・指導料2の通算実施回数:******		※
			(腎代替療法指導管理料を2回算定する場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100065	2回算定する医療上の必要性(腎代替療法指導管理料):******		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(2)のアに該当する場合) 直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(6)の(イ)から(ハ)のうちいずれか該当するものを選択して記載すること	820100575	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(イ) 25mL／min／1．73m2以上 30mL／min／1．73m2未満		
				820100576	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ロ) 15mL／min／1．73m2以上 25mL／min／1．73m2未満		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
95	B001 の31	腎代替療法指導管理料	のを選択して記載すること。	820100577	eGFRの検査値（腎代替療法指導管理料）：（ハ） 15mL／min／1．73m2未満		
			（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(2)のイに該当する場合） 腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由を記載すること。	830100066	腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由：******		
96	B001 の32	一般不妊治療管理料	前回算定年月（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	850100402	前回算定年月（一般不妊治療管理料）：（元号）yy″年″mm″月″		
				820190049	初回（一般不妊治療管理料）		
97	B001 の33	生殖補助医療管理料	生殖補助医療の開始日における年齢（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	830100478	生殖補助医療の開始日における年齢（生殖補助医療管理料）：******		
				820190061	初回（生殖補助医療管理料）		
			治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で、当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日を記載すること。	830100479	治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計（生殖補助医療管理料）：******		
				850100403	胚移植術の実施回数を確認した年月日（生殖補助医療管理料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			治療計画を作成し、又は見直した場合における当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。	850100404	治療計画の同意を得た年月日（生殖補助医療管理料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合） 当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。	850100405	治療計画の同意を得た年月日（2回目以降）（生殖補助医療管理料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
98	B001 の34 のハ	二次性骨折予防継続管理料3	初回算定年月日を記載すること。	850100406	初回算定年月日（二次性骨折予防継続管理料3）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
99	B001 の35	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	初回算定年月日を記載すること。	850100407	初回算定年月日（アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
100	B001 の36	下肢創傷処置管理料	下肢創傷処置を実施した年月日を記載すること。	850190198	下肢創傷処置実施年月日（下肢創傷処置管理料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
101	B001の37	慢性腎臓病透析予防指導管理料	初回算定年月日を記載すること。	850190210	初回算定年月日(慢性腎臓病透析予防指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
102	B001-2	小児科外来診療料	(院外処方せんを交付している者に対し、夜間緊急の受診等やむを得ない場合において院内投薬を行った場合) その理由を記載すること。	830100067	夜間緊急の受診等やむを得ない院内投与理由(小児科外来診療料):******		
			(他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定しているため小児科外来診療料を算定しない場合) 他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定している旨記載すること。	820100578	小児科外来診療料非算定理由:他の保険医療機関で在宅療養指導管理料算定		
103	B001-2-2	地域連携小児夜間・休日診療料	(病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合) その理由を詳細に記載すること。	830100068	2回以上算定する理由(地域連携小児夜間・休日診療料):******		
104	B001-2-4	地域連携夜間・休日診療料	(病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合) その理由を詳細に記載すること。	830100069	2回以上算定する理由(地域連携夜間・休日診療料):******		
105	B001-2-7	外来リハビリテーション診療料	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
106	B001-2-8	外来放射線照射診療料	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			(所定点数の100分の50に相当する点数により算定する場合) 算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			(100分の50に相当する点数を算定したにもかかわらず、その後も治療を継続する場合) 治療を継続する医学的理由を記載すること。	830100070	治療を継続する医学的理由(外来放射線照射診療料):******		
			(外来放射線照射診療料を算定したにもかかわらず予定の期間よりも早期に外来放射線照射を終了する場合) 早期に治療終了となった医学的理由を記載すること。	830100071	早期に治療終了となった医学的理由(外来放射線照射診療料):******		
107	B001-2-11	小児かかりつけ診療料	(院外処方せんを交付している者に対し、夜間緊急の受診等やむを得ない場合において院内投薬を行った場合) その理由を記載すること。	830100072	夜間緊急の受診等やむを得ない院内投与理由(小児かかりつけ診療料):******		
108	B001-3-2	ニコチン依存症管理料	初回の当該管理料を算定した年月日を記載すること。	850100064	初回算定年月日(ニコチン依存症管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
109	B001-7	リンパ浮腫指導管理料(入院)	手術日(手術前に当該指導を実施した場合であって、診療報酬明細書を作成する時点で手術を実施していない場合には、手術予定日)(年月日)を記載すること。	850100065	手術実施年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100066	手術予定年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
110	B001-7	リンパ浮腫指導管理料(入院外)	(退院後に再度算定する場合) 退院日(年月日)及び実施した手術名を記載すること。	850100067	退院年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100073	手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):*******		
			(地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関において算定する場合) 入院中に当該指導管理料を算定した保険医療機関名及び実施した手術名を記載すること。	830100074	入院中にリンパ浮腫指導管理料(入院外)を算定した保険医療機関名(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):*******		
				830100075	入院中に実施した手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):******		
111	B001-9	療養・就労両立支援指導料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190003	前回算定年月(療養・就労両立支援指導料):(元号)yy"年"mm"月"		
				820190003	初回(療養・就労両立支援指導料)		
112	B004	退院時共同指導料1の特別管理指導加算	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
113	B005	退院時共同指導料2	共同指導を行った年月日を記載すること。	850100071	共同指導を行った日(退院時共同指導料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(同一日に退院時共同指導料2と退院時リハビリテーション指導料又は退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合) 共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。	830100076	共同指導を行った者の職種:******		
				850100072	指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
114	B005-1-2	介護支援等連携指導料	算定年月日(当該入院中に既に算定している場合は併せて初回算定日)を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				850100073	初回算定年月日(介護支援等連携指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
115	B005-1-3	介護保険リハビリテーション移行支援料	介護保険によるリハビリテーションを開始した年月日及び維持期のリハビリテーションを終了した年月日を記載すること。	850100074	介護保険によるリハビリテーションの開始年月日(介護保険リハビリテーション移行支援料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100075	維持期リハビリテーションの終了年月日(介護保険リハビリテーション移行支援料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
116	B005-4	ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)	ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った年月日を記載すること。	850100076	医学管理を行った年月日(ハイリスク妊産婦共同管理料(1)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
117	B005-6の1	がん治療連携計画策定料1	退院年月日を記載すること。	850100077	退院年月日(がん治療連携計画策定料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
118	B005-7の2	認知症専門診断管理料2	前回算定年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190004	前回算定年月日(認知症専門診断管理料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190004	初回(認知症専門診断管理料2)		
119	B005-7-2	認知症療養指導料1(入院)	認知症療養計画に基づく最初の治療を行った年月日を記載すること。	850100078	認知症療養計画に基づく初回治療年月日(認知症療養指導料1(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
120	B005-7-2	認知症療養指導料1(入院外)	治療を行った年月日を記載すること。	850100079	治療年月日(認知症療養指導料1(入院外)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
121	B005-7-2	認知症療養指導料2	治療を行った年月日を記載すること。	850100080	治療開始年月日(認知症療養指導料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
122	B005-7-2	認知症療養指導料3	治療を行った年月日を記載すること。	850100081	治療開始年月日(認知症療養指導料3):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
123	B005-7-3	認知症サポート指導料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190005	前回算定年月(認知症サポート指導料):(元号)yy"年"mm"月"		
				820190005	初回(認知症サポート指導料)		
124	B005-9	外来排尿自立指導料	A251排尿自立支援加算の初回算定日並びにA251排尿自立支援加算の初回算定日からのA251排尿自立支援加算及び当該指導料の通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	850100082	排尿自立支援加算の初回算定年月日(外来排尿自立指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100030	排尿自立支援加算及び外来排尿自立指導料の通算算定回数(外来排尿自立指導料):*******		
125	B005-10	ハイリスク妊産婦連携指導料1	精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を標榜する保険医療機関に対して診療情報が文書により提供された妊婦又は出産日(年月日)を記載すること。	820100844	診療情報が文書により提供された妊婦(ハイリスク妊産婦連携指導料1)		
				850100409	出産日(ハイリスク妊産婦連携指導料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
126	B005-10-2	ハイリスク妊産婦連携指導料2	当該保険医療機関で精神療法が実施されている又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産日(年月日)を記載すること。	820100845	産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦(ハイリスク妊産婦連携指導料2)		
				850100410	出産日(ハイリスク妊産婦連携指導料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
127	B005-11の1	遠隔連携診療料1 診断を目的とする場合	（2回以上算定する場合） 「未確」と表示し、前回算定年月日を記載すること。	850100411	前回算定年月日（遠隔連携診療料1 診断を目的とする場合）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100846	未確（遠隔連携診療料1 診断を目的とする場合）		
128	B005-12	こころの連携指導料（1）	初回算定年月日を記載すること。	850100413	初回算定年月日（こころの連携指導料（1））：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
129	B005-13	こころの連携指導料（2）	初回算定年月日を記載すること。	850100414	初回算定年月日（こころの連携指導料（2））：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
130	B005-14	プログラム医療機器等指導管理料	プログラム医療機器等指導管理料を算定する際に用いる特定保険医療材料について記載すること。	820101164	ニコチン依存症治療補助アプリ（プログラム医療機器等指導管理料）		※
				820101165	高血圧治療補助アプリ（プログラム医療機器等指導管理料）		※
			（地域の医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である医療機関において高血圧治療補助アプリを用いる場合（例えば、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関からの紹介で治療する場合や心筋梗塞等の救急治療で入院後に当該医療機関において一定期間外来でフォローする場合）） 当該医療機関でアプリを活用して治療を行う具体的な理由について記載するとともに、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関での治療が可能かどうか検討を行い、その検討結果について記載すること。	830100812	当該保険医療機関においてアプリを活用して治療を行う理由（プログラム医療機器等指導管理料）：******		※
				830100813	地域のかかりつけ医機能を担う保険医療機関での治療が可能かどうかの検討結果（プログラム医療機器等指導管理料）：******		※
131	B007	退院前訪問指導料	（2回算定した場合） 各々の訪問指導年月日を記載すること。	850100084	訪問指導年月日（退院前訪問指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
132	B007-2	退院後訪問指導料	退院日（年月日）を記載すること。	850100085	退院年月日（退院後訪問指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
133	B008の1	薬剤管理指導料1	算定日及び薬剤名を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
				830100078	薬剤名（薬剤管理指導料1）：******		
134	B008の2	薬剤管理指導料2	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
135	B008-2	薬剤総合評価調整管理料	（当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合） 当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。	830100079	他の保険医療機関名（薬剤総合評価調整管理料）：******		
				842100031	当該保険医療機関における調整前の内服薬の種類数（薬剤総合評価調整管理料）：******		
				842100032	他の保険医療機関における調整前の内服薬の種類数（薬剤総合評価調整管理料）：******		
				842100033	当該保険医療機関における調整後の内服薬の種類数（薬剤総合評価調整管理料）：******		
				842100034	他の保険医療機関における調整後の内服薬の種類数（薬剤総合評価調整管理料）：******		
136	B009	診療情報提供料（Ⅰ）	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
			（保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合） 情報提供先を記載すること。	830100080	情報提供先（診療情報提供料（1））：******		
137	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の注8に規定する加算	退院年月日を記載すること。	850100087	退院年月日（注8加算（診療情報提供料（1）））：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
138	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の検査・画像情報提供加算のイ	退院年月日を記載すること。	850100088	退院年月日（検査・画像情報提供加算イ（診療情報提供料（1）））：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
139	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の療養情報提供加算	療養に係る情報を得た訪問看護ステーション名を記載すること。	830100081	訪問看護ステーション名（療養情報提供加算（診療情報提供料（1）））：******		
140	B010	診療情報提供料（Ⅱ）	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
141	B010-2	診療情報連携共有料	連携先の保険医療機関名を記載すること。	830100082	連携先保険医療機関名（診療情報連携共有料）：******		
142	B011	連携強化診療情報提供料	（妊婦である場合） 当該患者が妊娠している者である旨記載すること。	820100579	妊娠中（連携強化診療情報提供料）		
			（産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関等と他の保険医療機関が連携した場合） 前回算定年月（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	850100415	前回算定年月（連携強化診療情報提供料）：（元号）yy"年"mm"月"		
				820190050	初回（連携強化診療情報提供料）		
143	B011注5	連携強化診療情報提供料	（注5に規定する注1から注4までのいずれにも該当しない場合（頻回の情報提供の必要性を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合を除く。）） 前回算定年月（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	850190199	前回算定年月（注5（頻回の情報提供を行う場合以外））：（元号）yy"年"mm"月"		
				820190062	初回（注5（頻回の情報提供を行う場合以外））		
144	B012	傷病手当金意見書交付料	交付年月日を記載すること。	850100089	交付年月日（傷病手当金意見書交付料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
			（当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合） 当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病についての診療を開始した日を「傷病名」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。	傷病名コード	（傷病名を表示する。）	○	
				修飾語コード	（修飾語を表示する。）	○	
			（遺族等に対して意見書を交付した場合で遺族等が他に療養の給付を受けていない場合） 当該遺族等の診療報酬明細書に相続と表示し、意見書の対象となった傷病名を「傷病名」欄に記載すること。	傷病名コード	（傷病名を表示する。）	○	
				修飾語コード	（修飾語を表示する。）	○	
			（遺族等に対して意見書を交付した場合で遺族等が他に療養の給付を受けている場合） 当該遺族等の診療報酬明細書に相続と表示し、遺族等自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を「傷病名」欄に記載すること。	傷病名コード	（傷病名を表示する。）	○	
				修飾語コード	（修飾語を表示する。）	○	
145	B012	感染症法による公費負担申請に係る診断書料及び協力料	感染症法による公費負担申請に係る診断書料及び協力料を算定した旨を記載すること。	180000850	感染症法申請診断書交付料	○	
				180000950	感染症法申請手続代行料	○	
				180001030	感染症法申請診断書交付・申請手続代行料	○	
146	B013	療養費同意書交付料	交付年月日及び同意書又は診断書の病名欄に記載した病名を記載すること。	850100090	交付年月日（療養費同意書交付料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100083	同意書又は診断書に記載した病名（療養費同意書交付料）：******		
147	B014	退院時薬剤情報管理指導料	退院年月日を記載すること。	850100091	退院年月日（退院時薬剤情報管理指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
148	B015	精神科退院時共同指導料1のイ	対象となる患者の状態について記載すること。	820100581	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):措置入院にかかる患者		
				820100582	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):緊急措置入院にかかる患者		
				820100583	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者		
				820100584	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):入院の期間が1年以上の患者		
149	B015	精神科退院時共同指導料1のロ	対象となる患者の状態について記載すること。	820100585	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある。		
				820100586	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):自分1人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある		
				820100587	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。		
				820100588	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。		
				820100589	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):自傷や自殺を企てたことがある。		
				820100590	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):家族への暴力、暴言、拒絶がある。		
				820100591	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):警察・保健所介入歴がある。		
				820100592	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。		
				820100593	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):外来受診をしないことが2か月以上あった。		
				820100594	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。		
				820100595	精神科退院時共同指導料1のロの対象患者:直近の入院は措置入院である。		
				820100596	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。		
				820100597	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。		
				820100598	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):支援をする家族がいない。		
				820100599	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。		
150	B015	精神科退院時共同指導料2	対象となる患者の状態について記載すること。	820100600	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):措置入院にかかる患者		
				820100601	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):緊急措置入院にかかる患者		
				820100602	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者		
				820100603	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):入院の期間が1年以上の患者		
				820100604	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある。		
				820100605	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自分1人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある		
				820100606	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。		
				820100607	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。		
				820100608	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自傷や自殺を企てたことがある。		
				820100609	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家族への暴力、暴言、拒絶がある。		
				820100610	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):警察・保健所介入歴がある。		
				820100611	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。		
				820100612	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):外来受診をしないことが2か月以上あった。		
				820100613	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。		
				820100614	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):直近の入院は措置入院である。		
				820100615	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。		
				820100616	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。		
				820100617	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):支援をする家族がいない。		
				820100618	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。		
151	C	在宅患者診療・指導料	(在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診又は訪問看護を行った場合) 「支援」と記載し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。	830100085	指示のあった在宅療養支援診療所名:******		
152	C	乳幼児呼吸管理材料加算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	820100619	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):当月分		
				820100620	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):翌月分		
				820100621	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):翌々月分		
				820100622	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):前月分		
				820100623	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):前々月分		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
153	C000	往診料等	(往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60 日以内に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は在宅がん医療総合診療料を算定している患者に往診料を算定した場合) 当該他の保険医療機関の名称を記載すること。	830100814	訪問診療を行っている保険医療機関名:******		※
			(往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームに入所する患者に往診料を算定した場合) 当該介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームの名称を記載すること。	830100815	入所する介護保険施設等の名称:******		※
			(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した日と同一日に往診料を算定した場合) 患者の病状の急変等往診が必要となった理由を記載すること。	830100086	患者の病状の急変等往診が必要となった理由:******		
154	C000	往診料 特別往診料	往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。	830100087	往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間(特別往診料):******		
155	C000	往診料の患家診療時間加算	診療時間を記載すること。	114000970	患家診療時間加算(往診料)	○	
				114002470	患者診療時間加算(特別往診)	○	
156	C000	往診料 在宅ターミナルケア加算	死亡年月日を記載すること。	850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
157	C001	在宅患者訪問診療料 (Ⅰ)	(「1」の在宅患者訪問診療料1を算定する場合で、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合) その必要性、必要を認めた診療年月日及び当該訪問診療を行った年月日を記載すること。	830100088	頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性(在宅患者訪問診療料(1));******		
				850100094	必要性を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(1));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100095	訪問診療年月日(在宅患者訪問診療料(1));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(「2」の在宅患者訪問診療料2を算定する場合) 他の保険医療機関からの求めがあった年月を記載すること。	850100096	他医療機関から依頼があった年月(在宅患者訪問診療料(1));(元号)yy"年"mm"月"		
			(「2」の在宅患者訪問診療料2について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の(7)のただし書きに該当する場合) 他の保険医療機関から求めがあった診療内容について、(7)のア又はイのうち、該当するものを記載すること。また、6月を超えて訪問診療を行った場合は、継続的な訪問診療の必要性を記載すること。	820100072	ア その診療科の医師でなければ困難な診療		
				820100073	イ 既に診療した傷病等とは明らかに異なる傷病に対する診療		
				830100089	継続的な訪問診療の必要性(在宅患者訪問診療料2):******		
			(「2」の在宅患者訪問診療料2について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の(8)の規定により、他の保険医療機関からの求めがあった月から6月を超えて算定する場合) 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を使用している状態の患者の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100074	末期の悪性腫瘍		
				820100075	多発性硬化症		
				820100076	重症筋無力症		
				820100077	スモン		
				820100078	筋萎縮性側索硬化症		
				820100079	脊髄小脳変性症		
				820100080	ハンチントン病		
				820100081	進行性筋ジストロフィー症		
				820100082	パーキンソン病関連疾患(留意事項通知に規定するもの)		
				820100083	多系統萎縮症(留意事項通知に規定するもの)		
				820100084	プリオン病		
				820100085	亜急性硬化性全脳炎		
				820100086	ライソゾーム病		
				820100087	副腎白質ジストロフィー		
				820100088	脊髄性筋萎縮症		
				820100089	球脊髄性筋萎縮症		
				820100090	慢性炎症性脱髄性多発神経炎		
				820100091	後天性免疫不全症候群		
				820100092	頸髄損傷の患者		
				820100093	人工呼吸器を使用している状態の患者		
158	C001	在宅患者訪問診療料 (Ⅰ)の患家診療時間加算	診療時間を記載すること。	114001470	患家診療時間加算(在宅患者訪問診療料(1)・(2))	○	
159	C001	在宅患者訪問診療料 (Ⅰ)(「1」に限る。)の在宅ターミナルケア加算	死亡年月日を記載すること。	850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(当該患者が在宅以外で死亡した場合) 死亡前24時間以内に行った訪問診療の年月日及び時刻を記載すること。	850100100	死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100038	死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻(在宅ターミナルケア加算)		
160	C001	在宅患者訪問診療料 (Ⅰ)(「1」に限る。)の死亡診断加算	(「情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断等ガイドライン(平成29年9月厚生労働省)」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い、死亡診断加算のみを算定する場合) ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。	820100624	ICTを利用した看護師との連携による死亡診断		
161	C001	在宅患者訪問診療料 (Ⅰ) 注9の規定により算定する場合(患家との距離が16kmを超えた場合等)	訪問地域(距離)、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。	830100090	訪問地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間(在宅患者訪問診療料(1));*******		
162	C001-2	在宅患者訪問診療料 (Ⅱ)	(注1のイの場合で、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合) その必要性、必要を認めた診療年月日及び当該訪問診療を行った年月日を記載すること。	830100091	頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性(在宅患者訪問診療料(2));******		
				850100102	必要を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(2));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100103	訪問診療年月日(在宅患者訪問診療料(2));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
163	C001-2	在宅患者訪問診療料 (Ⅱ)の患家診療時間加算	診療時間を記載すること。	114001470	患家診療時間加算(在宅患者訪問診療料(1)・(2))	○	

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
164	C001ー2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）の在宅ターミナルケア加算	死亡年月日を記載すること。	850100098	死亡年月日（在宅ターミナルケア加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（当該患者が有料老人ホーム等以外で死亡した場合） 死亡前24時間以内に行った訪問診療の年月日及び時刻を記載すること。	850100100	死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日（在宅ターミナルケア加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				851100038	死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻（在宅ターミナルケア加算）		
165	C001ー2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）の死亡診断加算	（「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成29年9月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い、死亡診断加算のみを算定する場合） ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。	820100624	ICTを利用した看護師との連携による死亡診断		
166	C002 C002ー2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	当該月において往診又は訪問診療を行った年月日を記載すること。	850100106	往診又は訪問診療年月日（在医総管）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100107	往診又は訪問診療年月日（施医総管）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日を記載すること。	850100492	情報通信機器を用いた診療年月日（在医総管）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100493	情報通信機器を用いた診療年月日（施医総管）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（単一建物診療患者が2人以上の場合） その人数を記載すること。	842100035	単一建物診療患者数（在医総管）：******		
				842100036	単一建物診療患者数（施医総管）：******		
			（在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「同一建物居住者以外の場合」を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、A000初診料又はA001再診料又はA002外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合） その旨を記載すること。	820100847	2人目患者診療時間が1時間超		
			（在宅時医学総合管理料について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合、また、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて施設入居時等医学総合管理料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合） 「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」、「在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
				820100095	在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100096	当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下		
167	C002 C002ー2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料の在宅移行早期加算	初回の当該管理料を算定した年月日を記載すること。	850100108	初回算定年月日（在宅移行早期加算（在医総管））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100109	初回算定年月日（在宅移行早期加算（施医総管））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
168	C002 C002ー2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C002在宅時医学総合管理料及びC002ー2施設入居時等医学総合管理料の(23)に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。なお、(23)に規定するものについては、以下のとおりであること。 〔1　要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態〕 1ー1　要介護3 1ー2　要介護4 1ー3　要介護5 1ー4　障害支援区分2以上 〔2　認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上〕 2ー1　ランクⅢa 2ー2　ランクⅢb 2ー3　ランクⅣ 2ー4　ランクM 3　頻回の訪問看護を受けている状態 4　訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 5　介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 6　麻薬投薬を受けている状態 〔7　その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態〕 7ー1　脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者 7ー2　出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者 7ー3　「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが10以上である患者 7ー4　訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者	820100626	該当する状態（包括的支援加算）：1ー1　要介護3		
				820100627	該当する状態（包括的支援加算）：1ー2　要介護4		
				820100628	該当する状態（包括的支援加算）：1ー3　要介護5		
				820100629	該当する状態（包括的支援加算）：1ー4　障害支援区分2以上		
				820100631	該当する状態（包括的支援加算）：2ー1　ランクⅢa		
				820100632	該当する状態（包括的支援加算）：2ー2　ランクⅢb		
				820100633	該当する状態（包括的支援加算）：2ー3　ランクⅣ		
				820100634	該当する状態（包括的支援加算）：2ー4　ランクM		
				820100635	該当する状態（包括的支援加算）：3　頻回の訪問看護を受けている状態		
				820100636	該当する状態（包括的支援加算）：4　訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態		
				820100637	該当する状態（包括的支援加算）：5　施設に入居し、看護職員による処置を受けている状態		
				820101318	該当する状態（包括的支援加算）：6　麻薬投薬を受けている状態		※
				820100638	該当する状態（包括的支援加算）：7ー1　脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者		
				820100639	該当する状態（包括的支援加算）：7ー2　出生時体重が1，500g未満であった1歳未満の患者		
				820100640	該当する状態（包括的支援加算）：7ー3　「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが10以上である患者		
				820100641	該当する状態（包括的支援加算）：7ー4　家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者		
169	C003	在宅がん医療総合診療料	在宅がん医療総合診療料を算定した週において、訪問診療、訪問看護を行った年月日を記載すること。 連携保険医療機関又は訪問看護ステーションが行った訪問看護についても同様であること。	850100111	訪問診療年月日（在宅がん医療総合診療料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100112	訪問看護年月日（在宅がん医療総合診療料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
170	C004	救急搬送診療料の長時間加算	診療に要した時間を記載すること。	852100004	診療に要した時間（長時間加算（救急搬送診療料））		
171	C004ー2	救急患者連携搬送料	搬送先の保険医療機関名について記載すること。	830100816	搬送先の保険医療機関名（救急患者連携搬送料）：******		※
172	C005 C005ー1ー2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料	（在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行った場合） 支援と記載し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。	830100092	支援　訪問看護の指示を行った在宅療養支援診療所名（在宅患者訪問看護・指導料）：*******		
				830100093	訪問看護の指示を行った在宅療養支援診療所名（同一建物居住者訪問看護・指導料）：*******		
			（月の初日が週の途中にある場合） 前月の最終の週における訪問回数を記載すること。	842100037	前月最終週の訪問回数（在宅患者訪問看護・指導料）：******		
				842100038	前月最終週の訪問回数（同一建物居住者訪問看護・指導料）：******		
			（保健師、助産師、看護師又は准看護師のそれぞれが別に当該月に在宅患者訪問看護・指導を行った場合） それぞれの回数を記載すること。	842100039	指導回数（在宅患者訪問看護・指導料）：******		
				842100040	指導回数（同一建物居住者訪問看護・指導料）：******		
173	C005 C005ー1ー2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算	頻回な在宅患者訪問看護・指導を行う必要を認めた診療年月日、訪問看護・指導を行った年月日及びその必要を認めた理由を記載すること。	850100113	頻回な在宅患者訪問看護・指導を行う必要を認めた診療年月日（難病等複数回訪問加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100114	訪問看護・指導を行った年月日（難病等複数回訪問加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100094	頻回な訪問看護・指導の必要を認めた理由（難病等複数回訪問加算）：*******		
174	C005 C005ー1ー2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅患者連携指導加算・同一建物居住者連携指導加算	情報共有を行った年月日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	850100117	情報共有年月日（在宅患者連携指導加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100118	指導年月日（在宅患者連携指導加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
175	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅患者緊急時等カンファレンス加算・同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算	カンファレンスを実施した年月日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	850100119	カンファレンス実施年月日(緊急時等カンファレンス加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100120	共同指導年月日(緊急時等カンファレンス加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
176	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算・同一建物居住者ターミナルケア加算	訪問看護を実施した年月日及び時刻、患者が死亡した場所として在宅又は在宅以外のうち該当するもの及び日時(年月日及び時刻)を記載すること。	820100097	在宅で死亡		
				820100098	在宅以外で死亡		
				850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100001	患者死亡時刻(在宅ターミナルケア加算)		
177	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅移行管理加算又は在宅移行管理重症者加算	使用している医療機器等の名称(当該診療報酬明細書において医療機器の使用等が明らかである場合を除く。)を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
178	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算	訪問看護を実施した日時(年月日及び時刻)を記載すること。	850100121	訪問看護年月日(夜間・早朝訪問看護加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100122	訪問看護年月日(深夜訪問看護加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100002	訪問看護実施時刻(夜間・早朝訪問看護加算)		
				851100003	訪問看護実施時刻(深夜訪問看護加算)		
179	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の看護・介護職員連携強化加算	介護職員等と同行訪問した年月日を記載すること。	850100123	同行訪問年月日(看護・介護職員連携強化加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
180	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の特別地域訪問看護加算	患者の住所並びに通常の経路及び方法で訪問に要する時間(片道)を記載すること。	830100095	患者住所(特別地域訪問看護加算);******		
				852100005	訪問に要する時間(片道)(特別地域訪問看護加算)		
181	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の緊急訪問看護加算	加算を算定する理由を詳細に記載すること。	830100817	緊急訪問看護の理由(緊急訪問看護加算);******		※
			緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。	850190211	緊急訪問年月日(緊急訪問看護加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
182	C005- 2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	点滴注射を行った年月日を記載すること。	850100124	点滴注射年月日(在宅患者訪問点滴注射管理指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(在宅患者訪問点滴注射管理指導料に用いる注射薬を支給した場合) 「注射」欄の例により記載し、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る注射薬である旨の「訪点」を表示すること。 なお、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る指示を行った後に算定要件を満たさず薬剤料のみを算定する場合についても同様に記載すること。	820100642	訪点		
183	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	訪問指導を行った日及び単位数を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				114006410	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(同一建物居住者以外)	○	
				114015010	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(同一建物居住者)	○	
			(急性増悪等により、一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を必要とする患者に対して行った場合) 「急性」と表示すること。	820100643	急性		
184	C007	訪問看護指示料	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
185	C007	訪問看護指示料の特別訪問看護指示加算	算定日を記載すること。また、頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由として、「急性増悪」、「終末期」、「退院直後」、「その他」の中から該当するものを選択して記載すること。なお、「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	820100099	急性増悪		
				820100100	終末期		
				820100101	退院直後		
				830100469	その他具体的理由(特別訪問看護指示加算);******		
186	C007 注3	訪問看護指示料の手順書加算	前回の算定日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850100418	前回算定年月日(手順書加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190052	初回(手順書加算)		
187	C007- 2	介護職員等喀痰吸引等指示料	前回の指示書を交付した年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190006	指示書の前回交付年月日(介護職員等喀痰吸引等指示料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190006	初回(介護職員等喀痰吸引等指示料)		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
188	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料	（月2回以上算定した場合） 算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
			（単一建物診療患者が2人以上の場合） その人数を記載すること。	842100041	単一建物患者数（在宅患者訪問薬剤管理指導料）：******		
			（1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合） 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100104	管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100105	当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下		
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
189	C009	在宅患者訪問栄養食事指導料	（単一建物診療患者が2人以上の場合） その人数を記載すること。	842100042	単一建物患者数（在宅患者訪問栄養食事指導料）：******		
			（1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の 10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合） 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で指導料を算定する者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100106	指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100107	当該建築物の戸数が20戸未満で指導料を算定する者が2人以下		
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
190	C010	在宅患者連携指導料	情報共有を行った年月日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	850100125	情報共有年月日（在宅患者連携指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100126	指導年月日（在宅患者連携指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
191	C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料	カンファレンスを実施した年月日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	850100127	カンファレンス実施年月日（在宅患者緊急時等カンファレンス料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100128	指導年月日（在宅患者緊急時等カンファレンス料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
192	C012	在宅患者共同診療料	初回算定年月日を記載すること。	850100129	初回算定年月日（在宅患者共同診療料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
			（15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とした場合） 当該診療の初回算定年月日及び初回からの通算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること。	842100043	通算算定回数（在宅患者共同診療料）：******		
193	C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料の（8）又は（9）により当該指導管理料算定する場合） カンファレンスの実施年月日、DESIGN-R®2020による深さの評価及び本通知C013（2）のいずれに該当するのかを記載すること。	850100130	初回カンファレンスの実施年月日（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100131	2回目のカンファレンスの実施年月日（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100132	3回目のカンファレンスの実施年月日（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100644	DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：d0（皮膚損傷・発赤なし）		
				820100645	DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：d1（持続する発赤）		
				820100646	DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：d2（真皮までの損傷）		
				820100647	DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：D3（皮下組織までの損傷）		
				820100648	DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：D4（皮下組織を越える損傷）		
				820100649	DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：D5（関節腔、体腔に至る損傷）		
				820100650	DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：DU（深さ判定が不能の場合）		
				820100651	該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：ア　重度の末梢循環不全のもの		
				820100652	該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：イ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの		
				820100653	該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：ウ　強度の下痢が続く状態であるもの		
				820100654	該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：エ　極度の皮膚脆弱であるもの		
				820100655	該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：オ　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの		
194	C014	外来在宅共同指導料	共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載すること。	830100643	共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称（外来在宅共同指導料）：******		
				850100490	共同指導を行った年月日（外来在宅共同指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
195	C015	在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料	ICTを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日を記載すること。	850190212	ICTを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日（在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
197	C100	退院前在宅療養指導管理料	（退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
198	C101	在宅自己注射指導管理料	（在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給日数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				830100480	薬剤支給日数（在宅自己注射指導管理料）：******		
			（緊急時に受診した場合の注射に係る費用を算定する場合） 緊急時の受診である旨及びその年月日を記載すること。	820100656	算定理由（在宅自己注射指導管理料）：緊急時		
				850100133	緊急受診した年月日（在宅自己注射指導管理料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
199	C101 注4	在宅自己注射指導管理料 バイオ後続品導入初期加算	初回処方年月日を記載すること。	850100408	初回使用年月日（バイオ後続品導入初期加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
200	C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2	分娩日（年月日）を記載すること。	850100134	分娩日（在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
201	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	（1月に2回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C102在宅自己腹膜灌流指導管理料の（1）のアからオまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100110	ア　在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの		
				820100111	イ　糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの		
				820100112	ウ　腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの		
				820100113	エ　腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの		
				820100114	オ　その他医師が特に必要と認めるもの		
			（人工腎臓又は腹膜灌流（連続携行式腹膜灌流に限る。）を算定した場合（院外処方の場合を除く。）） 算定した日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
				算定日情報	（算定日）	○	
			（在宅自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
			（他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合） J038人工腎臓を算定している他の保険医療機関名	830100096	人工腎臓を算定している他の保険医療機関名（在宅自己腹膜灌流指導管理料）：******		
			（他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合） 他の保険医療機関での実施の必要性	830100097	他の保険医療機関における必要性（在宅自己腹膜灌流指導管理料）：******		
202	C102-2	在宅血液透析指導管理料	（1月に2回以上在宅血液透析指導管理料を算定した場合） 初回の指導管理を行った年月日を記載するとともに、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C102-2在宅血液透析指導管理料の（3）のアからウまでに規定するもののの中から、該当するものを選択して記載すること。	850100137	初回算定年月日（在宅血液透析指導管理料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100115	ア　在宅血液透析の導入期にあるもの		
				820100116	イ　合併症の管理が必要なもの		
				820100117	ウ　その他医師が特に必要と認めるもの		
			（人工腎臓を算定した場合） 算定した日を記載すること。	算定日情報	（算定日情報）	○	
			（在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
203	C103	在宅酸素療法指導管理料	当該月の動脈血酸素分圧又は動脈血酸素飽和度を記載すること。	842100072	動脈血酸素分圧（在宅酸素療法指導管理料）：******		
				842100044	動脈血酸素飽和度（%）（在宅酸素療法指導管理料）：******		
			（慢性心不全で適用になった患者の場合） 初回の指導管理を行った月において、終夜睡眠ポリグラフィーの実施日及び無呼吸低呼吸指数を記載すること。	850100139	終夜睡眠ポリグラフィーの実施年月日（在宅酸素療法指導管理料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100045	無呼吸低呼吸指数（在宅酸素療法指導管理料）：******		
204	C103	在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	850100140	在宅酸素療法指導管理料の前回算定年月（遠隔モニタリング加算）：（元号）yy"年"mm"月"		
205	C103 C107 C107-2	在宅療養指導管理材料加算の乳幼児呼吸管理材料加算	（6歳未満の乳幼児に対する在宅呼吸管理を行い、専用の経皮的動脈血酸素飽和度測定器その他附属品を貸与又は支給した場合） 貸与又は支給した機器等の名称及びその数量を記載すること。	830100819	貸与又は支給した機器等の名称及びその数量（在宅療養指導管理材料加算（乳幼児呼吸管理材料加算））：******		※
206	C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	（在宅中心静脈栄養法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
207	C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	（在宅経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
208	C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	（15歳以上の患者であって経口摂取が著しく困難である状態が15歳未満から継続しているもの（体重が20キログラム未満である場合に限る。）に算定した場合） 体重を記載すること。	842100046	患者体重（kg）（在宅小児経管栄養法指導管理料）：******		
			（在宅小児経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
209	C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	胃瘻造設年月日及び初回算定年月日を記載すること。	850100141	胃瘻造設年月日（在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100142	初回算定年月日（在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
			（在宅半固形栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
			（半固形状の流動食（市販されているものに限る。）に係る指導管理を行った場合） 当該流動食の製品名を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
210	C106	在宅自己導尿指導管理料	〈在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合（院外処方の場合を除く。）〉 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
211	C107－2 C107－2 注3	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見を記載すること。ただし、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C107－2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の（3）のイに該当する場合は、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載は不要であること。 ※注3における「初診日」は一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日を指す。	850100143	一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100047	直近の無呼吸低呼吸指数（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）；******		
				830100099	睡眠ポリグラフィー上の所見（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）；******		
				850100144	睡眠ポリグラフィー実施年月日（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100100	算定日の自覚症状（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）；******		
			〈注3を算定する場合〉 CPAP 療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した日を記載すること。	850190214	症状が改善していることを対面診療で確認した年月日（情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
			〈2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合〉 その理由を記載すること。	830100101	療法の継続が可能であると認める理由（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）；******		
212	C107－2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	850100145	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）前回算定年月；（元号）yy″年″mm″月″		
213	C108	在宅麻薬等注射指導管理料	〈在宅麻薬等注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）〉 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
214	C108－2	在宅腫瘍化学療法注射指導管理料	〈在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）〉 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
215	C108－3	在宅強心剤持続投与指導管理料	〈在宅強心剤持続投与に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）〉 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
216	C108－4	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	在宅麻薬等注射指導管理料（悪性腫瘍の場合）又は在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する保険医療機関と連携して指導管理を行った年月日及び連携して指導管理を行った保険医療機関名を記載すること。	850100146	連携指導管理年月日（在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100102	連携指導保険医療機関名（在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料）；******		
			〈在宅麻薬注射又は在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）〉薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
217	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	〈在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）〉 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
218	C110－2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の導入期加算	植込術を行った年月日を記載すること。	850100147	植込術実施年月日（導入期加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
219	C110－3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の導入期加算	植込術を行った年月日を記載すること。	850100147	植込術実施年月日（導入期加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
220	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	〈在宅難治性皮膚疾患処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）〉 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
221	C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	〈在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料に用いる特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）〉 特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
222	C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	〈在宅腫瘍治療電場療法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）〉 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
223	C150	血糖自己測定器加算	〈「7間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの」以外を算定する場合〉 1月の血糖自己測定の回数を記載すること。	842100048	1月の血糖自己測定回数（血糖自己測定器加算）；******		
			〈1型糖尿病の患者等に対し算定する場合〉 1型糖尿病の患者等である旨を記載すること。	114009910	血糖自己測定器加算（20回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）	○	
				114046110	血糖自己測定器加算（30回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）	○	
				114010010	血糖自己測定器加算（40回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）	○	
				114010110	血糖自己測定器加算（60回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）	○	
				114010210	血糖自己測定器加算（90回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）	○	
				114015610	血糖自己測定器加算（120回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）	○	
224	C150 C157 C158 C159 C159－2 C163 C165 C171 C171－2 C171－3 C172 C174	血糖自己測定器加算 酸素ボンベ加算 酸素濃縮装置加算 液化酸素装置加算 呼吸同調式デマンドバルブ加算 特殊カテーテル加算 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 在宅酸素療法材料加算 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 在宅ハイフローセラピー材料加算 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算 在宅ハイフローセラピー装置加算	（1月に2回分又は3回分の算定を行う場合） 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれかを算定したのかを選択して記載すること。	820100122	当月分		
				820100123	翌々月分		
				820100124	翌月分		
				820100125	前月分		
				820100126	前々月分		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C152－2持続血糖測定器の（1）に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100657	該当する患者（持続血糖測定器）：1型糖尿病患者の患者（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）		
				820100658	該当する患者（持続血糖測定器）：膵全摘後の患者（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）		
				820100659	該当する患者（持続血糖測定器）：2型糖尿病患者（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）		
				820100660	該当する患者（持続血糖測定器）：1型糖尿病患者の患者（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
225	C152ー2	持続血糖測定器加算		820100661	該当する患者（持続血糖測定器）：膵全摘後の患者（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）		
				820100662	該当する患者（持続血糖測定器）：2型糖尿病患者（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合		
			（2型糖尿病患者に対して、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合） 直近の空腹時血清Cペプチドの測定結果を記載すること。	830100103	直近の空腹時血清Cペプチドの測定結果（持続血糖測定器）：******		
			（1月に2回分の算定を行う場合） 当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	820100122	当月分		
				820100124	翌月分		
				820100125	前月分		
226	C153の1	注入器用注射針加算の1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C153注入器用注射針加算の（2）のア又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100120	ア　糖尿病等で1日概ね4回以上自己注射が必要		
				820100121	イ　血友病で自己注射が必要		
227	C163	特殊カテーテル加算「2」の「イ」親水性コーティング	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C163の「特殊カテーテル加算」の（3）のアからエまでの中から該当するものを選択して記載するとともに、要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100104	ア　脊髄障害の要件を満たす医学的根拠：********		
				830100105	イ　二分脊椎の要件を満たす医学的根拠：********		
				830100106	ウ　他の中枢神経を原因とする神経因性膀胱の要件を満たす医学的根拠：********		
				830100107	エ　その他の要件を満たす医学的根拠：********		
228	C165の1	在宅持続腸圧呼吸療法用治療器加算1	（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第2部第2節C107-2在宅持続腸圧呼吸療法指導管理料の（3）のア又はイの要件に該当する患者に対し算定する場合） （3）のア又はイのうち該当するものを選択して記載すること。 また、イの要件を根拠に算定する場合は、当該患者に対するASV療法の実施開始日も併せて記載すること。	820100127	ア　留意事項通知アの慢性心不全患者にASV療法を実施した場合		
				820100128	イ　留意事項通知イの心不全患者にASV療法を実施した場合		
				850100148	留意事項通知イの心不全患者　ASV療法開始年月日（在宅持続腸圧呼吸療法用治療器加算1）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
229	C175	在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算	初回算定日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850100419	初回算定年月日（在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190053	初回（在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算）		
230	C200 C300	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合	（初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合） これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が使用された日を記載すること。	850190200	訪問看護ステーション等の看護師等が薬剤を使用した年月日（C200）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850190201	訪問看護ステーション等の看護師等が特定保険医療材料を使用した年月日（C300）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
231	C	在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院から患者の紹介を受けて在宅療養指導管理を行う場合	（「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）第2章第2部第2節第1款の通則3の規定に基づき、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院から患者の紹介を受けて在宅療養指導管理を行う場合） 紹介元医療機関名及び当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。	830100108	紹介元医療機関名：******		
				830100109	在宅療養指導管理料の算定理由：******		
232	C	退院した患者に対して、当該退院月に、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定した場合	（退院した患者に対して、当該退院月に、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定した場合） 当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。	830100109	在宅療養指導管理料の算定理由：******		
233	C	在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて特定保険医療材料のうち「皮膚欠損用創傷被覆材」又は「非固着性シリコンガーゼ」を支給した場合	（在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて特定保険医療材料のうち「皮膚欠損用創傷被覆材」又は「非固着性シリコンガーゼ」を支給した場合（在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を除く。）） 特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数を記載すること。	特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
234	D	時間外緊急院内検査加算	検査開始日時を記載すること。	853100001	検査開始日時（時間外緊急院内検査加算）：dd″日″hh″時″mm″分″		
			（引き続き入院した場合） 引き続き入院した場合である旨を記載すること。	820100129	引き続き入院		
235	D	外来迅速検体検査加算	（外来診療料を算定した場合であって、当該診療料に包括される検査のみに対して当該加算を算定した場合） 当該加算を算定した日に行った検体検査の項目名を記載すること。	830100111	検体検査名（外来迅速検体検査加算）：******		
			（引き続き入院した場合） 引き続き入院した場合である旨を記載すること。	820100129	引き続き入院		
236	D001の10	トリプシノーゲン2（尿）	急性膵炎を疑う医学的根拠について記載すること。	830100481	急性膵炎を疑う医学的根拠（トリプシノーゲン2（尿））：******		
237	D001の17	プロスタグランジンE主要代謝物（尿）	（医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合） その詳細な理由及び検査結果を記載すること。	830100820	1月に1回行う詳細な理由（プロスタグランジンE主要代謝物（尿））：******		※
				830100821	検査結果（プロスタグランジンE主要代謝物（尿））：******		※
238	D001の19	L型脂肪酸結合蛋白（L－FABP）（尿）	（3月に2回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100112	3月に2回以上算定した詳細な理由（L型脂肪酸結合蛋白（L－FABP）（尿））：******		
239	D001の19	好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（NGAL）（尿）	（医学的必要性から4回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100113	医学的必要性から4回以上算定した詳細な理由（好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（NGAL）（尿））：******		
240	D003の9	カルプロテクチン（糞便）	（慢性的な炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病等）の診断補助を目的として測定する場合） 要旨を記載すること。	830100116	慢性的な炎症性腸疾患の診断補助を目的として測定した要旨（カルプロテクチン（糞便）要旨）：******		
			（潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定する場合で医学的な必要性から1月に1回行う場合） 詳細な理由及び検査結果を記載すること。	830100117	詳細理由（カルプロテクチン（糞便））：******		
				830100118	検査結果（カルプロテクチン（糞便））：******		
241	D004の15	アミロイドβ42/40比（髄液）	（レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合） 必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100822	必要と判断した医学的根拠（アミロイドβ42／40比（髄液））：******		※
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。（他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア：22点以上		※
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア：21点以下		※
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること（他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：0		※
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：0．5又は1		※
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：2又は3		※

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：評価困難		※
			検査の結果におけるAβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101172	検査の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり		※
				820101173	検査の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし		※
242	D004-2のi	悪性腫瘍組織検査 1 悪性腫瘍遺伝子検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第３部D004-2悪性腫瘍組織検査の（2）から（4）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	820100663	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるALK融合遺伝子検査		
				820100664	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100665	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるBRAF遺伝子検査（次世代シーケンシング）		
				820100666	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：膵癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100667	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：大腸癌におけるRAS遺伝子検査		
				820100668	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：大腸癌におけるBRAF遺伝子検査		
				820100669	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：大腸癌におけるEGFR遺伝子検査		
				820100670	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：大腸癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100671	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：リンチ症候群におけるマイクロサテライト不安定性検査		
				820100672	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：乳癌におけるHER2遺伝子検査		
				820100673	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査		
				820100674	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS－Fli1遺伝子検査		
				820100675	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性骨軟部組織腫瘍におけるTLS－CHOP遺伝子検査		
				820100676	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性骨軟部組織腫瘍におけるSYT－SSX遺伝子検査		
				820100677	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：消化管間葉系腫瘍におけるc－kit遺伝子検査		
				820100678	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査		
				820100680	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査		
				820100803	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるEGFR遺伝子検査		
				820100804	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるROS1融合遺伝子検査		
				820100848	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるBRAF遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）		
				820100849	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるMETex14遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）		
				820100850	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：濾胞性リンパ腫におけるEZH2遺伝子検査		
				820100853	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるMETEX14遺伝子検査（次世代シーケンシング）		
				820100854	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるRET融合遺伝子検査		
				820100855	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査（リアルタイムPCR法）		
				820100856	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査		
				820100857	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査		
				820101174	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるKRAS遺伝子変異（G12C）検査		※
				820101175	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるHER2遺伝子検査（次世代シーケンシング）		※
				820101176	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査（PCR－rSSO法）		※
				820101177	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：甲状腺癌におけるRET融合遺伝子検査		※
				820101178	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：甲状腺髄様癌におけるRET遺伝子変異検査		※
				820101179	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：固形腫瘍（肺癌及び大腸癌を除く。）におけるBRAF遺伝子検査（PCR－rSSO法）		※
				820101180	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性リンパ腫におけるBRAF遺伝子検査（PCR－rSSO法）		※
			（早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的としてBRAF遺伝子検査を実施した場合） マイクロサテライト不安定性検査又は「N005－4」ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施した年月日を記載すること。	850100150	マイクロサテライト不安定性検査の実施年月日（悪性腫瘍遺伝子検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190215	ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の実施年月日（悪性腫瘍遺伝子検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
243	D006の33	ADAMTS13活性	（血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内に算定する場合） 血栓性血小板減少性紫斑病と診断した年月日又はその再発を確認した年月日を記載すること。	850100151	血栓性血小板減少性紫斑病の診断年月日（ADAMTS13活性）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100152	血栓性血小板減少性紫斑病の再発年月日（ADAMTS13活性）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
			（血栓性血小板減少性紫斑病に対し、血漿交換療法、免疫抑制療法及びカプラシズマブ製剤による治療を行った際に治療の継続の要否を判定することを目的として測定を行った場合） 30日間を超え1週間に1回に別に算定する、その医学的な必要性を記載すること。	830100823	医学的な必要性（ADAMTS13活性）：******		※
244	D006の34	血小板凝集能	（先天性血小板機能低下症が疑われる患者に対し、当該疾患の鑑別診断の補助を目的として、3種類以上の試薬を用いて血小板凝集能を測定した場合） 2回以上算定する場合は、その医学的必要性について記載すること。	830100824	2回以上算定する医学的必要性（血小板凝集能　イ　鑑別診断の補助に用いるもの）：******		※
245	D006の35	ADAMTS13インヒビター	（後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内に算定する場合） 後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断した年月日又はその再発を確認した年月日を記載すること。	850100153	後天性血栓性血小板減少性紫斑病の診断年月日（ADAMTS13インヒビター）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100154	後天性血栓性血小板減少性紫斑病の再発年月日（ADAMTS13インヒビター）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
246	D006-4	遺伝学的検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第３部D006-4遺伝学的検査の（1）に掲げる遺伝子疾患の中から該当するものを選択して記載すること。	830100825	遺伝子疾患の名称：******		※
			（2回以上実施する場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100119	遺伝学的検査を2回以上実施する医療上の必要性（遺伝学的検査）：******		
			（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第３部D006－4遺伝学的検査の（1）のオに掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する場合） 臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性を記載すること。	830100120	臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性（遺伝学的検査）：******		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
247	D006-4注2	遺伝学的検査の注2加算	検査の対象となった全ての遺伝子疾患の名称及び検査の実施の必要性について、記載すること。	830100826	遺伝子疾患の名称（遺伝学的検査注2）：******		※
				830100827	実施の必要性（遺伝学的検査注2）：******		※
248	D006-5	染色体検査　1　FISH法を用いた場合	（びまん性大細胞型B細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断の目的で2回以上検査を行った場合） 「未確」と表示し、前回算定日を記載すること。	850100420	前回算定年月日（染色体検査1　FISH法を用いた場合）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100858	未確（染色体検査1　FISH法を用いた場合）		
249	D006-10	CCR4タンパク（フローサイトメトリー法）	（CCR4タンパク（フローサイトメトリー法）及びCCR4タンパクを併せて算定した場合） その理由及び医学的根拠を記載すること。	830100121	併せて算定した理由及び医学的根拠（CCR4タンパク（フローサイトメトリー法））：*******		
250	D006-11	FIP1L1ーPDGFRα融合遺伝子検査	本検査を必要と判断した理由を記載すること。	830100122	必要理由（FIP1L1ーPDGFRα融合遺伝子検査）：******		
			（本検査を再度実施した場合） その理由を記載すること。	830100123	再実施理由（FIP1L1ーPDGFRα融合遺伝子検査）：******		
251	D006-12	EGFR遺伝子検査（血漿）	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100124	肺癌の組織検体検査が実施困難である医学的理由（EGFR遺伝子検査（血漿））：******		
252	D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	上皮内癌（CIS）と診断された病理所見を記載すること。	830100125	上皮内癌（CIS）と診断された病理所見（膀胱がん関連遺伝子検査）：******		
			K803膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施年月日を記載すること。	850100155	膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）の実施年月日（膀胱がん関連遺伝子検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
			（本検査を過去に算定している場合） 過去の算定日を記載すること。	850100156	過去の算定年月日（膀胱がん関連遺伝子検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
253	D006-18	BRCA1／2遺伝子検査	その医療上の必要性を記載すること。	830100126	医療上の必要性（BRCA1／2遺伝子検査）：*******		
254	D006-19	がんゲノムプロファイリング検査	（血液を検体とする場合であって、医学的な理由により、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体としてがんゲノムプロファイリング検査を行うことが困難な場合） 固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100761	固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（血液を検体とする）（がんゲノムプロファイリング検査）：*******		
			（血液を検体とする場合であって、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として実施したがんゲノムプロファイリング検査において、包括的なゲノムプロファイルの結果を得られなかった場合） その旨を記載すること。	820100859	包括的なゲノムプロファイルの結果を得られない（血液を検体とする）（がんゲノムプロファイリング検査）		
			（抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合） 包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施年月日を記載すること。	850100421	肺癌におけるEGFR遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100422	肺癌におけるROS1融合遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100423	肺癌におけるALK融合遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190216	肺癌におけるRAS遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850190217	肺癌におけるHER2遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100424	大腸癌におけるRAS遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190218	大腸癌におけるHER2遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850190219	大腸癌におけるBRAF遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100425	乳癌におけるHER2遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100426	固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100427	肺癌におけるMETex14遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100428	悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100429	固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100430	固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100431	胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100432	卵巣癌におけるBRCA1遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100433	前立腺癌におけるBRCA1遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100434	卵巣癌におけるBRCA2遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100435	前立腺癌におけるBRCA2遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
255	D006-20	角膜ジストロフィー遺伝子検査	その医学的な必要性を記載すること。	830100127	医学的な必要性（角膜ジストロフィー遺伝子検査）：*******		
256	D006-22	RAS遺伝子検査（血漿）	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100483	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（RAS遺伝子検査（血漿））：*******		
257	D006-25	CYP2C9遺伝子多型	必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100484	必要と判断した医学的根拠（CYP2C9遺伝子多型）：*******		
258	D006-26	染色体構造変異解析	検査を実施する医学的な理由を記載すること。	830100485	検査を実施する医学的な理由（染色体構造変異解析）：*******		
259	D006-27の1	悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿） ROS1融合遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100486	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（ROS1融合遺伝子検査）：*******		
260	D006-27の2	悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿） ALK融合遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100487	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（ALK融合遺伝子検査）：*******		
261	D006-27の3	悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿） METex14遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100488	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（METex14遺伝子検査）：*******		
262	D006-27の4	悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿） NTRK融合遺伝子検査	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100489	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（NTRK融合遺伝子検査）：*******		
263	D006-27の5	悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿） RAS遺伝子検査	本検査の実施に当たっては、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節D006-27イに該当する医学的な理由を記載すること。	830100828	医学的な理由（イの（イ）に該当）（RAS遺伝子検査）：*******		※
				830100829	医学的な理由（イの（ロ）に該当）（RAS遺伝子検査）：*******		※
				830100830	医学的な理由（イの（ハ）に該当）（RAS遺伝子検査）：*******		※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
264	D006- 27の6	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） BRAF遺伝子検査	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100831	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（BRAF遺伝子検査）；******		※
265	D006- 27の8	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） HER2遺伝子検査（肺癌に係るもの）	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100832	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（HER2遺伝子検査（肺癌に係るもの））；******		※
266	D006- 27の9	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） マイクロサテライト不安定性検査	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100833	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（マイクロサテライト不安定性検査）；******		※
267	D006- 29	乳癌悪性度判定検査	（医学的な必要性から患者１人につき２回以上実施した場合） その理由を記載すること。	830100834	患者１人につき２回以上実施した理由（乳癌悪性度判定検査）；******		※
			本検査の実施に当たっては、ホルモン受容体、HER2の検査結果及びリンパ節転移の状況について記載すること。	830100835	ホルモン受容体の検査結果（乳癌悪性度判定検査）；******		※
				830100836	HER2の検査結果（乳癌悪性度判定検査）；******		※
				830100837	リンパ節転移の状況（乳癌悪性度判定検査）；******		※
268	D007 の8	マンガン（Mn）	高カロリー静脈栄養法を開始した年月日を記載すること。	850100157	高カロリー静脈栄養法の開始年月日（Mn）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日		
269	D007 の38	アルブミン非結合型ビリルビン	（早産児にあって、生後２週間を超えて、修正週数として正期産に相当する期間まで経過観察を行う場合） 検査を実施した日に相当する修正週数を記載すること。	842100112	検査を実施した日に相当する修正週数（アルブミン非結合型ビリルビン）；******		※

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
270	D007の57	ロイシンリッチα2グリコプロテイン	前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190049	前回実施年月日（ロイシンリッチα2グリコプロテイン）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190054	初回（ロイシンリッチα2グリコプロテイン）		
			医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を記載すること。	830100490	1月に1回行う詳細な理由（ロイシンリッチα2グリコプロテイン）；******		
				830100491	検査結果（ロイシンリッチα2グリコプロテイン）；******		
271	D008の18	脳性Na利尿ペプチド（BNP）	（脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）及び心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合） 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
272	D008の20	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）	（脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）及び心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合） 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
273	D008の24	低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）	（2回目を算定した場合） 前回算定年月日を記載すること。	850100161	前回算定年月日（ucOC）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
274	D008の25	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP－5b）	（診断補助として実施した後、6月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合） 診断補助として実施した日を記載すること。	850100159	診断補助の実施年月日（TRACP－5b）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（治療方針を変更した際に実施した場合） 治療方針の変更年月日を記載すること。	850100160	治療方針変更年月日（TRACP－5b）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
275	D008の43	抗IA－2抗体	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）の結果、陰性を確認した年月日を記載すること。	850100163	抗GAD抗体陰性の確認年月日（抗IA－2抗体）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
276	D008の46	心房性Na利尿ペプチド（ANP）	（脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）及び心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合） 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
277	D008の52	抗ミュラー管ホルモン（AMH）	前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190050	前回実施年月日（抗ミュラー管ホルモン（AMH））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190055	初回（抗ミュラー管ホルモン（AMH））		
278	D008の53	レプチン	脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由を記載すること。	830100492	脂肪萎縮の発症時期（レプチン）；******		
				830100493	全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由（レプチン）；******		
279	D009の9	前立腺特異抗原（PSA）	（前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原（PSA）を2回以上算定する場合） 「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	850100164	検査の実施年月日（前立腺特異抗原（PSA））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100049	未確　検査値（前立腺特異抗原（PSA））；******		
280	D009の30	可溶性メソテリン関連ペプチド	（悪性中皮腫の診断の補助を目的として実施する場合） 本検査が必要である理由を記載すること。	820100809	（イ）石綿曝露歴があり、胸水、腹水等の貯留が認められる患者（可溶性メソテリン関連ペプチド）		
				820100810	（ロ）体腔液細胞診で悪性中皮腫が疑われる患者（可溶性メソテリン関連ペプチド）		
				820100811	（ハ）画像診断で胸膜腫瘍、腹膜腫瘍等の漿膜腫瘍が認められる患者（可溶性メソテリン関連ペプチド）		
281	D009の31	S2，3PSA%	（前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合） 前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190220	前回実施年月日（S2，3PSA%）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
				820190494	初回（S2，3PSA%）		※
			前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。	850190221	前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日（S2，3PSA%）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
				830100838	前立腺特異抗原（PSA）の測定結果（S2，3PSA%）；******		※
			（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	830100839	2回以上算定する必要性（S2，3PSA%）；******		※
282	D009の32	プロステートヘルスインデックス（phi）	（前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合） 前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190051	前回実施年月日（プロステートヘルスインデックス（phi））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190056	初回（プロステートヘルスインデックス（phi））		
			前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。	850100436	前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日（プロステートヘルスインデックス（phi））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100494	前立腺特異抗原（PSA）の測定結果（プロステートヘルスインデックス（phi））；******		
			（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	830100495	2回以上算定する必要性（プロステートヘルスインデックス（phi））；******		
283	D009の35	アポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォーム	本検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100840	必要と判断した医学的根拠（アポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォーム）；******		※
			（本検査を、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節D009腫瘍マーカーの(26)アの（イ）に実施する場合） CA19－9の測定年月日及び測定結果を、記載すること。	850190222	CA19－9の測定年月日（アの（イ）に実施）（アポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォーム）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
				830100841	CA19－9の測定結果（アの（イ）に実施）（アポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォーム）；******		※
			（本検査を、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節D009腫瘍マーカーの(26)アの（ロ）及び（ハ）に実施する場合） 癌胎児性抗原（CEA）及びCA19－9の測定年月日並びに測定結果を、記載すること。	850190223	癌胎児性抗原（CEA）の測定年月日（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォーム）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850190224	CA19－9の測定年月日（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォーム）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
				830100842	癌胎児性抗原（CEA）の測定結果（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォーム）；******		※
				830100843	CA19－9の測定結果（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォーム）；******		※
284	D011の4	不規則抗体	輸血歴あり又は妊娠歴ありのうち該当するものを選択して記載すること。	820100137	輸血歴あり		
				820100138	妊娠歴あり		
285	D012の16	HIV－1，2抗体定性 HIV－1，2抗体半定量 HIV－1，2抗原・抗体同時測定定性	（K920輸血料（「4」の自己血輸血を除く。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者の場合） 当該輸血又は輸注が行われた最終年月日を記載すること。	850100165	輸血又は輸注最終年月日（HIV－1，2抗体定性）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100166	輸血又は輸注最終年月日（HIV－1，2抗体半定量）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100167	輸血又は輸注最終年月日（HIV－1，2抗原・抗体同時測定定性）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
286	D012の17	HIV－1抗体	（K920輸血料（「4」の自己血輸血を除く。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者の場合） 当該輸血又は輸注が行われた最終年月日を記載すること。	850100168	輸血又は輸注最終年月日（HIV－1抗体）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
287	D012の20	HIV－1，2抗原・抗体同時測定定量 HIV－1，2抗体定量	（K920輸血料（「4」の自己血輸血を除く。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者の場合） 当該輸血又は輸注が行われた最終年月日を記載すること。	850100169	輸血又は輸注最終年月日（HIV－1，2抗原・抗体同時測定定量）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100170	輸血又は輸注最終年月日（HIV－1，2抗体定量）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
288	D012の28	SARS-CoV-2抗原定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100500	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS－CoV－2抗原定性）；******		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
289	D012の39	単純ヘルペスウイルス抗原定性（皮膚）	（医学的な必要性から、本検査を2回目以上算定する場合） その理由を記載すること。	830100844	2回目以上算定する理由（単純ヘルペスウイルス抗原定性（皮膚））：******		※
290	D012の50	SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100503	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性）：******		
291	D012の53	白癬菌抗原定性	（KOH直接鏡検が陰性であったものの、臨床所見等から爪白癬が疑われる場合） 検査を実施した医学的な必要性を記載すること。	830100496	医学的な必要性（白癬菌抗原定性）：******		
			（KOH直接鏡検が実施できない場合） KOH直接鏡検を実施できない理由を記載すること。	830100497	KOH直接鏡検を実施できない理由（白癬菌抗原定性）：******		
292	D012の57	サイトメガロウイルスpp65抗原定性	（高度細胞性免疫不全の患者に対して算定した場合） 当該検査が必要であった理由を記載すること。	830100456	高度細胞性免疫不全に対して算定した必要性理由（サイトメガロウイルスpp65抗原定性必要理由）：******		
293	D012の59	SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はRSウイルス感染以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100845	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性）：******		※
294	D012の59	SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100846	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性）：******		※
295	D012の61	SARS-CoV-2抗原検出定量	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100501	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS－CoV－2抗原検出定量）：******		
296	D012の65	鳥特異的IgG抗体	検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100498	検査が必要と判断した医学的根拠（鳥特異的IgG抗体）：******		
297	D012の66	抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体	（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	830100499	2回以上算定する必要性（抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体）：******		
298	D014の24	抗シトルリン化ペプチド抗体定性 抗シトルリン化ペプチド抗体定量	（関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定する場合） 「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	850100171	検査の実施年月日（抗シトルリン化ペプチド抗体定性：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100172	検査の実施年月日（抗シトルリン化ペプチド抗体定量）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100050	未確　検査値（抗シトルリン化ペプチド抗体定性）：******		
				842100051	未確　検査値（抗シトルリン化ペプチド抗体定量）：******		
			（再度治療薬を選択する必要があり抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定する場合） その医学的な必要性を記載すること。	830100128	検査を2回以上算定する医学的な必要性（抗シトルリン化ペプチド抗体定性）：******		
				830100129	検査を2回以上算定する医学的な必要性（抗シトルリン化ペプチド抗体定量）：******		
299	D014の28	抗LKM－1抗体	抗核抗体陰性を確認した年月日を記載すること。	850100173	抗核抗体陰性確認年月日（抗LKM－1抗体）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
300	D014の47	抗アクアポリン4抗体	（抗アクアポリン4抗体を再度実施した場合） 前回の検査実施日及び検査を再度実施する医学的な必要性を記載すること。	850100174	前回実施年月日（抗アクアポリン4抗体）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100130	再度実施する医学的な必要性（抗アクアポリン4抗体）：******		
301	D014の47	抗P／Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体（抗P／Q型VGCC抗体）	（反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認めない患者を対象として実施する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100504	医学的な必要性（抗P／Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体（抗P／Q型VGCC抗体））：******		
302	D014の48	抗HLA抗体（スクリーニング検査）	（1年に2回以上実施する場合） その理由及び医学的な必要性を記載すること。	830100131	1年に2回以上実施する医学的な必要性（抗HLA抗体（スクリーニング検査））：******		
303	D014の49	抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）	（1年に2回以上実施する場合） その理由及び医学的な必要性を記載すること。	830100132	1年に2回以上実施する医学的な必要性（抗HLA抗体（抗体特異性同定検査））：******		
304	D015の17	インターロイキン－6（IL－6）	実施した年月日を記載すること。	850100437	実施年月日（インターロイキン－6（IL－6））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（3回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100762	3回以上算定する詳細な理由（インターロイキン－6（IL－6））：******		
305	D015の28	sFlt－1／PlGF比	リスク因子のいずれに該当するかを記載すること。	820100860	（イ） 収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上（sFlt－1／PlGF比）		
				820100861	（ロ） 蛋白尿（sFlt－1／PlGF比）		
				820100862	（ハ） 妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見（sFlt－1／PlGF比）		
				820100863	（ニ） 子宮内胎児発育遅延（sFlt－1／PlGF比）		
				820100864	（ホ） 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見（sFlt－1／PlGF比）		
			（（ハ） 妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見に該当する場合） 医学的根拠を記載すること。	830100506	（ハ）に該当する医学的根拠（sFlt－1／PlGF比）：******		
			（（ホ） 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見に該当する場合） 医学的根拠を記載すること。	830100507	（ホ）に該当する医学的根拠（sFlt－1／PlGF比）：******		
			（リスク因子を2つ以上有する妊婦において算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	830100508	医学的必要性（リスク因子を2つ以上有する妊婦）（sFlt－1／PlGF比）：******		
			（一連の妊娠につき2回以上算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	830100509	医学的必要性（一連の妊娠につき2回以上算定）（sFlt－1／PlGF比）：******		
306	D016の8	顆粒球表面抗原検査	本検査を実施した場合には、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日付け健発1112第1号厚生労働省健康局長通知）において示されている診断基準に基づいて、当該疾患を疑う根拠を記載すること。	830100847	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール（GPI）欠損症を疑う根拠（顆粒球表面抗原検査）：******		※
307	D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	（排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣（鏡検法）又は尿沈渣（フロサイトメトリー法）を同一日に併せて算定する場合） 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。	830100133	検体の種類（S－蛍光M、位相差M、暗視野M）：******		
				830100134	検体の種類（S－M）：******		
				830100135	検体の種類（S－保温装置使用アメーバM）：******		
308	D023の4	HBV核酸定量	（B型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を行っている悪性リンパ腫等の患者に対して、B型肝炎の再活性化を考慮し、「4」のHBV核酸定量を行った場合） 治療中又は治療終了年月日を記載すること。	850100438	治療終了年月日（HBV核酸定量）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820100865	B型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を行っている悪性リンパ腫等の患者の治療中（HBV核酸定量）		
309	D023の6	インフルエンザ核酸検出	当該検査が必要である理由を記載すること。	820101181	ア 5歳未満の幼児（インフルエンザ核酸検出）		※
				820101182	イ 65歳以上の高齢者（インフルエンザ核酸検出）		※
				820101183	ウ 妊婦（インフルエンザ核酸検出）		※
				820101184	エ その他重症化リスクのある患者（インフルエンザ核酸検出）		※
				820100139	ア 臓器移植後の患者		
				820100140	イ 造血幹細胞移植後の患者で留意事項通知に規定するもの		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
310	D023の8	EBウイルス核酸定量	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D023微生物核酸同定・定量検査の(7)のアからクまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載し、併せて、該当するものに応じ、以下の事項を記載すること。 ・アに該当する場合、臓器移植の実施年月日 ・イに該当する場合、造血幹細胞移植の実施年月日 ・ウに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日 ・エのうち移植後リンパ増殖性疾患の経過経過観察を目的として実施する場合、移植後リンパ増殖性疾患と診断された年月日及び医学的根拠 ・オのうちEBウイルス陽性が確認された後の経過観察を目的として実施する場合、EBウイルス陽性を確認した年月日及び医学的根拠 ・カに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日 ・キに該当する場合、医学的根拠	820100141	ウ 留意事項通知に規定する抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者		
				820100142	エ 移植後リンパ増殖性疾患患者(経過観察目的)		
				820100143	オ 悪性リンパ腫又は白血病の患者(経過観察目的)		
				820100144	カ 再生不良性貧血の患者で抗胸腺細胞グロブリンが投与されたもの		
				820100145	キ 慢性活動性EBウイルス感染症等の患者		
				820101185	ク 上咽頭癌の患者		※
				850100175	臓器移植実施年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100176	造血幹細胞移植実施年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100177	移植後リンパ増殖性疾患と診断された年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100178	EBウイルス陽性を確認した年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100179	抗胸腺細胞グロブリンの投与開始年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100136	移植後リンパ増殖性疾患と診断した医学的根拠(EBウイルス核酸定量);******		
				830100137	EBウイルス陽性を確認した医学的根拠(EBウイルス核酸定量);******		
				830100848	留意事項通知キに該当する医学的根拠(EBウイルス核酸定量);******		※
311	D023の16	HTLV−1核酸検出	HTLV−Ⅰ抗体(ウエスタンブロット法及びラインブロット法)の判定保留を確認した年月日を記載すること。	850100180	HTLV−1抗体判定保留確認年月日(HTLV−1核酸検出);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
312	D023の17	サイトメガロウイルス核酸定量	(高度細胞性免疫不全の患者に算定する場合) 検査が必要であった理由について記載すること。	830100513	検査が必要な理由(サイトメガロウイルス核酸定量);******		
313	D023の19	SARS−CoV−2核酸検出	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID−19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100511	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS−CoV−2核酸検出);******		
314	D023の19	SARS−CoV−2・インフルエンザ核酸同時検出	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID−19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100518	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS−CoV−2・インフルエンザ核酸同時検出);******		
315	D023の19	SARS−CoV−2・RSウイルス核酸同時検出	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID−19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100849	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS−CoV−2・RSウイルス核酸同時検出);******		※
316	D023の19	SARS−CoV−2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID−19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100850	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS−CoV−2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出);******		※
317	D023の22	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS−CoV−2核酸検出を含まないもの)	検査を実施した年月日を記載すること。	850100181	検査実施年月日(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS−CoV−2核酸検出を含まないもの));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D023のI7ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS−CoV−2核酸検出を含まないもの)の(32)のイの(ロ)に該当する場合) 治療内容を記載すること。	830100140	治療内容(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS−CoV−2核酸検出を含まないもの));******		
318	D023の23	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS−CoV−2核酸検出を含む。)	検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100515	検査が必要と判断した医学的根拠(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS−CoV−2核酸検出を含む。));******		
319	D023の24	細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出	関連学会が定める敗血症診断基準に基づいて、敗血症を疑う根拠を記載すること。	830100141	敗血症を疑う根拠(細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出);******		
320	D023の24	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液)	髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性を詳細に記載すること。	830100851	髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液));******		※
321	D023の25	HPVジェノタイプ判定	あらかじめ行われた組織診断の実施日及び組織診断の結果、CIN1又はCIN2のいずれに該当するかを記載すること。	850190225	あらかじめ行われた組織診断の実施日(HPVジェノタイプ判定);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				820100146	CIN1		
				820100147	CIN2		
			(当該検査の2回目以降を算定した場合) 前回実施年月日を記載すること。	850100182	前回実施年月日(HPVジェノタイプ判定);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
322	D026	検体検査判断料の遺伝カウンセリング加算	(BRCA1／2遺伝子検査を行った保険医療機関と遺伝カウンセリングを行った保険医療機関とが異なる場合) 遺伝カウンセリングを行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した年月日を記載すること。	830100142	遺伝カウンセリングを行った保険医療機関名(遺伝カウンセリング加算);******		
				850100183	遺伝カウンセリングを行った保険医療機関の受診年月日(遺伝カウンセリング加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
323	D210−3	植込型心電図検査	心電図が記録されていた時間を記載すること。	852100006	心電図が記録されていた時間(植込型心電図検査)		
324	D211−3	時間内歩行試験	過去の実施年月日を記載すること。	850100184	過去実施年月日(時間内歩行試験);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
325	D211−4	シャトルウォーキングテスト	過去の実施年月日、在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針を記載すること。	850100185	過去実施年月日(シャトルウォーキングテスト);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100143	在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針(シャトルウォーキングテスト);******		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
326	D215	超音波検査（記録に要する費用を含む。） 2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） ロ その他の場合 （1） 腹腹部	検査を行った領域を記載すること。	820100681	超音波検査（断層撮影法）（腹腹部）：ア 消化器領域		
				820100682	超音波検査（断層撮影法）（腹腹部）：イ 腎・泌尿器領域		
				820100683	超音波検査（断層撮影法）（腹腹部）：ウ 女性生殖器領域		
				820100684	超音波検査（断層撮影法）（腹腹部）：エ 血管領域（大動脈・大静脈等）		
				820100685	超音波検査（断層撮影法）（腹腹部）：オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等		
				820100686	超音波検査（断層撮影法）（腹腹部）：カ その他		
			（カに該当する場合） 具体的な臓器又は領域を記載すること。	830100144	具体的な臓器又は領域：********		
327	D215-2	肝硬度測定	（3月に2回以上算定する場合） その理由及び詳細な医学的根拠を算定すること。	830100145	3月に2回以上算定する理由・医学的根拠（肝硬度測定）：******		
			（肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合） その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100147	別に算定する理由及び医学的根拠（肝硬度測定）：******		
328	D215-3	超音波エラストグラフィー	（3月に2回以上算定する場合） その理由及び詳細な医学的根拠を算定すること。	830100146	3月に2回以上算定する理由・医学的根拠（超音波エラストグラフィー）：******		
			（肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合） その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100148	別に算定する理由及び医学的根拠（超音波エラストグラフィー）：******		
329	D215-4	超音波減衰法検査	（肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合） その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100619	別に算定する理由及び医学的根拠（超音波減衰法検査）：******		
			（脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、肝臓の脂肪量を評価した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190052	前回実施年月日（超音波減衰法検査）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190057	初回（超音波減衰法検査）		
330	D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ	算定開始年月日を記載すること。	850100186	算定開始年月日（呼吸心拍監視等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
331	D231-2	皮下連続式グルコース測定	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D231-2皮下連続式グルコース測定の（2）のア又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100151	ア 留意事項通知に規定する1型糖尿病患者（検査）		
				820100152	イ 留意事項通知に規定する2型糖尿病患者（検査）		
332	D236-2の1	光トポグラフィー 1 脳外科手術の術前検査に使用するもの	手術実施年月日又は手術実施予定年月日を記載すること。	850100187	手術実施年月日（光トポグラフィー（脳外科手術前検査））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100188	手術予定年月日（光トポグラフィー（脳外科手術前検査））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（手術が行われなかった場合） その理由を記載すること。	830100149	手術が行われなかった理由（光トポグラフィー（脳外科手術前検査））：******		
333	D236-2の2	光トポグラフィー 2 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの	当該検査が必要な理由及び前回の実施年月日（該当する患者に限る。）を記載すること。	830100150	検査の必要理由（光トポグラフィー（抑うつ症状の鑑別診断））：******		
				850100189	前回実施年月日（光トポグラフィー（抑うつ症状の鑑別診断））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
334	D236-3の1	脳磁図 1 自発活動を測定するもの	手術実施年月日又は手術実施予定年月日を記載すること。	850100190	手術実施日（脳磁図（自発活動を測定するもの））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100191	手術実施予定日（脳磁図（自発活動を測定するもの））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（手術が行われなかった場合） その理由を記載すること。	830100151	手術が行われなかった理由（脳磁図（その他のもの））：******		
335	D236-3の2	脳磁図 2 その他のもの	検査の医学的な必要性及び結果の概要を記載すること。	830100152	検査の医学的な必要性（脳磁図（その他のもの））：******		
				830100153	結果の概要（脳磁図（その他のもの））：******		
336	D237のヨのイ	終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D237終夜睡眠ポリグラフィーの（3）の（イ）から（ホ）までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100154	（イ）の要件を満たす医学的根拠（終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外）（安全精度管理下））：******		
				830100155	（ロ）の要件を満たす医学的根拠（終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外）（安全精度管理下））：******		
				830100156	（ハ）の要件を満たす医学的根拠（終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外）（安全精度管理下））：******		
				830100157	（ニ）の要件を満たす医学的根拠（終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外）（安全精度管理下））：******		
				830100778	（ホ）の要件を満たす医学的根拠（終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外）（安全精度管理下））：******		
			次の事項を記載すること。	830100521	安全精度管理を要した患者の診断名（疑い病名を含む。）（終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外）（安全精度管理下））：******		
				830100522	検査中の安全精度管理に係る検査結果の要点（終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外）（安全精度管理下））：******		
			（合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合） 継続的な治療の内容、BMI又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性について記載すること。	830100523	継続的な治療の内容（終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外）（安全精度管理下））：******		
				830100524	BMI（終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外）（安全精度管理下））：******		
				830100525	医学的な必要性（終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外）（安全精度管理下））：******		
337	D239の2	筋電図検査 2 誘発筋電図	検査を行った神経名を記載すること。 （感覚・運動の別、左・右の別を記載すること。）	830100158	正中神経（誘発筋電図）：******		
				830100159	尺骨神経（誘発筋電図）：******		
				830100160	腓腹神経（誘発筋電図）：******		
				830100161	腓骨神経（誘発筋電図）：******		
				830100162	腓骨神経（誘発筋電図）：******		
				830100163	顔面神経（誘発筋電図）：******		
				830100164	橈骨神経（誘発筋電図）：******		
				830100165	三叉神経（誘発筋電図）：******		
				830100166	腋窩神経（誘発筋電図）：******		
				830100167	その他（誘発筋電図）：******		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
338	D239の4	筋電図検査 4 単線維筋電図(一連につき)	検査実施年月日、実施医療機関の名称、診断名(疑いを含む。)及び当該検査を行う医学的必要性の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	850190226	検査実施年月日(単線維筋電図):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				830100852	実施医療機関の名称(単線維筋電図):********		※
				830100853	診断名(疑いを含む。)(単線維筋電図):********		※
				830100854	検査を行う医学的必要性(単線維筋電図):********		※
339	D245	鼻腔通気度検査	当該検査に関連する手術名及び手術実施年月日(手術前に当該検査を実施した場合においては手術実施予定年月日)を記載すること。	830100168	鼻腔通気度検査に関連する手術名(鼻腔通気度検査):******		
				850100192	手術実施年月日(鼻腔通気度検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100193	手術予定年月日(鼻腔通気度検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
340	D258ー2	網膜機能精密電気生理検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D258ー2網膜機能精密電気生理検査の(1)から(3)までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。 (1)又は(2)を記載した場合は、直近の算定月日(初回であればその旨)を、(3)を記載した場合は手術施行(予定を含む。)年月日を記載すること。	820100153	(1) 留意事項通知に規定する患者に対する黄斑疾患の診断目的		
				820100154	(2) 黄斑ジストロフィーの診断目的		
				820100155	(3) 網膜手術の前後		
				850190007	前回算定年月日(網膜機能精密電気生理検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190007	初回(網膜機能精密電気生理検査)		
				850100194	手術実施年月日(網膜機能精密電気生理検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100195	手術予定年月日(網膜機能精密電気生理検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
341	D258ー3	黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図	(黄斑局所網膜電図又は全視野精密網膜電図を年2回以上算定する場合) その医学的必要性を記載すること。	830100169	年2回以上算定する医学的必要性(黄斑局所網膜電図):********		
				830100170	年2回以上算定する医学的必要性(全視野精密網膜電図):********		
342	D282ー4	ダーモスコピー	(新たに他の病変で検査を行う場合) 医学的な必要性から4月に2回以上算定するときはその理由を記載すること。	830100763	新たな他の病変で4月に2回以上算定する理由(ダーモスコピー):********		
343	D285	認知機能検査その他の心理検査 1 操作が容易なもの イ 簡易なもの	(3月以内に2回以上算定する場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100171	その理由及び医学的根拠(認知機能検査1 簡易なもの):********		
			前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190053	前回実施年月日(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なものイ簡易なもの):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190058	初回(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なものイ簡易なもの)		
344	D310の3	小腸内視鏡検査 3 カプセル型内視鏡によるもの	当該患者の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100172	小腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)症状詳記:******		
345	D310注2	小腸内視鏡検査 内視鏡的留置術加算	当該患者の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100527	小腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記:******		
346	D313の2	大腸内視鏡検査 2 カプセル型内視鏡によるもの	当該患者の症状詳記を記載すること。さらに、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D313大腸内視鏡検査の(2)のアからウまでに規定するもののうち、該当するものを選択して記載するとともに、アの場合は実施日を、イ又はウの場合は実施困難な理由を記載すること。 症状詳記については、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	820100156	ア 大腸ファイバースコピーでは回盲部まで到達できなかった患者		
				820100157	イ 器質的異常により大腸ファイバースコピーが困難と判断された患者		
				820100805	ウ 身体的負担により大腸ファイバースコピーが実施困難であると判断された患者		
				850100196	大腸内視鏡検査の実施年月日(大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100173	大腸内視鏡検査が困難な理由(大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)):******		
347	D313注3	大腸内視鏡検査 バルーン内視鏡加算	当該患者の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100528	大腸内視鏡検査(バルーン内視鏡加算)症状詳記:******		
348	D313注4	大腸内視鏡検査 内視鏡的留置術加算	当該患者の症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100529	大腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記:******		
349	D414	内視鏡下生検法	「1臓器」の取扱いについては、「N000」病理組織標本作製(1臓器につき)に準ずる。 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N000病理組織標本作製の(1)の(ア)から(ケ)までのいずれかを選択し記載する。 なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載すること。	820100866	ア 気管支及び肺臓		
				820100867	イ 食道		
				820100868	ウ 胃及び十二指腸		
				820100869	エ 小腸		
				820100870	オ 盲腸		
				820100871	カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸		
				820100872	キ S状結腸		
				820100873	ク 直腸		
				820100874	ケ 子宮体部及び子宮頸部		
				830100612	コ その他:******		
				850190008	前回実施年月日(アルブミン定量(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190008	初回(アルブミン定量(尿))		
				850190009	前回実施年月日(ミオイノシトール(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190009	初回(ミオイノシトール(尿))		
				850190227	前回実施年月日(プロスタグランジンE主要代謝物(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				820190495	初回(プロスタグランジンE主要代謝物(尿))		※
				850190010	前回実施年月日(4型コラーゲン(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190010	初回(4型コラーゲン(尿))		
				850190011	前回実施年月日(シュウ酸(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190011	初回(シュウ酸(尿))		
				850190012	前回実施年月日(L型脂肪酸結合蛋白(LーFABP(尿))):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190012	初回(LーFABP(尿))		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
350	D	算定回数が複数月に1回のみとされている検査	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること	850190013	前回実施年月日（カルプロテクチン（糞便））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190013	初回（カルプロテクチン（糞便））		
				850190014	前回実施年月日（免疫関連遺伝子再構成）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190014	初回（免疫関連遺伝子再構成）		
				850190015	前回実施年月日（Mn）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190015	初回（Mn）		
				850190016	前回実施年月日（遊離カルニチン）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190016	初回（遊離カルニチン）		
				850190017	前回実施年月日（総カルニチン）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190017	初回（総カルニチン）		
				850190018	前回実施年月日（リポ蛋白（a））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190018	初回（リポ蛋白（a））		
				850190019	前回実施年月日（ペントシジン）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190019	初回（ペントシジン）		
				850190020	前回実施年月日（イヌリン）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190020	初回（イヌリン）		
				850190021	前回実施年月日（シスタチンC）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190021	初回（シスタチンC）		
				850190022	前回実施年月日（RLPーC）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190022	初回（RLPーC）		
				850190228	前回実施年月日（ELFスコア）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
				820190496	初回（ELFスコア）		※
				850190023	前回実施年月日（MDAーLDL）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190023	初回（MDAーLDL）		
				850190054	前回実施年月日（βーCTX（尿））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190059	初回（βーCTX（尿））		
				850190024	前回実施年月日（βーCTX）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190024	初回（βーCTX）		
				850190025	前回実施年月日（抗RNAポリメラーゼ3抗体）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190025	初回（抗RNAポリメラーゼ3抗体）		
				850190026	前回実施年月日（抗HLA抗体（スクリーニング検査））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190026	初回（抗HLA抗体（スクリーニング検査））		
				850190027	前回実施年月日（抗HLA抗体（抗体特異性同定検査））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190027	初回（抗HLA抗体（抗体特異性同定検査））		
				850190028	前回実施年月日（トランスフェリン（尿））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190028	初回（トランスフェリン（尿））		
				850190029	前回実施年月日（HIVジェノタイプ薬剤耐性）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190029	初回（HIVジェノタイプ薬剤耐性）		
				850190030	前回実施年月日（肝硬度測定）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190030	初回（肝硬度測定）		
				850190031	前回実施年月日（超音波エラストグラフィー）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190031	初回（超音波エラストグラフィー）		
				850190032	前回実施年月日（骨塩定量検査（DEXA法による腰椎撮影））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190032	初回（骨塩定量検査（DEXA法による腰椎撮影））		
				850190229	前回実施年月日（骨塩定量検査（REMS法（腰椎））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
				820190497	初回（骨塩定量検査（REMS法（腰椎））		※
				850190033	前回実施年月日（骨塩定量検査（MD法、SEXA法等））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190033	初回（骨塩定量検査（MD法、SEXA法等））		
				850190034	前回実施年月日（骨塩定量検査（超音波法））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190034	初回（骨塩定量検査（超音波法））		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
				850190035	前回実施年月日(経皮的酸素ガス分圧測定):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190035	初回(経皮的酸素ガス分圧測定)		
				850190036	前回実施年月日(皮下連続式グルコース測定(診療所)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190036	初回(皮下連続式グルコース測定(診療所))		
				850190037	前回実施年月日(網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190037	初回(網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図))		
				850190038	前回実施年月日(ダーモスコピー):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190038	初回(ダーモスコピー)		
				850190039	前回実施年月日(イヌリンクリアランス測定):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190039	初回(イヌリンクリアランス測定)		
				850190041	前回実施年月日(内服・点滴誘発試験):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190041	初回(内服・点滴誘発試験)		
351	D	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合	(初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合) 当該検体採取が実施された年月日を記載すること。	850100197	訪問看護ステーション等の看護師等による検体採取実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
352	D	「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合	(「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合) 次の例により「検選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他の検査と区別して記載すること。 〔記載例〕 末梢血液一般検査　21×1 末梢血液像(鏡検法)　25×1 (検選) AFP　1,070円×1	830100457	検選:******		
353	E	画像診断	撮影部位を記載すること。 ※E001写真診断、E200コンピューター断層撮影、E202磁気共鳴コンピューター断層撮影は項番344、349、353のとおり、選択して記載すること。	830189300	撮影部位(写真診断、コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影以外):その他:******		
	E	時間外緊急院内画像診断加算	撮影開始日時を記載すること。	853100003	撮影開始日時(時間外緊急院内画像診断加算):dd"日"hh"時"mm"分"		
354	E001	写真診断 1 単純撮影	撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。 なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。	820181000	撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔を除く。)		
				820183620	撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔に限る。)		
				820181100	撮影部位(単純撮影):頸部(頸椎を除く。)		
				820181220	撮影部位(単純撮影):胸部(肩を除く。)		
				820181300	撮影部位(単純撮影):腹部		
				820181340	撮影部位(単純撮影):骨盤(仙骨部・股関節を除く。)		
				820181120	撮影部位(単純撮影):頸椎		
				820181240	撮影部位(単純撮影):胸椎		
				820181310	撮影部位(単純撮影):腰椎		
				820181320	撮影部位(単純撮影):仙骨部		
				830181200	撮影部位(単純撮影):肩__:******		
				830181400	撮影部位(単純撮影):上腕__:******		
				830181410	撮影部位(単純撮影):肘関節__:******		
				830181420	撮影部位(単純撮影):前腕__:******		
				830181430	撮影部位(単純撮影):手関節__:******		
				830181440	撮影部位(単純撮影):手__:******		
				830181370	撮影部位(単純撮影):股関節__:******		
				830181500	撮影部位(単純撮影):膝__:******		
				830181510	撮影部位(単純撮影):大腿__:******		
				830181520	撮影部位(単純撮影):下腿__:******		
				830181530	撮影部位(単純撮影):足関節__:******		
				830181540	撮影部位(単純撮影):足__:******		
				830189000	撮影部位(単純撮影):その他:******		
355	E	コンピューター断層撮影診断料 通則4　新生児頭部外傷撮影加算	医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。	820100696	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):ア　GCS≦14		
				820100697	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候		
				820100698	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):ウ　意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)		
				820100699	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):エ　受診後の症状所見の悪化		
				820100700	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):オ　家族等の希望		
				820100701	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):カ　その他		
				830100187	詳細な理由及び医学的な必要性(新生児頭部外傷撮影加算(カ　その他)):******		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
356	E	コンピューター断層撮影診断料 通則4　乳幼児頭部外傷撮影加算	医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。	820100702	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):ア　GCS≦14		
				820100703	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候		
				820100704	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):ウ　意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)		
				820100705	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):エ　受診後の症状所見の悪化		
				820100706	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):オ　家族等の希望		
				820100707	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):カ　その他		
				830100188	詳細な理由及び医学的な必要性(乳幼児頭部外傷撮影加算(カ　その他));******		
357	E	コンピューター断層撮影診断料 通則4　幼児頭部外傷撮影加算	医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。	820100708	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):ア　GCS≦14		
				820100709	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候		
				820100710	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):ウ　意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)		
				820100711	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):エ　受診後の症状所見の悪化		
				820100712	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):オ　家族等の希望		
				820100806	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):カ　その他		
				830100189	詳細な理由及び医学的な必要性(幼児頭部外傷撮影加算(カ　その他));******		
358	E101-2の5	ポジトロン断層撮影 5　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合	(レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合において、さらに1回に限り算定する場合) 本撮影が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100855	本撮影が必要と判断した医学的根拠(ポジトロン断層撮影(5　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合));******		※
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		※
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		※
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		※
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1		※
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		※
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		※
			画像診断の結果におけるAβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101186	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり		※
				820101187	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし		※
359	E101-3の4	ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影　4　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合	(レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合において、さらに1回に限り算定する場合) 本撮影が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100856	本撮影が必要と判断した医学的根拠(ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影(4　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合));******		※
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		※
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		※
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		※
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1		※
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		※
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		※
			画像診断の結果におけるAβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101186	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり		※
				820101187	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし		※
			(レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合において、さらに1回に限り算定する場合) 本撮影が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100857	本撮影が必要と判断した医学的根拠(ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(3　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合));******		※

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
360	E101-4の3	ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影 3 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合	認知機能スコア MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		※
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		※
			臨床認知症尺度 CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		※
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1		※
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		※
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		※
			画像診断の結果におけるAβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101186	画像診断の結果、Aβ 病理を示唆する所見あり		※
				820101187	画像診断の結果、Aβ 病理を示唆する所見なし		※
361	E200	コンピューター断層撮影	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合) それぞれ初回の算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)	○	
			(別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合) 画診共同と表示すること。	170040210	CT撮影(64列以上)共同利用施設(画診共同)	○	
				170040310	CT撮影(64列以上)共同利用施設・頭部外傷(画診共同)	○	
				170040410	CT撮影(64列以上)(その他)(画診共同)	○	
				170040510	CT撮影(64列以上)(その他)頭部外傷(画診共同)	○	
				170040610	CT撮影(16列以上64列未満)(画診共同)	○	
				170040710	CT撮影(16列以上64列未満)頭部外傷(画診共同)	○	
				170040810	CT撮影(4列以上16列未満)(画診共同)	○	
				170040910	CT撮影(4列以上16列未満)頭部外傷(画診共同)	○	
				170041010	CT撮影(イ、ロ又はハ以外)(画診共同)	○	
				170041110	CT撮影(イ、ロ又はハ以外)頭部外傷(画診共同)	○	
				170041210	脳槽CT撮影(造影含む)(画診共同)	○	
				170041310	脳槽CT撮影(造影含む)頭部外傷(画診共同)	○	
			撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。	820182000	撮影部位(CT撮影):頭部(副鼻腔を除く)		
				820182800	撮影部位(CT撮影):頭部(副鼻腔)		
				820182110	撮影部位(CT撮影):頸部		
				820182210	撮影部位(CT撮影):胸部・肩		
				820182300	撮影部位(CT撮影):腹部		
				820182350	撮影部位(CT撮影):骨盤・股関節		
				820182600	撮影部位(CT撮影):四肢		
				820182700	撮影部位(CT撮影):全身		
				820182250	撮影部位(CT撮影):心臓		
				820182230	撮影部位(CT撮影):脊椎		
				830189100	撮影部位(CT撮影)(その他):*******		
362	E200注4	冠動脈CT撮影加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第4部E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)の(8)のアからオまでの該当するものを選択して記載すること。なお、オに該当する場合はその詳細な理由を記載する。	820100723	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常		
				820100724	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):イ 急性冠症候群		
				820100725	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ウ 狭心症		
				820100726	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子が認められる場合		
				820100727	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):オ その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合		
				830100191	その詳細な理由(冠動脈CT撮影加算):******		
363	E200-2	血流予備量比コンピューター断層撮影	血流予備量比コンピューター断層撮影による血流予備量比の値を記載すること。	842100052	血流予備量比の値(血流予備量比コンピューター断層撮影):******		
364	E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合) それぞれ初回の算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)	○	
			(別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合) 画診共同と表示すること。	170041410	MRI撮影(3テスラ以上)共同利用施設(画診共同)	○	
				170041510	MRI撮影(3テスラ以上)(その他)(画診共同)	○	
				170041610	MRI撮影(1.5テスラ以上3テスラ未満)(画診共同)	○	
				170041710	MRI撮影(1又は2以外)(画診共同)	○	
365	E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影	撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。	820183020	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳)		
				820183630	撮影部位(MRI撮影):頭部(副鼻腔)		
				820183010	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳・副鼻腔を除く)		
				820183110	撮影部位(MRI撮影):頸部		
				820183200	撮影部位(MRI撮影):肩		
				820183220	撮影部位(MRI撮影):胸部(肩を除く)		
				820183300	撮影部位(MRI撮影):腹部		
				820183360	撮影部位(MRI撮影):骨盤・股関節		
				820183610	撮影部位(MRI撮影):四肢(膝を除く)		
				820183500	撮影部位(MRI撮影):膝		
				820183120	撮影部位(MRI撮影):頚椎		
				820183240	撮影部位(MRI撮影):胸椎		
				820183330	撮影部位(MRI撮影):腰椎・仙骨部		
				830189200	撮影部位(MRI撮影)(その他):*******		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
366	E202 注10	肝エラストグラフィー加算	前回算定年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	850190055	前回実施年月日（肝エラストグラフィー加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190060	初回（肝エラストグラフィー加算）		
367	F100 F400	処方料 処方箋料	（診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１の第２章第５部第２節Ｆ１００処方料の（３）のアの（イ）から（ニ）に定める内容に該当し、処方料又は処方箋料について「１」の点数を算定しない場合） その理由を記載すること。	830100193	１を算定しない理由（処方料）：*******		
				830100194	１を算定しない理由（処方箋料）：*******		
			（精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間の場合） 当該保険医療機関の初診年月日を記載すること。	850100200	初診年月日（処方料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100201	初診年月日（処方箋料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間の場合） 薬剤の切り替えの開始年月日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。	850100202	薬剤切替開始年月日（処方料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100203	薬剤切替開始年月日（処方箋料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100195	切替対象薬剤名（処方料）：******		
				830100196	切替対象薬剤名（処方箋料）：******		
				830100197	新しく導入する薬剤名（処方料）：******		
				830100198	新しく導入する薬剤名（処方箋料）：******		
			（向精神薬多剤投与に関する臨時に投与した場合） 臨時の投与の開始年月日を記載すること。	850100204	臨時投与開始年月日（処方料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100205	臨時投与開始年月日（処方箋料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合） その旨を記載すること。	820100741	複数診療科で処方		
368	F100 F400	処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算	（隔日、漸増・減等で投与する場合） その旨を記載すること。	820100742	隔日投与		
				820100743	漸増投与		
				820100744	漸減投与		
				820100875	週１回投与		
369	F200	薬剤（入院分）	（入院患者に対し退院時に投薬（内服薬）を行った場合） 「退院時　日分投薬」と記載すること。 （入院患者に対し退院時に投薬（屯服薬）を行った場合） 「退院時　回分投薬」と記載すること。 （入院患者に対し退院時に投薬（外用薬）を行った場合） 「退院時投薬」と記載すること。	840000006	退院時　　日分投薬		
				840000634	退院時　　回分投薬（屯服薬）		
				820101042	退院時投薬（外用薬）		
			（入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者に対してビタミン剤を投与した場合） 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	830100201	ビタミン剤の投与趣旨（薬剤）：******		
370	F200 F400	薬剤等（入院外分） 処方箋料	（ビタミン剤を投与した場合） 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	830100202	ビタミン剤の投与趣旨（薬剤料・処方箋料）：******		
			（臨時薬を追加投与し、その結果投与する内服薬が7種類以上となる場合） 臨時薬の投与の必要性を記載すること。ただし、病名によりその必要性が判断できる場合は、この限りでない。	830100203	臨時薬の投与の必要性（薬剤料・処方箋料）：******		
			（鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合） 所定単位当たりの薬剤名、貼付剤の枚数としての投与量を記載した上で、貼付剤の枚数としての１日用量又は投与日数を記載すること。	830100204	鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤の１日用量又は投与日数（薬剤料）：******		
			（１回の処方において、63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合） 当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。	830000052	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した理由：******		
			（緊急やむを得ず、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を処方せんにより投薬した場合） その年月日及び理由を記載すること。	850100206	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100205	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った理由（処方箋料）：*******		
			（長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が１回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬を１４日を超えて投与した場合） 当該長期投与の理由を記載すること。	830100206	長期投与理由（薬剤料・処方箋料）：******		
371	G 通則7	バイオ後続品導入初期加算	初回使用年月日を記載すること。	850100408	初回使用年月日（バイオ後続品導入初期加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
372	G004	点滴注射の血漿成分製剤加算	１回目の注射の実施年月日を記載すること。	850100207	血漿成分製剤加算（点滴注射）１回目注射年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
373	G005	中心静脈注射の血漿成分製剤加算	１回目の注射の実施年月日を記載すること。	850100208	血漿成分製剤加算（中心静脈注射）１回目注射年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
374	G100	薬剤	（入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合） 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	830100201	ビタミン剤の投与趣旨（薬剤）：******		
			算定単位数及び実施日数を記載すること。	180744210	心大血管疾患リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）	○	
				↓	↓		
				180745110	心大血管疾患リハビリテーション料（２）（集団療法による場合）	○	
			疾患名及び治療開始年月日を記載すること。	830100208	疾患名（心大血管疾患リハビリテーション料）：******		
				850100209	治療開始年月日（心大血管疾患リハビリテーション料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
375	H000	心大血管疾患リハビリテーション料	（標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等（平成20年3月5日厚生労働省告示第63号）別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）） ①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure:FIM）、基本的日常生活活動度（Barthel Index:BI）、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあっては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えない。なお、継続の理由については、具体的には 次の例を参考にして記載すること。 [記載例] 本患者は、2023年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に水頭症及び敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2024年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超えるが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリ開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。	830100209	継続理由（心大血管疾患リハビリテーション料）：******		
			（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合） 新たな疾患名及び治療開始日又は発症年月日等を記載すること。	830100210	新たな疾患名（心大血管疾患リハビリテーション料）：******		
				850100210	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日（心大血管疾患リハビリテーション料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100211	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日（心大血管疾患リハビリテーション料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
376	H000 注2	心大血管疾患リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100212	発症年月日（早期リハビリテーション加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100213	手術年月日（早期リハビリテーション加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100214	急性増悪年月日（早期リハビリテーション加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
377	H000 注3	心大血管疾患リハビリテーション料の初期加算	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100215	発症年月日（初期加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100216	手術年月日（初期加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100217	急性増悪年月日（初期加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
378	H000 注4 H001 注4 H001- 2 注4 H002 注4 H003 注4	心大血管疾患リハビリテーション料の急性期リハビリテーション加算 脳血管疾患等リハビリテーション料の急性期リハビリテーション加算 廃用症候群リハビリテーション料の急性期リハビリテーション加算 運動器リハビリテーション料の急性期リハビリテーション加算 呼吸器リハビリテーション料の急性期リハビリテーション加算	算定の根拠となった要件（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第7部H000（11）に掲げるアからエまでのいずれか）を日毎に記載すること。	850190230	算定の根拠となった要件アの年月日（急性期リハビリテーション加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850190231	算定の根拠となった要件イの年月日（急性期リハビリテーション加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850190232	算定の根拠となった要件ウの年月日（急性期リハビリテーション加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850190233	算定の根拠となった要件エの年月日（急性期リハビリテーション加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
379	H001	脳血管疾患等リハビリテーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。	180745310	脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）	○	
				∫	∫		
				180750430	脳血管疾患等リハビリテーション料（3）要介護・1から4以外・リ減	○	
			疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載すること。	830100211	疾患名（脳血管疾患等リハビリテーション料）：******		
				850100218	発症年月日（脳血管疾患等リハビリテーション料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100389	手術年月日（脳血管疾患等リハビリテーション料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100390	急性増悪年月日（脳血管疾患等リハビリテーション料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100439	最初に診断された年月日（脳血管疾患等リハビリテーション料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）） 心大血管疾患リハビリテーション料（項番375）と同様。	830100212	継続理由（脳血管疾患等リハビリテーション料）：******		
			（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合） 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。	830100213	新たな疾患名（脳血管疾患等リハビリテーション料）：******		
				850100219	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日（脳血管疾患等リハビリテーション料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100220	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日（脳血管疾患等リハビリテーション料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
380	H001 注2	脳血管疾患等リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	（入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合） 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者		
381	H001 注3	脳血管疾患等リハビリテーション料の初期加算	（入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合） 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者		
			算定単位数及び実施日数を記載すること。	180750510	廃用症候群リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）	○	
				∫	∫		
				180755630	廃用症候群リハビリテーション料（3）（要介護）イからニ以外・リ減	○	

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
382	H001- 2	廃用症候群リハビリ テーション料	廃用症候群の診断又は急性増悪した年月日を記載すること。廃用症候群に係る評価表を添付すること又は同様の情報を「摘要」欄に記載すること。	830100214	疾患名(廃用症候群リハビリテーション料);******		
				850100221	治療開始年月日(廃用症候群リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番375)と同様。	830100215	継続理由(廃用症候群リハビリテーション料);******		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始日又は発症年月日等を記載すること。	830100216	新たな疾患名(廃用症候群リハビリテーション料);******		
				850100222	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(廃用症候群リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100223	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日(廃用症候群リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
383	H001- 2 注2	廃用症候群リハビリ テーション料の早期リ ハビリテーション加算	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の年月日を記載すること。	850100212	発症年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100213	手術年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100214	急性増悪年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100531	疾患名(早期リハビリテーション加算);******		
384	H001- 2 注3	廃用症候群リハビリ テーション料の初期加 算	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の月日を記載すること。	850100215	発症年月日(初期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100216	手術年月日(初期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100217	急性増悪年月日(初期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100799	疾患名(初期加算);******		
385	H002	運動器リハビリテー ション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。	180755710	運動器リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				｝	｝		
				180759630	運動器リハビリテーション料(3)(要介護1から3以外・リ減	○	
			疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載すること。	830100217	疾患名(運動器リハビリテーション料);******		
				850100224	発症年月日(運動器リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100391	手術年月日(運動器リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100392	急性増悪年月日(運動器リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100440	最初に診断された年月日(運動器リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番375)と同様。	830100218	継続理由(運動器リハビリテーション料);******		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。	830100219	新たな疾患名(運動器リハビリテーション料);******		
				850100225	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(運動器リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100226	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日(運動器リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
386	H002 注2	運動器リハビリテー ション料の早期リハビ リテーション加算	(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者		
387	H002 注3	運動器リハビリテー ション料の初期加算	(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者		
388	H003	呼吸器リハビリテー ション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。	180759710	呼吸器リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				｝	｝		
				180760410	呼吸器リハビリテーション料(2)(医師による場合)	○	
			疾患名及び治療開始年月日を記載すること。	830100220	疾患名(呼吸器リハビリテーション料);******		
				850100227	治療開始年月日(呼吸器リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番375)と同様。	830100221	継続理由(呼吸器リハビリテーション料);******		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。	830100222	新たな疾患名(呼吸器リハビリテーション料);******		
				850100228	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(呼吸器リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100229	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日(呼吸器リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
389	H003 注2	呼吸器リハビリテー ション料の早期リハビ リテーション加算	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100212	発症年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100213	手術年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100214	急性増悪年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
390	H003 注3	呼吸器リハビリテー ション料の初期加算	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100215	発症年月日(初期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100216	手術年月日(初期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100217	急性増悪年月日(初期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
391	H003- 2 注5	リハビリテーション総 合計画評価料の運動 量増加機器加算	(機器の使用に有効性が認められ、継続すべき医学的必要性が認められ、運動量増加機器加算を更に算定する場合) 医学的な必要性を記載すること。	830100223	医学的な必要性(運動量増加機器加算);*******		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
392	H004	摂食機能療法	疾患名及び摂食機能療法の治療開始年月日を記載すること。	830100224	疾患名(摂食機能療法);******		
				850100230	治療開始年月日(摂食機能療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
393	H004	摂食機能療法の摂食嚥下機能回復体制加算	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施年月日及びカンファレンスを実施した年月日を記載すること。内視鏡下嚥下機能検査及び嚥下造影について、摂食嚥下機能回復体制加算を算定する保険医療機関とは別の保険医療機関において検査を実施した場合には、検査を行った保険医療機関名を記載すること。	850100231	内視鏡下嚥下機能検査を実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100232	嚥下造影を実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100458	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した別の保険医療機関名;******		
				850100233	カンファレンスを実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
394	H006	難病患者リハビリテーション料	対象疾患について、特掲診療料の施設基準等別表第十の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100159	ベーチェット病		
				820100075	多発性硬化症		
				820100076	重症筋無力症		
				820100160	全身性エリテマトーデス		
				820100077	スモン		
				820100078	筋萎縮性側索硬化症		
				820100161	強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎		
				820100162	結節性動脈周囲炎		
				820100163	ビュルガー病		
				820100079	脊髄小脳変性症		
				820100164	悪性関節リウマチ		
				820100165	パーキンソン病関連疾患		
				820100166	アミロイドーシス		
				820100167	後縦靭帯骨化症		
				820100080	ハンチントン病		
				820100168	モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症)		
				820100169	ウェゲナー肉芽腫症		
				820100299	多系統萎縮症		
				820100170	広範脊柱管狭窄症		
				820100171	特発性大腿骨頭壊死症		
				820100172	混合性結合組織病		
				820100084	プリオン病		
				820100173	ギラン・バレー症候群		
				820100174	黄色靭帯骨化症		
				820100175	シェーグレン症候群		
				820100176	成人発症スチル病		
				820100177	関節リウマチ		
				820100085	亜急性硬化性全脳炎		
				820100086	ライソゾーム病		
				820100087	副腎白質ジストロフィー		
				820100088	脊髄性筋萎縮症		
				820100089	球脊髄性筋萎縮症		
				820100090	慢性炎症性脱髄性多発神経炎		
395	H006	難病患者リハビリテーション料の短期集中リハビリテーション実施加算	退院年月日を記載すること。	850100234	退院年月日(短期集中リハビリテーション実施加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
396	H007	障害児(者)リハビリテーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。また、対象患者について、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の各号に掲げるものの中から該当するものの選択して記載すること。	820100178	脳性麻痺の患者		
				820100179	胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者		
				820100180	顎・口腔の先天異常の患者		
				820100181	先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者		
				820100182	先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者		
				820100183	先天性又は進行性の神経筋疾患の患者		
				820100184	神経障害による麻痺及び後遺症の患者		
				820100185	言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者		
397	H007-2	がん患者リハビリテーション料	算定単位数、実施日数及びがんの種類を記載すること。また、当該入院中に提供した治療の種類について、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の二の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100812	1 がんの治療のための手術が行われる予定又は行われたもの		
				820100813	2 がんの治療のための骨髄抑制を来たしうる化学療法が行われる予定又は行われたもの		
				820100814	3 がんの治療のための放射線治療が行われる予定又は行われたもの		
				820100815	4 がんの治療のための造血幹細胞移植が行われる予定又は行われたもの		
				820100193	5 進行がん等の患者で、在宅復帰を目的としたリハビリが必要なもの		
398	H007-3	認知症患者リハビリテーション料	「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、診療時間及びリハビリテーション計画作成日を記載すること。なお、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添6の別紙12におけるランクの中から該当するものを選択して記載すること。	820100194	認知症高齢者の日常生活自立度 1		
				820100195	認知症高齢者の日常生活自立度 2		
				820100196	認知症高齢者の日常生活自立度 2a		
				820100197	認知症高齢者の日常生活自立度 2b		
				820100198	認知症高齢者の日常生活自立度 3		
				820100199	認知症高齢者の日常生活自立度 3a		
				820100200	認知症高齢者の日常生活自立度 3b		
				820100201	認知症高齢者の日常生活自立度 4		
				820100202	認知症高齢者の日常生活自立度 M		
399	H	「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを実施した場合	次の例により「リハ選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。 [記載例] 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 185×18 実施日数3日 (リハ選) 運動器リハビリテーション料 1,850円×1	830100372	リハ選;******		
400	I000-2	経頭蓋磁気刺激療法	治療開始日と終了日の年月日を記載すること。	850100235	治療開始年月日(経頭蓋磁気刺激療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100236	治療終了年月日(経頭蓋磁気刺激療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
401	I002	通院・在宅精神療法	（通院・在宅精神療法を退院後4週間以内の患者について算定した場合） 退院年月日を記載すること。	850100237	退院年月日（通院・在宅精神療法）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			診療に要した時間に応じて、選択して記載すること。 ただし、30分又は60分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「30分超」又は「60分超」と記載しても差し支えない。	820101309	5分を超え10分未満（通院・在宅精神療法）		※
				820101310	10分以上20分未満（通院・在宅精神療法）		※
				820101311	20分以上30分未満（通院・在宅精神療法）		※
				820101312	30分以上40分未満（通院・在宅精神療法）		※
				820101313	40分以上50分未満（通院・在宅精神療法）		※
				820101314	50分以上60分未満（通院・在宅精神療法）		※
				820101315	30分超（通院・在宅精神療法）		※
				820101316	60分超（通院・在宅精神療法）		※
			（1回の処方において2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬を投与した場合） 投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を記載すること。	820101188	投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について説明を行った		※
402	I002	通院・在宅精神療法の注3及び注4の加算（20歳未満、16歳未満の患者）	当該保険医療機関の精神科を初めて受診した年月日を記載すること。	850100238	精神科初回受診年月日（通院・在宅精神療法（20歳未満）加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100239	精神科初回受診年月日（児童思春期精神科専門管理加算（16歳未満））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100240	精神科初回受診年月日（児童思春期精神科専門管理加算（20歳未満））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
403	I002 注7	通院・在宅精神療法の措置入院後継続支援加算	（指導等を行った月と算定する月が異なる場合） 指導等を行った年月日を記載すること。	850100241	指導等年月日（措置入院後継続支援加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
404	I002 注8	通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算	初回の当該加算を算定した年月日を記載すること。	850100441	初回算定年月日（療養生活継続支援加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合） 急性増悪等における具体的な状態について記載すること。	830100533	急性増悪等における具体的な状態（療養生活継続支援加算）；******		
405	I002 注11	通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算	（病状等により、患者本人から同意を得ることが困難である場合や、やむを得ず家族等から同意を得る場合） その理由を記載する。	830100858	患者本人から同意を得ることが困難又はやむを得ず家族等から同意を得た理由（早期診療体制充実加算）；******		※
406	I002 注12	通院・在宅精神療法の注12の規定	（情報通信機器を用いた精神療法を行う際に、厚生労働省「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」（「オンライン精神療法指針」という。）に沿って診療を行う場合） オンライン精神療法指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820101189	オンライン精神療法指針に沿った適切な診療である（通院・在宅精神療法の注12の規定）		※
			（処方を行った場合） オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、当該処方がオンライン精神療法指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820101190	オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、オンライン精神療法指針に沿った適切な処方である（通院・在宅精神療法の注12の規定）		※
407	I002-2	精神科継続外来支援・指導料	（1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上又は抗精神病薬を3種類以上投与した場合であっても、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第5部第2節F100処方料の（3）のアの（イ）から（ニ）のいずれかに該当し、算定する場合） （3）のアの（イ）から（ニ）までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100203	（イ） 精神疾患患者が他医療機関で既に向精神薬多剤投与の場合		
				820100204	（ロ） 向精神薬投与患者の既投与薬と新導入薬の一時的併用の場合		
				820100205	（ハ） 臨時に投与した場合		
				820100206	（ニ） やむを得ず投与を行う場合（抗うつ薬又は抗精神病薬に限る）		
408	I002-3 の2	救急患者精神科継続支援料 2 入院中の患者以外の患者	（電話等で指導等を行った月と算定する月が異なる場合） 当該指導等を行った年月日を記載すること。	850100243	指導等年月日（救急患者精神科継続支援料（入院外））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
409	I003	標準型精神分析療法	当該診療に要した時間を記載すること。	852100009	標準型精神分析療法に要した時間（標準型精神分析療法）		
410	I003-2	認知療法・認知行動療法	初回の算定年月日及び一連の治療における算定回数の合計を記載すること。	850100244	初回算定年月日（認知療法・認知行動療法）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100053	一連の治療の算定回数の合計（認知療法・認知行動療法）；******		
			当該診療に要した時間を記載すること。	852100015	認知療法・認知行動療法に要した時間（認知療法・認知行動療法）		
411	I004	心身医学療法	傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「（心身症）」と記載すること。 例「胃潰瘍（心身症）」	傷病名コード	（傷病名を表示する。）	○	
				修飾語コード	（修飾語を表示する。）	○	
			（初診の日に心身医学療法を算定した場合） 診療に要した時間を記載すること。	852100010	診療に要した時間（心身医学療法）		
412	I006-2	依存症集団療法	治療開始年月日を記載すること。	850100245	治療開始年月日（依存症集団療法）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
413	I008-2 I009 I010 I010-2	精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケア	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのうち最初に算定した年月日を記載すること。なお、最初に算定した日から3年を経過している場合は省略して差し支えないが、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であって、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアを週4日以上算定する場合は、通算の入院期間を記載すること。	850100246	初回算定年月日（精神科デイ・ケア等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820100745	初回（精神科デイ・ケア等）		
				830100226	通算入院期間（精神科デイ・ケア）；******		
				830100227	通算入院期間（精神科ナイト・ケア）；******		
				830100228	通算入院期間（精神科デイ・ナイト・ケア）；******		
			（入院中の患者に精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアを算定した場合） 算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
414	I008-2 I009 I010 I010-2	精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケア の早期加算	最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。	850100247	初回精神科デイ・ケア等算定年月日（早期加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100248	精神病床の退院年月日（早期加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
415	I008-2	精神科ショート・ケアの疾患別等専門プログラム加算	治療開始年月日を記載すること。	850100249	治療開始年月日（疾患別等専門プログラム加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
416	I011-2	精神科退院前訪問指導料	（2回以上算定した場合） 各々の訪問指導年月日を記載すること。	850100250	訪問指導年月日（精神科退院前訪問指導料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示し、当該急性増悪した日から7日以内の期間に算定した場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100229	急性増悪した日から7日以内の期間に算定した医療上の必要性（精神科訪問看護・指導料）；******		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
417	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	(急性増悪した患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断し、急性増悪した日から1月以内の連続した7日間に算定した場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100230	急性増悪した日から1月以内の連続した7日間に算定した医療上の必要性(精神科訪問看護・指導料):******		
			(退院後3月以内の期間において行われる場合で、週5回算定する場合) 退院年月日を記載すること。	850100251	退院年月日(精神科訪問看護・指導料(1)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100252	退院年月日(精神科訪問看護・指導料(3)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			月の初日の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により測定した値及び測定日を記載すること。GAFの値については該当する範囲を選択して記載すること。	850190202	GAF測定年月日(精神科訪問看護・指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820101019	GAF尺度100ー91(精神科訪問看護・指導料)		
				820101020	GAF尺度90ー81(精神科訪問看護・指導料)		
				820101021	GAF尺度80ー71(精神科訪問看護・指導料)		
				820101022	GAF尺度70ー61(精神科訪問看護・指導料)		
				820101023	GAF尺度60ー51(精神科訪問看護・指導料)		
				820101024	GAF尺度50ー41(精神科訪問看護・指導料)		
				820101025	GAF尺度40ー31(精神科訪問看護・指導料)		
				820101026	GAF尺度30ー21(精神科訪問看護・指導料)		
				820101027	GAF尺度20ー11(精神科訪問看護・指導料)		
				820101028	GAF尺度10ー1(精神科訪問看護・指導料)		
				820101029	GAF尺度0(精神科訪問看護・指導料)		
418	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算	精神科訪問看護を実施した年月日及び時刻を記載すること。	850100253	精神科訪問看護の実施年月日(夜間・早朝訪問看護加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100254	精神科訪問看護の実施年月日(深夜訪問看護加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100006	精神科訪問看護の実施時刻(夜間・早朝訪問看護加算)		
				851100007	精神科訪問看護の実施時刻(深夜訪問看護加算)		
419	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の看護・介護職員連携強化加算	介護職員等と同行訪問した年月日を記載すること。	850100255	介護職員等同行訪問年月日(看護・介護職員連携強化加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
420	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の特別地域訪問看護加算	患者の住所並びに通常の経路及び方法で訪問に要する時間(片道)を記載すること。	830100095	患者住所(特別地域訪問看護加算):******		
				852100005	訪問に要する時間(片道)(特別地域訪問看護加算)		
421	I012 注7	精神科訪問看護・指導料の精神科緊急訪問看護加算	加算を算定する理由を詳細に記載すること。	830100859	緊急訪問看護の理由(精神科緊急訪問看護加算):******		※
			緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。	850190234	緊急訪問年月日(精神科緊急訪問看護加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
422	I012-2	精神科訪問看護指示料の精神科特別訪問看護指示加算	頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由を記載すること。	830100232	頻回の指定訪問看護を行う必要性(精神科特別訪問看護指示加算):******		
423	I012-2	精神科訪問看護指示料の手順書加算	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190056	前回実施年月日(手順書加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190052	初回(手順書加算)		
424	I014	医療保護入院等診療料	患者の該当する入院形態として、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の中から該当するものを選択して記載すること。	820100207	措置入院		
				820100208	緊急措置入院		
				820100209	医療保護入院		
				820100210	応急入院		
425	I015	重度認知症患者デイ・ケア料の早期加算	最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。	850100256	重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(早期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100248	精神病床の退院年月日(早期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
426	I015	重度認知症患者デイ・ケア料の夜間ケア加算	初回算定年月日及び夜間ケアに要した時間を記載すること。	850100258	重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(夜間ケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				852100012	夜間ケアに要した時間(夜間ケア加算)		
				850100259	直近の入院の入院日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100746	入院形態(精神科在宅患者支援管理料):措置入院		
				820100747	入院形態(精神科在宅患者支援管理料):緊急措置入院		
				820100748	入院形態(精神科在宅患者支援管理料):医療保護入院		
				850100260	直近の入院の退院日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100233	前々回の入院日、入院形態並びに退院日(精神科在宅患者支援管理料):*******		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
427	I016	精神科在宅患者支援管理料	（精神科在宅患者支援管理料の「1」又は「2」を算定した場合） 直近の入院についての入院年月日、入院形態、退院年月日（入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院日、入院形態並びに退院日）、直近の退院時におけるGAF、当該月の最初の訪問診療時におけるGAF、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、平成31～令和3年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の研究班が作成した、別紙様式41の2に掲げる「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」（以下この項において「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」という。）において、当該患者に該当するコア項目並びに当該導入基準の点数、初回の算定日、カンファレンス実施日、算定する月に行った訪問の日時、診療時間及び訪問した者の職種を記載すること。 なお、入院形態については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院の中から該当するものを選択して、また、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い」について」別添6の別紙12における ランクの中から該当するものを選択して記載すること。	842100054	直近の退院時におけるGAF（精神科在宅患者支援管理料）；******		
				842100055	当該月の最初の訪問診療時におけるGAF（精神科在宅患者支援管理料）；******		
				820100194	認知症高齢者の日常生活自立度　1		
				820100195	認知症高齢者の日常生活自立度　2		
				820100196	認知症高齢者の日常生活自立度　2a		
				820100197	認知症高齢者の日常生活自立度　2b		
				820100198	認知症高齢者の日常生活自立度　3		
				820100199	認知症高齢者の日常生活自立度　3a		
				820100200	認知症高齢者の日常生活自立度　3b		
				820100201	認知症高齢者の日常生活自立度　4		
				820100202	認知症高齢者の日常生活自立度　M		
				820101191	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコア項目：1		※
				820101192	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコア項目：2		※
				820101193	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコア項目：3		※
				842100113	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準の点数；******		※
				850100261	初回算定日（精神科在宅患者支援管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100262	カンファレンス実施日（精神科在宅患者支援管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100263	算定する月に行った訪問日（精神科在宅患者支援管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				851100008	算定する月に行った訪問の時刻（精神科在宅患者支援管理料）		
				852100013	診療時間（精神科在宅患者支援管理料）		
				830100234	訪問した者の職種（精神科在宅患者支援管理料）；******		
			（精神科在宅患者支援管理料3を算定する場合） 精神科在宅患者支援管理料1又は精神科在宅患者支援管理料2の初回の算定日、精神科在宅患者支援管理料3の初回の算定年月日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。	850100264	初回の算定日（精神科在宅患者支援管理料1）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100265	初回の算定日（精神科在宅患者支援管理料2）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100266	初回の算定日（精神科在宅患者支援管理料3）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100235	訪問の日時、診療時間、訪問した者の職種（精神科在宅患者支援管理料3）；******		
			（精神科在宅患者支援管理料の「3」を前月に算定した患者であって、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第8部I016精神科在宅患者支援管理料（2）のイを満たし、対象となる状態の著しい急性増悪を認めるものについて、精神科在宅患者支援管理料の「1」のロ及び「2」のロを算定する場合） 急性増悪における状態像について記載すること。	830100236	急性増悪における状態像（精神科在宅患者支援管理料1の「ロ」）；******		
				830100237	急性増悪における状態像（精神科在宅患者支援管理料2の「ロ」）；******		
428	I	「制限回数を超えて行う診療」に係る精神科専門療法を実施した場合	次の例により「精選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他の精神科専門療法と区別して記載すること ［記載例］ 精神科デイ・ケア(小規模)　590×５ （精選） 精神科デイ・ケア　5,900円×１	830100534	精選；******		
429	J000-2	下肢創傷処置	下肢創傷の部位及び潰瘍の深さを記載すること。	830100535	下肢創傷の部位及び潰瘍の深さ（下肢創傷処置）；******		
430	J001	熱傷処置	初回の処置を行った年月日を記載すること。	850100268	初回年月日（熱傷処置）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
431	J001-5	長期療養患者褥瘡等処置	（1年を超える入院の場合にあって創傷処置又は皮膚科軟膏処置の費用を算定する場合） 対象傷病名を記載すること。	830100239	対象傷病名（長期療養患者褥瘡等処置）；******		
432	J001-10	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	難治性潰瘍の所見（潰瘍の持続期間、部位、深達度及び面積を含む。）、これまでの治療経過（初回の場合はその旨を記載）、慢性静脈不全と診断した根拠（下肢静脈超音波検査等の所見）、静脈圧迫処置を必要とする医学的理由及び指導内容について記載すること。	830100240	難治性潰瘍の所見（静脈圧迫処置）；******		
				830100241	治療経過（静脈圧迫処置）；******		
				830100242	慢性静脈不全等と診断した根拠（下肢静脈超音波検査等の所見）（静脈圧迫処置）；******		
				830100243	静脈圧迫処置を必要とする医学的理由（静脈圧迫処置）；******		
				830100244	指導内容（静脈圧迫処置）；******		
433	J003	局所陰圧閉鎖処置（入院）	（J040局所灌流の「2」骨膜・骨髄炎に対するものを併せて算定する場合） その理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830100245	理由及び医学的根拠（局所陰圧閉鎖処置と洗浄を行った場合）；******		
			初回加算を算定した年月日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を記載すること。	850100442	初回加算算定年月日（局所陰圧閉鎖処置（入院））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100246	陰圧維持管理装置として使用した機器（局所陰圧閉鎖処置（入院））；******		
				830100247	医学的必要性（局所陰圧閉鎖処置（入院））；******		
			（創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合） 併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置のそれぞれの対象部位を記載すること。	830100459	併算定した処置の部位（局所陰圧閉鎖処置）；******		
				830100460	対象部位（局所陰圧閉鎖処置）；******		
434	J003注2	局所陰圧閉鎖処置（入院）の持続洗浄加算	持続洗浄加算を算定した理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830100248	持続洗浄加算を算定した理由及び医学的根拠（持続洗浄加算）；******		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
435	J003-2	局所陰圧閉鎖処置（入院外）	（局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定した場合） 初回加算を算定した年月日を記載すること。	850100270	初回加算算定年月日（局所陰圧閉鎖処置（入院外））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合） 併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置のそれぞれの対象部位を記載すること。	830100459	併算定した処置の部位（局所陰圧閉鎖処置）：******		
				830100460	対象部位（局所陰圧閉鎖処置）：******		
436	J003-3	局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）	（局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）を算定した場合） 処置開始年月日を記載すること	850100393	処置開始日（局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
437	J003-4	多血小板血漿処置	当該処置を行う医学的必要性を記載すること。	830100249	多血小板血漿処置を行う医学的必要性（多血小板血漿処置）：******		
			（創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合） 併算定した処置と多血小板血漿処置のそれぞれの対象部位を記載すること。	830100860	併算定した処置の部位（多血小板血漿処置）：******		※
				830100861	対象部位（多血小板血漿処置）：******		※
438	J007-2	硬膜外自家血注入	当該診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日及び撮影医療機関の名称等の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100250	症状詳記（硬膜外自家血注入）：******		
439	J026-4	ハイフローセラピー	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果を記載すること。	830100251	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度測定結果（ハイフローセラピー）：******		
440	J027	高気圧酸素治療	一連の治療における初回実施年月日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること。	850100272	初回実施年月日（高気圧酸素治療）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100056	通算実施回数（高気圧酸素治療）：******		
			（高気圧酸素治療の「1」を算定した場合） 減圧症又は空気塞栓が発症した年月日を記載すること。	850100273	減圧症又は空気塞栓発症年月日（高気圧酸素治療）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（高気圧酸素治療の「1」について、長時間加算を算定した場合） 高気圧酸素治療の実施時間を記載すること。	140057510	高気圧酸素治療（減圧症又は空気塞栓）	○	
441	J032注	肛門拡張法の周術期乳幼児加算	初回の算定年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190046	初回の算定年月日（周術期乳幼児加算（肛門拡張法））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190046	初回（周術期乳幼児加算（肛門拡張法））		
442	J034-2	経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術	（経胃の栄養摂取が必要な患者に対して在宅などX線装置が活用できない環境下において、経鼻栄養・薬剤投与用チューブの挿入に際して、ファイバー光源の活用によりチューブの先端が胃内にあることを確認する場合） 医学的必要性について記載すること。	830100862	医学的必要性（経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術）：******		※
443	J038	人工腎臓	人工腎臓を算定した日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
			（慢性維持透析以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合） その理由として「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038人工腎臓の（8）のアからエまで（エについては（イ）から（ヌ）まで）に規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100211	ア　急性腎不全の患者		
				820100212	イ　透析導入期（1月に限る。）の患者		
				820100213	ウ　血液濾過又は血液透析濾過を実施		
				820100214	エ　特別な管理が必要（イ　進行性眼底出血）		
				820100215	エ　特別な管理が必要（ロ　重篤な急性出血性合併症）		
				820100216	エ　特別な管理が必要（ハ　ヘパリン起因性血小板減少症）		
				820100217	エ　特別な管理が必要（ニ　播種性血管内凝固症候群）		
				820100218	エ　特別な管理が必要（ホ　敗血症）		
				820100219	エ　特別な管理が必要（ヘ　急性膵炎）		
				820100220	エ　特別な管理が必要（ト　重篤な急性肝不全）		
				820100221	エ　特別な管理が必要（チ　注射による化学療法中の悪性腫瘍）		
				820100222	エ　特別な管理が必要（リ　自己免疫疾患の活動性が高い状態）		
				820100223	エ　特別な管理が必要（ヌ　麻酔による手術を実施した状態）		
			C102在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載すること。	830100252	在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している他の保険医療機関名（人工腎臓）：*******		
444	J038	人工腎臓の導入期加算	導入の年月日を記載すること。	850100275	導入年月日（導入期加算（人工腎臓））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
445	J038注3 J038-2注2	人工腎臓の障害者等加算 持続緩徐式血液濾過の障害者等加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038人工腎臓の(18)のアからツまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100224	ア　障害者基本法にいう障害者で留意事項通知に規定する者		
				820100225	イ　精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者		
				820100226	ウ　指定難病等に罹患している者で留意事項通知に規定するもの		
				820100227	エ　留意事項通知に規定する糖尿病の患者		
				820100228	オ　運動麻痺を伴う脳血管疾患患者		
				820100229	カ　認知症患者		
				820100230	キ　常時低血圧症（収縮期血圧が90mmHg以下）の者		
				820100231	ク　透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者		
				820100232	ケ　出血性消化器病変を有する者		
				820100233	コ　骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者		
				820100234	サ　重症感染症に合併しているために入院中の患者		
				820100235	シ　末期癌に合併しているために入院中の患者		
				820100236	ス　入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの		
				820100237	セ　妊婦（妊娠中期以降）		
				820100238	ソ　うっ血性心不全（NYHA3度以上）		
				820100239	タ　12歳未満の小児		
				820100240	チ　人工呼吸を実施中の患者		
				820100241	ツ　結核菌を排菌中の患者		

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
446	J038 注14	人工腎臓 透析時運動指導等加算	指導を開始した年月日を記載すること。	850190235	指導を開始した年月日(透析時運動指導等加算(人工腎臓));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
447	J038- 2	持続緩徐式血液濾過	一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものを含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	850100443	初回実施年月日(持続緩徐式血液濾過);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100057	通算実施回数(持続緩徐式血液濾過);******		
				851100009	開始時刻(持続緩徐式血液濾過)		
				851100010	終了時刻(持続緩徐式血液濾過)		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038-2持続緩徐式血液濾過の(2)のアからカまでのいずれかに該当する場合は、該当項目を記載すること。	820100750	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):ア　末期腎不全の患者		
				820100751	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):イ　急性腎障害と診断された、高度代謝性アシドーシスの患者		
				820100752	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):ウ　薬物中毒の患者		
				820100753	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):エ　急性腎障害と診断された、尿毒症の患者		
				820100754	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):オ　急性腎障害と診断された、電解質異常の患者		
				820100755	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):カ　急性腎障害と診断された、体液過剰状態の患者		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038-2持続緩徐式血液濾過の(2)のキからケまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。	830100253	キの要件を満たす医学的根拠(重症急性膵炎の患者)(持続緩徐式血液濾過);*******		
				830100254	クの要件を満たす医学的根拠(重症敗血症の患者)(持続緩徐式血液濾過);*******		
				830100255	ケの要件を満たす医学的根拠(劇症肝炎又は術後肝不全)(持続緩徐式血液濾過);*******		
448	J039	血漿交換療法	一連の当該療法の初回実施年月日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものも含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	850100277	初回実施年月日(血漿交換療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100058	通算実施回数(血漿交換療法);*******		
				算定日情報	(算定日)	○	
				851100011	開始時刻(血漿交換療法)		
				851100012	終了時刻(血漿交換療法)		
			(血栓性血小板減少性紫斑病の患者に対して実施した場合) 直近の測定結果に基づく血小板数を記載すること。	842100059	血小板数(血漿交換療法);******		
			(血栓性血小板減少性紫斑病の患者に対し、血小板数が15万/μL以上となった日の2日後以降に実施した場合) その理由及び医学的根拠を記載すること。	830100256	理由及び医学的根拠(血漿交換療法);******		
449	J039 注3	移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	(臓器移植後に抗体関連型拒絶反応を呈する患者を対象として、抗ドナー抗体を除去することを目的として実施する場合) 医学的な必要性から一連につき6回以上算定する場合には、その理由を記載すること。	830100536	6回以上算定する理由(移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法);*******		
450	J040	局所灌流	当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				851100013	開始時刻(局所灌流)		
				851100014	終了時刻(局所灌流)		
451	J041	吸着式血液浄化法	当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				851100015	開始時刻(吸着式血液浄化法)		
				851100016	終了時刻(吸着式血液浄化法)		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のアに該当する場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のアの①から③までのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。	830100257	アの1の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
				830100258	アの2の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
				830100259	アの3の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のイに該当する場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のイの①及び②の要件を満たす医学的根拠について記載すること。	830100260	イの1の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
				830100261	イの2の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
452	J041- 2	血球成分除去療法	(寛解期の潰瘍性大腸炎で既存の薬物治療が無効、効果不十分又は適用できない難治性患者(厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準)に対しては、寛解維持を目的として行った場合であって、医学的な必要性から一連につき2週間に2回以上算定する場合又は48週間を超えて算定する場合) その理由を記載すること。	830100764	2週間に2回以上算定する理由(血球成分除去療法);******		
				830100765	48週間を超えて算定する理由(血球成分除去療法);******		
			(ステロイド抵抗性又は不耐容の慢性移植片対宿主病(GVHD)患者に対しては、臨床症状の改善又はステロイドの減量を目的として行った場合であって、医学的な必要性から一連につき24週間に31回を超えて算定する場合) その理由を記載すること。	830100863	24週間に31回を超えて算定する理由(血球成分除去療法);******		※
			初回実施に当たっては、医学的な必要性を記載すること。	830100766	医学的な必要性(初回)(血球成分除去療法);*******		
			一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものも含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	850100444	初回実施年月日(血球成分除去療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100060	通算実施回数(血球成分除去療法);*******		
				851100017	開始時刻(血球成分除去療法)		
				851100018	終了時刻(血球成分除去療法)		
453	J042 の1	連続携行式腹膜灌流の導入期加算	導入の年月日を記載すること。	850100279	導入年月日(導入期加算(腹膜灌流));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820101242	ア　傍ストーマヘルニア(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		※
				820101243	イ　ストーマ脱出(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		※
				820101244	ウ　ストーマ腫瘤(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		※

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
454	J043-3 注4	ストーマ処置のストーマ合併症加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J043-3ストーマ処置の(4)のアからキまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820101245	エ　ストーマ部瘻孔(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		※
				820101246	オ　ストーマ静脈瘤(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		※
				820101247	カ　ストーマ周囲肉芽腫(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		※
				820101248	キ　ストーマ周囲難治性潰瘍等(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		※
455	J045 の3	人工呼吸　5時間を超えた場合	開始年月日を記載すること。なお、長期入院により人工呼吸開始日の特定日が困難な場合については、その旨記載すること。	850100445	開始年月日(人工呼吸　5時間を超えた場合);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100864	人工呼吸開始日の特定が困難な理由(人工呼吸　5時間を超えた場合);******		※
456	J045 注3	覚醒試験加算	開始年月日を記載すること。	850100446	開始年月日(覚醒試験加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
457	J045 注5	人工呼吸　腹臥位療法加算	当該月の算定日及び1回毎の開始年月日、開始時間、終了年月日及び終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				850190236	開始年月日(腹臥位療法加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				851100079	開始時刻(腹臥位療法加算)		※
				850190238	終了年月日(腹臥位療法加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				851100080	終了時刻(腹臥位療法加算)		※
458	J045-2	一酸化窒素吸入療法	開始日時、終了日時及び通算時間を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				851100019	開始時刻(一酸化窒素吸入療法)		
				850100281	終了年月日(一酸化窒素吸入療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100020	終了時刻(一酸化窒素吸入療法)		
				852100014	通算時間(一酸化窒素吸入療法)		
			(96時間又は168時間を超えて算定する場合) その理由及び医学的根拠を記載すること。	830100262	理由及び医学的根拠(一酸化窒素ガス加算);******		
459	J047-3	心不全に対する遠赤外線温熱療法	当該療法を開始した年月日及び医学的必要性を記載する。	850100282	初回の算定年月日(心不全に対する遠赤外線温熱療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100263	医学的必要性(心不全に対する遠赤外線温熱療法);******		
460	J052-2	熱傷温浴療法	受傷年月日を記載すること。	850100283	受傷年月日(熱傷温浴療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
461	J054-2	皮膚レーザー照射療法	前回の治療開始年月日を記載すること。	850100284	前回治療開始年月日(皮膚レーザー照射療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
462	J070-2	干渉低周波による膀胱等刺激法	治療開始年月日を記載すること。	850100285	治療開始年月日(干渉低周波による膀胱等刺激法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
463	J070-3	冷却痔処置	内痔核の重症度について、Ⅰ度又はⅡ度のうち該当するものを選択して記載すること。	820100242	重症度　1度		
				820100243	重症度　2度		
464	J070-4	磁気による膀胱等刺激法	当該療法の初回実施年月日及び初回からの通算実施日を記載すること。	850100286	初回実施年月日(磁気による膀胱等刺激法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100061	通算実施日(磁気による膀胱等刺激法);******		
465	J118-4	歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)	(歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)を継続して算定する場合) カンファレンスにおける歩行機能の改善効果等の検討結果について、その要点(5週間以内に実施される9回の処置の前後の結果を含む。)を症状詳記として記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100264	症状詳記(歩行運動処置(ロボットスーツ));******		
466	J008 等	180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者	(厚生労働大臣が定める状態にあるもの(「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」(平成18年厚生労働省告示第498号)第九の卜に該当する患者)について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合) 処置名を記載すること。	140003210	胸腔穿刺(洗浄、注入及び排液を含む)	○	
				140003610	腹腔穿刺(人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む)	○	
			(重度の肢体不自由者及び人工腎臓を実施している状態にある患者(同告示第九のニ又はリに該当する患者)) 「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日老健第102-2号)におけるランクについて、ランクB又はランクCのうち該当するものを選択して記載すること。	820100244	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)　ランクB		
				820100245	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)　ランクC		
467	J129-3	治療用装具採寸法	(医学的な必要性から、既製品の治療用装具を処方するに当たって、既製品の治療用装具を加工するために当該採寸を実施した場合) 医学的な必要性及び加工の内容を記載すること。	830100537	医学的な必要性(治療用装具採寸法);******		
				830100538	加工の内容(治療用装具採寸法);******		
468	K	手術	算定日を記載すること。 なお、対称器官の両側に対し、手術(片側の点数が告示されているものに限る。)を行った場合は、左右別にそれぞれ算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
469	K 通則7	通則7 1,500グラム未満の児加算、新生児加算	手術時体重を記載すること。	830100265	手術時体重(極低出生体重児加算(手術));******		
				830100266	手術時体重(新生児加算(手術));******		
470	K 通則12	通則12 時間外等加算1	手術を実施した診療科、初診又は再診の日時(入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。)及び手術を開始した日時を記載すること。	830100539	手術実施診療科(休日加算1(手術));******		
				830100540	手術実施診療科(時間外加算1(手術));******		
				830100541	手術実施診療科(深夜加算1(手術));******		
				830100542	手術実施診療科(時間外特例医療機関加算1(手術));******		
				853100021	休日加算1(手術)初診又は再診の日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100022	時間外加算1(手術)初診又は再診の日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100023	深夜加算1(手術)初診又は再診の日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100024	時間外特例医療機関加算1(手術)初診又は再診の日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100025	休日加算1(手術)手術開始日時;dd"日"hh"時"mm"分"		

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
				853100026	時間外加算1（手術）手術開始日時：dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100027	深夜加算1（手術）手術開始日時：dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100028	時間外特例医療機関加算1（手術）手術開始日時：dd"日"hh"時"mm"分"		
471	K002	デブリードマン	（デブリードマンを繰り返し算定する場合） 植皮の範囲（全身に占める割合）を記載すること。	830100267	植皮の範囲（デブリードマン）：******		
			（A群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎に対して行う場合） 病歴、細菌培養検査及び画像所見を記載すること。	830100268	病歴（デブリードマン）：******		
				830100269	細菌培養検査結果（デブリードマン）：******		
				830100270	画像所見（デブリードマン）：********		
472	K019−2	自家脂肪注入	注入した脂肪量を記載すること。	830100543	注入した脂肪量（自家脂肪注入）：******		
473	K022の1	組織拡張器による再建手術 1　乳房（再建手術）の場合	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K022の組織拡張器による再建手術の（2）のア又はイのうち該当するものを選択して記載すること。	820100246	ア　留意事項通知に規定する一次再建		
				820100247	イ　留意事項通知に規定する二次再建		
			（一連の治療につき2回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100271	詳細理由（組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）））：******		
474	K022の2	組織拡張器による再建手術 2　その他の場合	（一連の治療につき2回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100272	詳細理由（組織拡張器による再建手術（その他））：******		
475	K046注	骨折観血的手術の緊急整復固定加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	853100006	骨折した日時（緊急整復固定加算）：dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100007	手術を開始した日時（緊急整復固定加算）：dd"日"hh"時"mm"分"		
476	K047	難治性骨折電磁波電気治療法	（観血的手術又は超音波骨折治療法等他の療養を行わず難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合） その詳細な理由を記載すること。	830100273	詳細理由（難治性骨折電磁波電気治療法）：******		
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100274	指導内容（難治性骨折電磁波電気治療法）：******		
477	K047−2	難治性骨折超音波治療法	（観血的手術又は超音波骨折治療法等他の療養を行わず難治性骨折超音波治療法を行った場合） その詳細な理由を記載すること。	830100780	詳細理由（難治性骨折超音波治療法）：******		
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100781	指導内容（難治性骨折超音波治療法）：******		
478	K047−3	超音波骨折治療法	（四肢（手足を含む。）の骨折観血的手術等を実施した後、当該骨折から3週間を超えて超音波骨折治療法を行った場合） その理由を記載すること。	830100275	実施理由（超音波骨折治療法）：******		
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100276	指導内容（超音波骨折治療法）：******		
479	K059	骨移植術（軟骨移植術を含む。）	（自家骨又は非生体同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合） 人工骨の移植部位について記載すること。	830100544	人工骨の移植部位（骨移植術）：******		
480	K079−2注	関節鏡下靭帯断裂形成手術の一期的両靭帯形成加算	両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見等及び一期的な両靭帯形成術の医学的必要性を記載すること。	830100277	両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見（一期的両靭帯形成加算）：******		
				830100278	一期的な両靭帯形成術の医学的必要性（一期的両靭帯形成加算）：******		
481	K081注	人工骨頭挿入術の緊急挿入加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	853100008	骨折した日時（緊急挿入加算）：dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100009	手術を開始した日時（緊急挿入加算）：dd"日"hh"時"mm"分"		
482	K096−2	体外衝撃波疼痛治療術	保存療法の開始年月日及び本治療を選択した医学的理由を記載すること。	850100287	保存療法開始年月日（体外衝撃波疼痛治療術）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100279	治療を選択した医学的理由（体外衝撃波疼痛治療術）：******		
			（2回目以降算定する場合） 前回算定年月日及びその理由を記載すること。	850100288	前回算定年月日（体外衝撃波疼痛治療術）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100280	2回目以降算定する理由（体外衝撃波疼痛治療術）：******		
483	K172の2	脳動静脈奇形摘出術	SMーGrade3から5と診断した画像所見及び手術の概要を摘要欄に記載する。	830100281	SMーGrade3から5と診断した画像所見：******		
				830100282	手術の概要（脳動静脈奇形摘出術）：******		
484	K268	緑内障手術 6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100283	症状詳記（緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術））：******		
485	K280−2	網膜付着組織を含む硝子体切除術	当該術式を選択した理由を詳細に記載すること。	830100284	選択理由（網膜付着組織を含む硝子体切除術）：******		
486	K282	水晶体再建術の注の加算	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100285	症状詳記（水晶体嚢拡張リング使用加算（水晶体再建術））：******		
487	K311	鼓膜穿孔閉鎖術	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100545	症状詳記（鼓膜穿孔閉鎖術）：******		
488	K474−3	乳腺腫瘍画像下ガイド下吸引術 2　MRIによるもの	実施した医学的必要性を記載すること。	830100286	医学的必要性（乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRI））：******		
489	K476−4	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K476−4ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術の（2）のアからウまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100248	ア　留意事項通知に規定する一次一期的再建		
				820100249	イ　留意事項通知に規定する一次二期的再建		
				820100250	ウ　留意事項通知に規定する二次再建		
490	K508−4	気管支バルブ留置術	「K511」肺切除術若しくは「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由を記載すること。	830100865	「K511」肺切除術若しくは「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由（気管支バルブ留置術）：******		※
				830100546	理由・医学的根拠（留意事項通知K546（1））：******		
				830100547	医学的根拠（留意事項通知K546（2）のア）：******		
				830100548	測定項目（留意事項通知K546（2）のア）：******		
				830100549	医学的根拠（留意事項通知K546（2）のイ）：******		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
491	K546 K547 K548 K549	経皮的冠動脈形成術 経皮的冠動脈粥腫切除術 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの） 経皮的冠動脈ステント留置術	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K546経皮的冠動脈形成術の（1）から（3）、（6）、（7）、K547経皮的冠動脈粥腫切除術の（1）及び（2）、K548経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の（1）又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の（1）から（3）、（6）、（7）に該当する場合は、所定の事項を記載すること。	830100550	医学的根拠（留意事項通知K546（2）のウ）：******		
				830100551	医学的根拠（留意事項通知K546（3）のア）：******		
				830100552	重症度及びその医学的根拠（留意事項通知K546（3）のア）：******		
				830100553	医学的根拠（留意事項通知K546（3）のイ）：******		
				830100554	短期リスク評価及びその医学的根拠（留意事項通知K546（3）のイ）：******		
				830100555	医学的根拠（留意事項通知K546（3）のウ）：******		
				830100556	詳細な理由・医学的根拠（留意事項通知K546（6））：******		
				830100557	過去に実施した手術（留意事項通知K546（7）のイ）：******		
				830100558	使用したカテーテル等の使用本数（留意事項通知K546（7）のイ）：******		
				830100559	今回の実施理由・医学的根拠（留意事項通知K546（7）のウ）：******		
				830100560	理由・医学的根拠（留意事項通知K547（1））：******		
				830100561	過去に実施した手術（留意事項通知K547（2）のイ）：******		
				830100562	使用したカテーテル等の使用本数（留意事項通知K547（2）のイ）：******		
				830100563	今回の実施理由・医学的根拠（留意事項通知K547（2）のウ）：******		
				830100564	過去に実施した手術（留意事項通知K548（1）のイ）：******		
				830100565	使用したカテーテル等の使用本数（留意事項通知K548（1）のイ）：******		
				830100566	今回の実施理由・医学的根拠（留意事項通知K548（1）のウ）：******		
				830100567	理由・医学的根拠（留意事項通知K549（1））：******		
				830100568	医学的根拠（留意事項通知K549（2）のア）：******		
				830100569	測定項目数（留意事項通知K549（2）のア）：******		
				830100570	医学的根拠（留意事項通知K549（2）のイ）：******		
				830100571	医学的根拠（留意事項通知K549（2）のウ）：******		
				830100572	医学的根拠（留意事項通知K549（3）のア）：******		
				830100573	重症度及びその医学的根拠（留意事項通知K549（3）のア）：******		
				830100574	医学的根拠（留意事項通知K549（3）のイ）：******		
				830100575	短期リスク評価及びその医学的根拠（留意事項通知K549（3）のイ）：******		
				830100576	医学的根拠（留意事項通知K549（3）のウ）：******		
				830100577	詳細な理由・医学的根拠（留意事項通知K549（6））：******		
				830100578	過去に実施した手術（留意事項通知K549（7）のイ）：******		
				830100579	使用したカテーテル等の使用本数（留意事項通知K549（7）のイ）：******		
				830100580	今回の実施理由・医学的根拠（留意事項通知K549（7）のウ）：******		
				842100075	留意事項通知K546（2）のア測定値；		
				842100076	留意事項通知K549（2）のア測定値；		
				850100453	留意事項通知K546（7）のア過去の実施年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100454	留意事項通知K547（2）のア過去の実施年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100455	留意事項通知K548（1）のア過去の実施年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100456	留意事項通知K549（7）のア過去の実施年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100039	留意事項通知K546（2）のイの（イ）所見の得られた時刻		
				851100040	留意事項通知K546（2）のイの（ニ）所見の得られた時刻		
				851100041	留意事項通知K546（2）のイの（ハ）所見の得られた時刻		
				851100042	留意事項通知K546（2）のイの（ホ）所見の得られた時刻		
				851100043	留意事項通知K546（2）のイの（ロ）所見の得られた時刻		
				851100044	留意事項通知K546（2）のウの（イ）再開通時刻		
				851100045	留意事項通知K546（2）のウの（イ）発症時刻		
				851100046	留意事項通知K546（2）のウの（イ）来院時刻		
				851100047	留意事項通知K546（2）のウの（ロ）再開通時刻		
				851100048	留意事項通知K546（2）のウの（ロ）発症時刻		
				851100049	留意事項通知K546（2）のウの（ロ）来院時刻		
				851100050	留意事項通知K546（3）のウ手術開始時刻		
				851100051	留意事項通知K546（3）のウ来院時刻		
				851100052	留意事項通知K549（2）のイの（イ）所見の得られた時刻		
				851100053	留意事項通知K549（2）のイの（ニ）所見の得られた時刻		
				851100054	留意事項通知K549（2）のイの（ハ）所見の得られた時刻		
				851100055	留意事項通知K549（2）のイの（ホ）所見の得られた時刻		
				851100056	留意事項通知K549（2）のイの（ロ）所見の得られた時刻		
				851100057	留意事項通知K549（2）のウの（イ）再開通時刻		
				851100058	留意事項通知K549（2）のウの（イ）発症時刻		
				851100059	留意事項通知K549（2）のウの（イ）来院時刻		
				851100060	留意事項通知K549（2）のウの（ロ）再開通時刻		
				851100061	留意事項通知K549（2）のウの（ロ）発症時刻		
				851100062	留意事項通知K549（2）のウの（ロ）来院時刻		
				851100063	留意事項通知K549（3）のウ手術開始時刻		

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
				851100064	留意事項通知K549（3）のウ来院時刻		
				830100581	医学的根拠（留意事項通知K546（4）のア）：******		
				830100582	医学的根拠（留意事項通知K546（4）のイ）：******		
				830100583	医学的根拠（留意事項通知K546（4）のウ）：******		
				830100584	医学的必要性及び検討結果（留意事項通知K546（4）のウ）：******		
				830100585	医学的根拠（留意事項通知K549（4）のア）：******		
				830100586	医学的根拠（留意事項通知K549（4）のイ）：******		
				830100587	医学的根拠（留意事項通知K549（4）のウ）：******		
				830100588	医学的必要性及び検討結果（留意事項通知K549（4）のウ）：******		
			（経皮的冠動脈形成術又は経皮的冠動脈ステント留置術の「3」その他のものを算定する場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K546経皮的冠動脈形成術又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の（4）のアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、実施の医学的な必要性及びカンファレンス等の検討の結果を記載すること。	820100756	該当する病変（経皮的冠動脈形成術）：ア　機能的虚血の原因である狭窄病変		
				820100757	該当する病変（経皮的冠動脈形成術）：イ　心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変		
				820100758	該当する病変（経皮的冠動脈形成術）：ウ　その他医学的必要性が認められる病変		
				830100287	実施の医学的な必要性及びカンファレンス等の検討結果（経皮的冠動脈形成術）：******		
				820100759	該当する病変（経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの））：ア　機能的虚血の原因である狭窄病変		
				820100760	該当する病変（経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの））：イ　心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変		
				820100761	該当する病変（経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの））：ウ　その他医学的必要性が認められる病変		
				830100288	実施の医学的な必要性及びカンファレンス等の検討結果（経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの））：******		
492	K555注 K555-3注 K557-3注 K560注	弁置換術の心臓弁再置換術加算 胸腔鏡下弁置換術の心臓弁再置換術加算 弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術の心臓弁再置換術加算 大動脈瘤切除術の心臓弁再置換術加算	前回手術年月日、術式及び保険医療機関名を記載すること。	850100289	前回手術年月日（心臓弁再置換術加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100289	前回手術の術式（心臓弁再置換術加算）：******		
				830100290	前回手術実施保険医療機関名（心臓弁再置換術加算）：******		
493	K581注 K583注 K584注 K586注	肺動脈閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算 大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算 修正大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算	前回手術年月日、術式及び保険医療機関名を記載すること。	850100290	前回手術年月日（人工血管等再置換術加算）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100297	前回手術の術式（人工血管等再置換術加算）：******		
				830100298	前回手術実施保険医療機関名（人工血管等再置換術加算）：******		
494	K594の4のイ及びロ	不整脈手術 4 左心耳閉鎖術 イ 開胸手術によるもの ロ 胸腔鏡下によるもの	手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査（ホルター心電図検査を含む。）の結果及び当該手術を行う医学的理由を記載すること。	830100305	12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果（不整脈手術（左心耳閉鎖術（開胸手術））：******		
				830100306	当該手術を行う医学的理由（不整脈手術（左心耳閉鎖術（開胸手術））：******		
				830100589	12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果（不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下））：******		
				830100590	当該手術を行う医学的理由（不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下））：******		
495	K598 K599 K599-3	両心室ペースメーカー移植術 植込型除細動器移植術 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100307	症状詳記（両心室ペースメーカー移植術）：******		
				830100308	症状詳記（植込型除細動器移植術）：******		
				830100309	症状詳記（両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術）：******		
496	K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	（経皮的シャント拡張術・血栓除去術を2回以上算定した場合） 前回算定日を記載すること。	850100291	前回算定年月日（経皮的シャント拡張術・血栓除去術）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
497	K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術の（2）の要件を満たす画像所見等の医学的根拠を記載すること。	830100310	アの要件を満たす医学的根拠（経皮的シャント拡張術・血栓除去術）：******		
				830100311	イの要件を満たす医学的根拠（経皮的シャント拡張術・血栓除去術）：******		
			前回算定年月日（他の保険医療機関での算定を含む。）を記載すること。	850100291	前回算定年月日（経皮的シャント拡張術・血栓除去術）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
498	K616-8	吸着式潰瘍治療法	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K616-8吸着式潰瘍治療法の（2）のアおよびイの要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100591	医学的根拠（吸着式潰瘍治療法）：******		
499	K656-2	腹腔鏡下胃縮小術	手術前のBMI、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を記載すること。	830100312	手術前のBMI等（腹腔鏡下胃縮小術）：******		
500	K664	胃瘻造設術	実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術又は腹腔鏡下胃瘻造設術の中から該当するものを選択して記載すること。	820100254	開腹による胃瘻造設術		
				820100255	経皮的内視鏡下胃瘻造設術		
				820100256	腹腔鏡下胃瘻造設術		
501	K664-2	経皮経食道胃管挿入術（PTEG）	医学的な理由を記載すること。	830100313	医学的理由（経皮経食道胃管挿入術（PTEG））：******		
502	K664-3	薬剤投与用胃瘻造設術	経胃瘻空腸投与が必要な理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830100314	必要理由・医学的根拠（薬剤投与用胃瘻造設術）：******		
503	K695	肝切除術	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を記載すること。	830100921	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由（肝切除術）：*******		
504	K695-2	腹腔鏡下肝切除術	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を記載すること。	830100315	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由（腹腔鏡下肝切除術）：*******		

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
505	K721 注2 K721- 3 注 K721- 4 注	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 内視鏡的結腸異物摘出術 バルーン内視鏡加算 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 バルーン内視鏡加算	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100592	症状詳記（バルーン内視鏡加算）；******		
506	K721- 4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術を算定した場合は、病変が以下のいずれに該当するかを選択して記載し、併せて病変の最大径を記載すること。 ア　最大径が2cm以上の早期癌 イ　最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍 ウ　最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌	820100257	ア　最大径が2cm以上の早期癌		
				820100258	イ　最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍		
				820100259	ウ　最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌		
507	K735- 2	小腸・結腸狭窄部拡張術	（短期間又は同一入院期間中に2回目を算定する場合） その理由及び医学的な必要性を記載すること。	830100317	短期間又は同一入院期間中に2回目を算定する理由及び医学的な必要性（小腸・結腸狭窄部拡張術）；******		
508	K740	直腸切除・切断術の人工肛門造設加算	一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。	830100318	医学的必要性（人工肛門造設加算（直腸切除・切断術））；******		
509	K740 の4	直腸切除・切断術　4　経肛門吻合を伴う切除術	手術内容を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100866	手術内容（経肛門吻合を伴う切除術（直腸切除・切断術））；******		※
510	K740- 2の4	腹腔鏡下直腸切除・切断術　4　経肛門吻合を伴う切除術	手術内容を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100867	手術内容（経肛門吻合を伴う切除術（腹腔鏡下直腸切除・切断術））；******		※
511	K740- 2	腹腔鏡下直腸切除・切断術の人工肛門造設加算	一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。	830100319	医学的必要性（人工肛門造設加算（腹腔鏡下直腸切除・切断術））；******		
512	K755- 3	副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	副腎摘出術が適応とならない理由を記載すること。	830100593	副腎摘出術が適応とならない理由（副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法）；******		
513	K823- 6	尿失禁手術	（効果の減弱等により再手術が必要となった場合） 前回実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850100491	前回実施年月日（尿失禁手術）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190491	初回（尿失禁手術）		
514	K838- 2の1	精巣内精子採取術　1　単純なもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　閉塞性無精子症 イ　非閉塞性無精子症 ウ　射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの	820100876	ア　閉塞性無精子症（精巣内精子採取術1　単純なもの）		
				820100877	イ　非閉塞性無精子症（精巣内精子採取術1　単純なもの）		
				820100878	ウ　射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの（精巣内精子採取術1　単純なもの）		
515	K838- 2の2	精巣内精子採取術　2　顕微鏡を用いたもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　非閉塞性無精子症 イ　他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者	820100879	ア　非閉塞性無精子症（精巣内精子採取術2　顕微鏡を用いたもの）		
				820100880	イ　他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者（精巣内精子採取術2　顕微鏡を用いたもの）		
516	K838- 2	精巣内精子採取術	（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K838-2精巣内精子採取術の（2）のウ又は（3）のイに該当する患者に算定する場合） 実施する必要があると判断した理由について記載すること。	830100594	実施する必要があると判断した理由（精巣内精子採取術）；******		
517	K884- 2	人工授精	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　精子・精液の量的・質的異常 イ　射精障害・性交障害 ウ　精子ー頸管粘液不適合 エ　機能性不妊	820100881	ア　精子・精液の量的・質的異常（人工授精）		
				820100882	イ　射精障害・性交障害（人工授精）		
				820100883	ウ　精子ー頸管粘液不適合（人工授精）		
				820100884	エ　機能性不妊（人工授精）		
518	K884- 3	胚移植術	治療開始日の年齢を記載すること。	830100595	治療開始日の年齢（胚移植術）；******		
			胚移植術の実施回数の合計を記載すること。	830100596	胚移植術の実施回数（胚移植術）；******		
519	K884- 3注2	アシステッドハッチング	実施した医学的な理由を記載すること。	830100597	実施した医学的な理由（アシステッドハッチング）；******		
520	K884- 3注3	高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置	実施した医学的な理由を記載すること。	830100598	実施した医学的な理由（高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置）；******		
521	K890- 4	採卵術	採取した卵子の数を記載すること。	830100599	採取した卵子の数（採卵術）；******		
			いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　卵管性不妊 イ　男性不妊（閉塞性無精子症等） ウ　機能性不妊 エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合	820100885	ア　卵管性不妊（採卵術）		
				820100886	イ　男性不妊（閉塞性無精子症等）（採卵術）		
				820100887	ウ　機能性不妊（採卵術）		
				820100888	エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合（採卵術）		
522	K917	体外受精・顕微授精管理料	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　卵管性不妊 イ　男性不妊（閉塞性無精子症等） ウ　機能性不妊 エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合	820100889	ア　卵管性不妊（体外受精・顕微授精管理料）		
				820100890	イ　男性不妊（閉塞性無精子症等）（体外受精・顕微授精管理料）		
				820100891	ウ　機能性不妊（体外受精・顕微授精管理料）		
				820100892	エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合（体外受精・顕微授精管理料）		
			（顕微授精及び必要な医学管理を行った場合） 管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数を記載すること。	850100457	管理を開始した年月日（体外受精・顕微授精管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100600	顕微受精を実施した卵子の数（体外受精・顕微授精管理料）；******		
523	K917 注1	体外受精・顕微授精管理料 体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合	体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由について記載すること。	830100601	体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由（体外受精・顕微授精管理料）；******		
524	K917 注2	体外受精・顕微授精管理料 卵子調整加算	実施した医学的な理由を記載すること。	830100603	実施した医学的な理由（卵子調整加算）；******		
525	K917- 2	受精卵・胚培養管理料	管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理を開始した年月日を記載すること。	830100604	管理を実施した受精卵及び胚の数（受精卵・胚培養管理料）；******		
				850100460	管理を開始した年月日（受精卵・胚培養管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
526	K917- 2注	受精卵・胚培養管理料 注：胚盤胞の作成目的	管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日を記載すること。	830100798	管理の具体的な内容（注：胚盤胞の作成目的）；******		
				842100107	管理を実施した初期胚の数（注：胚盤胞の作成目的）；******		

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
		的		850190203	管理を開始した年月日（注：胚盤胞の作成目的）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
527	K917－3の1	胚凍結保存管理料 胚凍結保存管理料（導入時）	凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日を記載すること。	830100607	凍結する初期胚又は胚盤胞の数（胚凍結保存管理料（導入時））；******		
				850100462	凍結を開始した年月日（胚凍結保存管理料（導入時））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
528	K917－3の2	胚凍結保存管理料 胚凍結保存維持管理料	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数を記載すること。 また、凍結を開始した年月日を維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとに記載すること。	830100608	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数（胚凍結保存維持管理料）；******		
				850190204	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとの凍結を開始した年月日（胚凍結保存維持管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
529	K917－5の1	精子凍結保存管理料 1　精子凍結保存管理料（導入時）	凍結する精子の量及び凍結を開始した年月日を記載すること。	830100868	凍結する精子の量（精子凍結保存管理料（導入時））；******		※
				850190240	凍結を開始した年月日（精子凍結保存管理料（導入時））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
530	K917－5の2	精子凍結保存管理料 2　精子凍結保存維持管理料	維持管理を行う精子の量及び当該精子ごとの凍結を開始した年月日を記載すること。	830100869	維持管理を行う精子の量（精子凍結保存維持管理料）；******		※
				850190241	精子ごとの凍結を開始した年月日（精子凍結保存維持管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
531	K920の3	自己血貯血	貯血量、手術予定年月日（当該自己血貯血を入院外で行った場合又は当該自己血貯血を行った日が属する月と手術予定日が属する月とが異なる場合に限る。）を記載すること。	150327510	自己血貯血（6歳以上）（液状保存）	○	
				150327610	自己血貯血（6歳以上）（凍結保存）	○	
				150327710	自己血貯血（6歳未満）（液状保存）	○	
				150327810	自己血貯血（6歳未満）（凍結保存）	○	
				850100464	自己血貯血手術予定年月日		
			（6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合） 患者の体重を記載すること。	840000082	患者体重　　g		
532	K920の4	自己血輸血	（6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合） 患者の体重及び輸血量を記載すること。	840000082	患者体重　　g		
				150286410	自己血輸血（6歳未満）（液状保存）	○	
				150286510	自己血輸血（6歳未満）（凍結保存）	○	
533	K920の5	希釈式自己血輸血	（6歳未満の患者に対して希釈式自己血輸血を行った場合） 患者の体重及び輸血量を記載すること。	840000082	患者体重　　g		
				150390610	希釈式自己血輸血（6歳未満）	○	
534	K923	術中術後自己血回収術	（12歳未満の患者に対して術中術後自己血回収術を行った場合） 患者の体重及び出血量を記載すること。	840000082	患者体重　　g		
				842100114	出血量（術中術後自己血回収術）；******		※
535	K939－5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施年月日を記載すること。	850100293	嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査実施年月日（胃瘻造設時嚥下機能評価加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
536	K939－9	切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算	患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。	820100893	ア　BMIが30以上の肥満症の患者（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）		
				820100894	イ　糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1C（HbA1C）がJDS値で6．6％以上（NGSP値で7．0％以上）の者（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）		
				820100895	ウ　ステロイド療法を受けている患者（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）		
				820100896	エ　慢性維持透析患者（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）		
				820100897	オ　免疫不全状態にある患者（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）		
				820100898	カ　低栄養状態にある患者（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）		
				820100899	キ　創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）		
				820100900	ク　手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）		
537	－	1	「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（令和6年3月5日保医発0305第8号）Ⅰの2の006の(1)のウ、008の(3)、009の(3)、010、011の(2)、013の(3)、013の(4)、015の(1)、015の(2)、Ⅰの3の010の(2)、010の(5)、021の(4)、031の(4)、033の(2)、040（Ⅰの2の006の(1)のウと同様）、061の(1)、064の(11)、065、066の(2)、069、070、071の(1)、090の(1)、094の(2)、107の(1)、107の(2)、129の(1)のイ、129の(2)のイ、132の(3)、132の(5)、132の(7)、133の(3)のイ、133の(3)のオ、133の(5)のカ、133の(8)のア、133の(9)のア、133の(13)のア、134、144の(2)、146の(1)、146の(2)、146の(3)、146の(5)、149の(3)、150の(1)のア、150の(1)のエ、150の(2)のウ、150の(3)のア、150の(3)のウ、152の(2)、152の(5)、153の(2)、153の(3)、153の(4)、153の(5)、155の(2)、159の(3)、159の(4)、159の(5)、174の(3)、180の(2)、186の(4)、187の(3)、189の(2)、190の(2)、191の(2)、191の(5)、195の(2)、196の(2)、200の(1)のウ、202の(3)、203の(5)、204の(1)、205の(1)、206の(2)、207の(1)、207の(2)、211の(2)、212の(1)、212の(2)、213、214の(2)、214の(3)、218の(3)、220、224の(3)、225の(1)又は225の(3)に該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。また、同通知のⅣに規定する賠称を使用しても差し支えないこと。なお、Ⅰの3の021の(4)、133の(3)のイ、144の(2)、150の(1)のエ、150の(2)のウ、150の(3)のウ、150の(4)のエ、150の(5)のウ、150の(6)のエ、150の(7)のオ、186の(4)又は191の(5)に該当する場合には、症状詳記に記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。また、Ⅰの3の153（動脈管内留置型を使用する場合に限る。）については、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写し及び関連学会より認定された医師であることを証する文書の写しを、191（人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄治療の実施に限る。）については、関連学会の定める適正使用指針における術者要件を満たすことを証明する書類の写しを、193については、関連学会により発行される実施施設証明書の写しを、196については、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いた治療が当該患者にとって最適であると判断した評価内容を、204、205については、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写し及び医師の所定の研修修了を証する文書の写しを添付すること。	830100609	所定事項（特定保険医療材料）；******		
				830100610	症状詳記（特定保険医療材料）；******		
538	L	麻酔	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
			各区分ごとの麻酔時間を記載すること。	150332610 150332510 等	閉鎖循環式全身麻酔1 閉鎖循環式全身麻酔1（麻酔困難な患者） 等	○	
				820100260	ア　心不全（NYHA3度以上のものに限る。）の患者		
				820100261	イ　狭心症（CCS分類3度以上のものに限る。）の患者		
				820100262	ウ　心筋梗塞（発症後3月以内のものに限る。）の患者		
				820100263	エ　大動脈閉鎖不全等（いずれも中等度以上のものに限る。）の患者		
				820100264	オ　留意事項通知に規定する大動脈弁狭窄又は僧帽弁狭窄の患者		
				820100265	カ　植込型ペースメーカー又は植込型除細動器を使用している患者		
				820100266	キ　留意事項通知に規定する先天性心疾患の患者		
				820100267	ク　留意事項通知に規定する肺動脈性肺高血圧症の患者		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
539	L008	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	（各区分のイの「別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合」を算定する場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第11部L008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の(4)のアからハまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100268	ケ　留意事項通知に規定する呼吸不全の患者		
				820100269	コ　留意事項通知に規定する換気障害の患者		
				820100270	サ　留意事項通知に規定する気管支喘息の患者		
				820100271	シ　留意事項通知に規定する糖尿病の患者		
				820100272	ス　留意事項通知に規定する腎不全の患者		
				820100273	セ　肝不全（Child－Pugh分類B以上のものに限る。）の患者		
				820100274	ソ　貧血（Hb6．0g／dL未満のものに限る。）の患者		
				820100275	タ　血液凝固能低下（PT－INR2．0以上のものに限る。）の患者		
				820100276	チ　DICの患者		
				820100277	ツ　血小板減少（血小板5万／uL未満のものに限る。）の患者		
				820100278	テ　敗血症（SIRSを伴うものに限る。）の患者		
				820100279	ト　留意事項通知に規定するショック状態の患者		
				820100280	ナ　完全脊髄損傷（第5胸椎より高位のものに限る。）の患者		
				820100281	ニ　心肺補助を行っている患者		
				820100282	ヌ　人工呼吸を行っている患者		
				820100283	ネ　透析を行っている患者		
				820100284	ノ　大動脈内バルーンパンピングを行っている患者		
				820100285	ハ　BMI35以上の患者		
540	L008 注9	神経ブロック併施加算	硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性を記載すること。	830100320	医学的必要性（神経ブロック併施加算）：******		
541	L008 注11	術中脳灌流モニタリング加算	（K561に掲げるステントグラフト内挿術（血管損傷以外の場合において、胸部大動脈に限る。）については、弓部大動脈においてステント留置を行う若しくは弓部3分枝の血管吻合を行う際に術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合） その医学的必要性を記載すること。	830100870	医学的必要性（術中脳灌流モニタリング加算）：******		※
542	L008－ 2	体温維持療法	（頭部外傷患者（脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴うGCS8点以下の状態にある患者に限る。）に対し体温維持療法を算定した場合） 脳脊髄圧モニタリングの内容等を詳細に記載すること。	830100871	脳脊髄圧モニタリングの詳細な内容等（体温維持療法）：******		※
543	L008－ 2 注2	体温維持療法の体温維持迅速導入加算	算定の可否の判断に必要な発症等に係る時刻等を症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100321	症状詳記（体温維持迅速導入加算）：******		
544	L100	神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）	（局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合） その医学的必要性を記載すること。	830100322	医学的必要性（神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用））：******		
545	L101	神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）	（局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合） その医学的必要性を記載すること。	830100323	医学的必要性（神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用））：*******		
546	M	放射線治療	照射部位を記載すること。	830100324	照射部位（放射線治療）：******		
			（放射性粒子、高線量率イリジウム又は低線量率イリジウムを使用した場合） 放射性粒子、高線量率イリジウム又は低線量率イリジウムの中から該当するものを選択して記載するとともに、使用量を記載すること。	770070000	放射性粒子	○	
				770050000	高線量率イリジウム	○	
				770060000	低線量率イリジウム	○	
547	M000－ 2	放射性同位元素内用療法管理料	管理を開始した年月日を記載すること。	850100294	管理開始年月日（放射性同位元素内用療法管理料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
548	M001	体外照射	（「１」エックス線表在治療及び「２」高エネルギー放射線治療において、同一部位に対する１日２回目の照射を算定する場合又は、「３」強度変調放射線治療において、小細胞肺癌に対して１日２回目の照射を算定する場合） １回目及び２回目の照射の開始時刻及び終了時刻を記載すること。	851100067	照射の開始時刻（１回目）（体外照射）		※
				851100068	照射の終了時刻（１回目）（体外照射）		※
				851100069	照射の開始時刻（２回目）（体外照射）		※
				851100070	照射の終了時刻（２回目）（体外照射）		※
549	N000	病理組織標本作製「１」の「組織切片によるもの」	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第１３部N000病理組織標本作製の（１）の（ア）から（ケ）までのいずれかを選択し記載する。 なお、選択する臓器又は部位がない場合は（コ）その他を選択し、具体的部位等を記載すること。	820100866	ア　気管支及び肺臓		
				820100867	イ　食道		
				820100868	ウ　胃及び十二指腸		
				820100869	エ　小腸		
				820100870	オ　盲腸		
				820100871	カ　上行結腸、横行結腸及び下行結腸		
				820100872	キ　S状結腸		
				820100873	ク　直腸		
				820100874	ケ　子宮体部及び子宮頸部		
				830100612	コ　その他：*******		
550	N000	病理組織標本作製「２」の「セルブロック法によるもの」	対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第13部N000病理組織標本作製（６）に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100762	対象患者（T－M（セルブロック法））：悪性中皮腫を疑う患者		
				820100763	対象患者（T－M（セルブロック法））：肺悪性腫瘍を疑う患者		
				820100764	対象患者（T－M（セルブロック法））：胃癌を疑う患者		
				820100765	対象患者（T－M（セルブロック法））：大腸癌を疑う患者		
				820100766	対象患者（T－M（セルブロック法））：卵巣癌を疑う患者		
				820100767	対象患者（T－M（セルブロック法））：悪性リンパ腫を疑う患者		
				820101194	対象患者（T－M（セルブロック法））：乳癌を疑う患者		※
			（肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫又は乳癌を疑う患者に対して実施した場合） 組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100326	実施困難理由（T－M（セルブロック法））：******		
551	N002	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	（セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色を実施した場合） 対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第13部N002免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製（10）に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100797	対象患者（セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製）：悪性中皮腫を疑う患者		
				820100798	対象患者（セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製）：肺悪性腫瘍を疑う患者		
				820100799	対象患者（セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製）：胃癌を疑う患者		
				820100800	対象患者（セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製）：大腸癌を疑う患者		
				820100801	対象患者（セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製）：卵巣癌を疑う患者		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
				820100802	対象患者（セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製）：悪性リンパ腫を疑う患者		
				820101305	対象患者（セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製）：乳癌を疑う患者		※
			（セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色を肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫又は乳癌を疑う患者に対して実施した場合） 組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100328	実施困難理由（免疫染色病理組織標本作製）：******		
552	N002	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の注2に規定する、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して標本作製を実施した場合の加算	対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N002免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の（8）の中から該当するものを選択して記載すること。	820100768	原発不明癌が疑われる患者		
				820100769	原発性脳腫瘍が疑われる患者		
				820100286	悪性リンパ腫が疑われる患者		
				820100287	悪性中皮腫が疑われる患者		
				820100288	肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者		
				820100289	消化管間質腫瘍（GIST）が疑われる患者		
				820100290	慢性腎炎が疑われる患者		
				820100291	内分泌腫瘍が疑われる患者		
				820100292	軟部腫瘍が疑われる患者		
				820100293	皮膚の血管炎が疑われる患者		
				820100294	水疱症（天疱瘡、類天疱瘡等）が疑われる患者		
				820100295	悪性黒色腫が疑われる患者		
				820100296	筋ジストロフィーが疑われる患者		
				820100297	筋炎が疑われる患者		
			（肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者に対して算定する場合） その医学的根拠を詳細に記載すること。	830100329	医学的根拠（4種類以上抗体使用加算）：******		
553	N002の3	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 3　HER2タンパク	（化学療法歴のある手術不能又は再発乳癌患者に対して、過去に乳癌に係る本標本作製を実施した場合であって、抗HER2ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判定するための補助に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、HER2低発現の確認により当該抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、本標本作製を再度行う場合） 再度免疫染色が必要である医学的な理由を記載すること。また、初回の標本作製の実施日を選択すること。	830100872	再度免疫染色が必要である医学的な理由（HER2タンパク（免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製））：******		※
				820190498	初回の標本作製の実施日「令和6年3月30日以前」		※
				820190499	初回の標本作製の実施日「令和6年3月31日以降」		※
554	N002の5	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 5 CCR4タンパク	（CCR4タンパク及びCCR4タンパク（フローサイトメトリー法）を併せて算定した場合） その理由及び医学的根拠を記載すること。	830100121	併せて算定した理由及び医学的根拠（CCR4タンパク（フローサイトメトリー法））：******		※
555	N005-4	ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	（いずれか1つの目的で当該標本作製を実施した後に、別の目的で当該標本作製を実施した場合にあって、別に1回算定する場合） 医学的な必要性を記載すること。	830100873	医学的な必要性（ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製）：******		※
556	N005-5	BRAF V600E変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	（早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的として、実施した場合） 「D004－2」に掲げるマイクロサテライト不安定性検査、又は「N005－4」ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施した年月日を、記載すること。	850190242	マイクロサテライト不安定性検査実施年月日（BRAF　V600E変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850190243	ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製実施年月日（BRAF　V600E変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
557	N006	病理診断料の悪性腫瘍病理組織標本加算	検体を摘出した手術の名称を記載すること。	830100331	検体を摘出した手術名（悪性腫瘍病理組織標本加算）：******		
558		ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱い	（核酸増幅法の検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者について、胃粘膜に同感染症特有の所見が認められているなど、同感染症を強く疑う特有の所見がある場合に、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1項目に限り算定した場合） 医療上の必要性について記載すること。	830100874	医療上の必要性（核酸増幅法）：******		※
			（内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者及び内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者に対して実施した場合） 内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果を記載すること。また、健康診断として内視鏡を行った場合はその旨記載すること。	830100613	内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果：******		
				820100901	健康診断として内視鏡検査を実施		
			除菌前感染診断及び除菌後感染診断において、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対し再度検査を実施した場合は、各々の検査法及び検査結果について記載すること。	830100614	検査方法：******		
				830100615	検査結果：******		
			除菌後感染診断を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に除菌終了年月日を記載すること。	850100465	除菌終了年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			静菌作用を有する薬剤を投与していた患者に対し、除菌前感染診断及び除菌後感染診断を実施する場合は、当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了年月日を記載すること。	850100466	薬剤投与中止年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100467	終了年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			除菌後の感染診断を目的として抗体測定を実施する場合については、除菌前並びに除菌後の抗体測定実施年月日及び測定結果を記載すること。	850100468	抗体測定実施年月日（除菌前）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100469	抗体測定実施年月日（除菌後）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100616	測定結果：******		
559		長期収載品の選定療養に関する取扱い	（長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。）） 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ①　長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。 ②　当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③　学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④　後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。 ※記載は制度が施行となる令和6年10月からとする。	※レセプト電算処理システム用コード、レセプト表示文言（理由の具体例）については、追って お示しする。			
				820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため		
				820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため		
				820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため		
				820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
560		プログラム医療機器の評価療養に関する取扱い	「器評」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820000095	（器評）		
				820101251	第１段階承認後のプログラム医療機器		※
				820101252	チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器		※
561		プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820101253	（器選）		※
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		※
562	入所者診療	施設入所者自己腹膜灌流薬剤料	薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、投与量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
563	入所者診療	緊急時施設治療管理料（併設保険医療機関の保険医が往診を行った場合）	対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨を記載すること。	820100298	介護療養型老健施設入居者		
			（緊急時施設治療管理料を算定する往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合） その年月日及び時刻を記載すること。	850100295	介護保険の緊急時施設療養の算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				851100021	介護保険の緊急時施設療養の算定時刻		

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

別表Ⅰ　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
1	－	－	請求に際して、特に説明が必要と判断される内容は、簡潔に記載すること。		―		
2	－	－	医科点数表の例により算定することと告示された項目については、医科の記載要領の別表Ⅰに準じて記載すること。		―		
3	A000	初診料	（健康診断の結果に基づき治療を開始する場合において、初診料を算定しない場合） 健康診断の結果に基づき治療を開始した旨を記載すること。	820100300	健康診断の結果に基づき治療開始		
			（歯科疾患管理料を算定した患者について、再度初診料を算定する場合） 当該患者の前回治療年月日を記載すること。 なお、治療終了後2月以内に、予想しなかった外傷等により当初の管理計画の対象となっていた疾患とは異なる疾病が生じたことにより初診料を算定する場合は、その理由を記載すること。	850100296	前回治療年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100332	初診理由：******		
4	A000	初診料 注11　歯科診療特別対応連携加算	当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100333	特連紹介元保険医療機関名：******		
5	A000	初診料 注12　歯科診療特別対応地域支援加算	当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100334	特地紹介元保険医療機関名：******		
6	A000	初診料 注6　歯科診療特別対応加算1、2	（感染症患者に対して歯科診療特別対応加算1又は2を算定した場合） 患者の病名を選択して記載すること。	820101196	（ア）狂犬病		※
				820101197	（イ）鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）		※
				820101198	（ウ）エムポックス		※
				820101199	（エ）重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）		※
				820101200	（オ）腎症候性出血熱		※
				820101201	（カ）ニパウイルス感染症		※
				820101202	（キ）ハンタウイルス肺症候群		※
				820101203	（ク）ヘンドラウイルス感染症		※
				820101204	（ケ）インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）		※
				820101205	（コ）後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）		※
				820101206	（サ）麻しん		※
				820101207	（シ）メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症		※
				820101208	（ス）RSウイルス感染症		※
				820101209	（セ）カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症		※
				820101210	（ソ）感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）		※
				820101211	（タ）急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）		※
				820101212	（チ）新型コロナウイルス感染症		※
				820101213	（ツ）侵襲性髄膜炎菌感染症		※
				820101214	（テ）水痘		※
				820101215	（ト）先天性風しん症候群		※
				820101216	（ナ）バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症		※
				820101217	（ニ）バンコマイシン耐性腸球菌感染症		※
				820101218	（ヌ）百日咳		※
				820101219	（ネ）風しん		※
				820101220	（ノ）ペニシリン耐性肺炎球菌感染症		※
				820101221	（ハ）無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。）		※
				820101222	（ヒ）薬剤耐性アシネトバクター感染症		※
				820101223	（フ）薬剤耐性緑膿菌感染症		※
				820101224	（ヘ）流行性耳下腺炎		※
				820101225	（ホ）感染症法第6条第3項に規定する二類感染症		※
7	A000	歯科診療特別対応 加算1、2及び3	（診療に要した時間に係る加算を算定する場合） 診療の開始時間及び終了時間を記載すること。	851100077	診療の開始時間（歯科診療特別対応加算）：hh"時"mm"分"		※
				851100078	診療の終了時間（歯科診療特別対応加算）：hh"時"mm"分"		※
8	A002	再診料（同日再診） （同日電話再診）	（同日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合） 同日再診、同日電話再診のうち該当するものを記載すること。	301003050	同日再診	○	
				301003250	同日病再診	○	
				301073250	同日再診（未届出）	○	
				301003150	同日電話等再診	○	
				301003350	同日電話等病再診	○	
				301073350	同日電話等再診（未届出）	○	
				301182510	同日再診料（診療所）（情報通信機器を用いた場合）	○	
				301182610	同日再診料（診療所・未届出）（情報通信機器を用いた場合）	○	
				301182810	同日再診料（病院）（情報通信機器を用いた場合）	○	
9	A002	再診料（電話再診）	電話再診に係る再診料の回数を記載すること（再掲）。	301002810	電話等再診	○	
				301002910	電話等病再診	○	
				301073110	電話等再診（未届出）	○	
				301003150	同日電話等再診	○	
				301003350	同日電話等病再診	○	
				301073350	同日電話等再診（未届出）	○	
				820101196	（ア）狂犬病		※
				820101197	（イ）鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）		※
				820101198	（ウ）エムポックス		※
				820101199	（エ）重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）		※

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
10	A002	歯科診療特別対応 加算1、2	（感染症患者に対して歯科診療特別対応加算を算定した場合） 患者の病名を記載すること。	820101200	（オ）腎症候性出血熱		※
				820101201	（カ）ニパウイルス感染症		※
				820101202	（キ）ハンタウイルス肺症候群		※
				820101203	（ク）ヘンドラウイルス感染症		※
				820101204	（ケ）インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）		※
				820101205	（コ）後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）		※
				820101206	（サ）麻しん		※
				820101207	（シ）メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症		※
				820101208	（ス）RSウイルス感染症		※
				820101209	（セ）カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症		※
				820101210	（ソ）感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）		※
				820101211	（タ）急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）		※
				820101212	（チ）新型コロナウイルス感染症		※
				820101213	（ツ）侵襲性髄膜炎菌感染症		※
				820101214	（テ）水痘		※
				820101215	（ト）先天性風しん症候群		※
				820101216	（ナ）バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症		※
				820101217	（ニ）バンコマイシン耐性腸球菌感染症		※
				820101218	（ヌ）百日咳		※
				820101219	（ネ）風しん		※
				820101220	（ノ）ペニシリン耐性肺炎球菌感染症		※
				820101221	（ハ）無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。）		※
				820101222	（ヒ）薬剤耐性アシネトバクター感染症		※
				820101223	（フ）薬剤耐性緑膿菌感染症		※
				820101224	（ヘ）流行性耳下腺炎		※
				820101225	（ホ）感染症法第6条第3項に規定する二類感染症		※
11	A002	歯科診療特別対応 加算1、2及び3	（診療に要した時間に係る加算を算定する場合） 診療の開始時間及び終了時間を記載すること。	851100077	診療の開始時間（歯科診療特別対応加算）：hh"時"mm"分"		※
				851100078	診療の終了時間（歯科診療特別対応加算）：hh"時"mm"分"		※
12	A002	再診料 注12 情報通信機器を用 いた診療	特に情報通信機器を用いた歯科診療が必要な患者の状態を選択して記載すること。 なお、複数の状態に該当する場合は、該当する状態を全て記載すること。	820101226	イ　新型インフルエンザ等感染症等の発生時であって、保険医療機関での対面での診療が困難な状況において、歯科診療を必要とする患者		※
				820101227	ロ　B000－4－2に掲げる小児口腔機能管理料の「注5」又はB000－4－3に掲げる口腔機能管理料の「注5」に規定する患者		※
				820101228	ハ　B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料の（2）のロ及びトに規定する患者		※
13	B	医学管理等	がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、入院栄養食事指導料、外来緩和ケア管理料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料、介護支援等連携指導料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、こころの連携指導料（1）、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2、退院時薬剤情報管理指導料、がんゲノムプロファイリング評価提供料、傷病手当金意見書交付料及び医療機器安全管理料は、全体の「その他」欄に当該項目を記載すること。	302006410	がん性疼痛緩和指導管理料	○	
				302007810	がん患者指導管理料（歯科医師等の共同診療方針等を文書等で提供）	○	
				302007910	がん患者指導管理料（歯科医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）	○	
				302008010	がん患者指導管理料（歯科医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等文書説明）	○	
				302008610	入院栄養食事指導料1（初回）	○	
				302008710	入院栄養食事指導料1（2回目）	○	
				302008810	入院栄養食事指導料2（初回）	○	
				302008910	入院栄養食事指導料2（2回目）	○	
				302006710	外来緩和ケア管理料	○	
				302006910	外来リハビリテーション診療料1	○	
				302007010	外来リハビリテーション診療料2	○	
				302007110	外来放射線照射診療料	○	
				302012210	外来腫瘍化学療法診療料1（イ）	○	
				302012310	外来腫瘍化学療法診療料1（ロ）	○	
				302012410	外来腫瘍化学療法診療料2（イ）	○	
				302012510	外来腫瘍化学療法診療料2（ロ）	○	
				302005210	介護支援等連携指導料	○	
				302007310	がん治療連携計画策定料1	○	
				302007410	がん治療連携計画策定料2	○	
				302005410	がん治療連携指導料	○	
				302007510	がん治療連携管理料（がん診療連携拠点病院）	○	
				302009110	がん治療連携管理料（地域がん診療病院）	○	
				302009210	がん治療連携管理料（小児がん拠点病院）	○	
				302012910	こころの連携指導料（1）	○	
				302004110	退院時共同指導料1（歯援診1又は歯援診2）	○	
				302004210	退院時共同指導料1（1以外）	○	
				302004310	退院時共同指導料2	○	
				302003510	退院時薬剤情報管理指導料	○	

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
				302013010	がんゲノムプロファイリング評価提供料	○	
				302003610	傷病手当金意見書交付料	○	
				302004810	医療機器安全管理料	○	
14	B000-4	歯科疾患管理料 注10 総合医療管理加算	主病に係る治療を行っている紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100335	総合医療管理加算紹介元保険医療機関名:******		
15	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料	(手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づく場合) 依頼元保険医療機関名を記載すること。	830100336	周計依頼元保険医療機関名:******		
16	B000-6 B000-7	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ) 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)	手術の実施年月日又は予定年月日を記載すること。 (「1 手術前」の算定がなく、「2 手術後」の算定がある場合) 脳卒中等による緊急手術を実施した患者に対して術後早期に口腔機能管理の依頼を受けた旨を記載すること。	850100298	周1(手術後)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100300	周2(手術後)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100302	周1(手術前)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100304	周2(手術前)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100379	脳卒中等の術後早期に口腔機能管理の依頼		
17	B000-8	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)	がん等に係る放射線治療又は化学療法の実施年月日又は予定年月日を記載すること。	850100470	放射線治療等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100306	放射線治療等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			緩和ケアの場合はその旨を記載すること。	820101015	緩和ケア		
			(長期管理加算を算定する場合) B000ー5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850190244	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日(周術期等口腔機能管理料(3) 長期管理加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
18	B000-9	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)	(放射線治療等を実施する患者に対して算定する場合) B000ー5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850190245	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日(周術期等口腔機能管理料(4)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			緩和ケアの場合はその旨を記載すること。	820101015	緩和ケア		※
			(長期管理加算を算定する場合) B000ー5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850190246	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日(周術期等口腔機能管理料(4) 長期管理加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
19	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料	(リハビリテーション等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づく場合) 依頼元保険医療機関名を記載すること。	830100875	回計依頼元保険医療機関名:******		※
20	B002	歯科特定疾患療養管理料 注2 共同療養指導計画加算	共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医(区分番号B002 歯科特定疾患療養管理料の「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。)の保険医療機関名を記載すること。	830100337	共計主治医の保険医療機関名:******		
21	B003	特定薬剤治療管理料	全体の「その他」欄に初回の算定年月を記載すること。なお、4月目以降の特定薬剤治療管理料は、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。	850100307	薬初回算定年月:(元号)yy"年"mm"月"		
22	B004	悪性腫瘍特異物質治療管理料	実施した腫瘍マーカーの検査名を記載すること。	830100338	悪性腫瘍特異物質治療管理料検査名:******		
23	B004-6-2	歯科治療時医療管理料	当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。	830100339	医管医科の主病名:******		
			(在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病安定期治療を算定している場合(歯周病安定期治療を算定した日を除く。)) 当該管理料の要件に該当する患者であって、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病安定期治療の包括範囲に含まれ個別の算定ができない項目に該当する処置を行った日に当該管理料を算定する場合は、実際に行った処置の項目を記載すること。	830100876	実際に行った処置の項目(歯科治療時医療管理料):******		※
			(区分番号B004-6-2の「注1」に掲げる処置等を開始し、必要な医学管理を行っている際に、患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった場合) 患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった旨を記載すること。	820101229	患者の容体の急変等によりやむを得ず処置等を中止(歯科治療時医療管理料)		※
24	B005	開放型病院共同指導料(Ⅰ)	入院日を記載すること。	850100308	開1入院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
25	B006-4	歯科遠隔連携診療料	連携先の保険医療機関名を記載すること。	830100877	歯科遠隔連携診療料連携先保険医療機関名:******		※
26	B007	退院前訪問指導料	(退院前訪問指導料を2回算定する場合) それぞれの訪問指導日を記載すること。	850100309	退院前訪問指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
27	B008	薬剤管理指導料1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合	指導日及び薬剤名を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				830100340	薬管1(安全管理を要する医薬品投与患者)薬剤名:******		
28	B008	薬剤管理指導料2 1の患者以外の患者に対して行う場合	指導日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
29	B008	薬剤管理指導料 注2 麻薬管理指導加算	指導日を記載すること。	850100310	麻加指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
30	B008-2	薬剤総合評価調整管理料	(当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合) 当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。	842100062	薬剤総合評価調整管理料調整前後の種類数:******		
				830100461	薬剤総合評価調整管理料他の保険医療機関名:******		
31	B009	診療情報提供料(Ⅰ)	(保険医療機関以外の機関へ情報提供した場合) 情報提供先を記載すること。	830100341	情1情報提供先:******		
32	B009	診療情報提供料(Ⅰ) 注5 退院患者の紹介加算	退院日を記載すること。	850100311	情1加1退院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
33	B009	診療情報提供料(Ⅰ) 注8 検査・画像情報提供加算 イ	退院日を記載すること。	850100312	検査・画像情報提供加算(退院患者の必要な情報を提供)退院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
34	B011	診療情報等連携共有料	(診療情報等連携共有料1を算定する場合) 連携先の保険医療機関名又は保険薬局名を記載すること。	830100342	診療情報等連携共有料連携先保険医療機関名:******		
				830100878	診療情報等連携共有料連携先保険薬局名:******		※
			(診療情報等連携共有料2を算定する場合) 依頼元保険医療機関名を記載すること。	830100879	診療情報等連携共有料依頼元保険医療機関名:******		※

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
35	B011-2	連携強化診療情報提供料	(妊娠中の場合) 妊娠中である旨を記載すること。	820100579	妊娠中(連携強化診療情報提供料)		
36	B011-4	退院時薬剤情報管理指導料	退院日を記載すること。	850100313	退院時薬剤情報管理指導料退院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
37	B012	傷病手当金意見書交付料	全体の「その他」欄に交付年月日を記載すること。	850100089	交付年月日(傷病手当金意見書交付料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合) 当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病の診察開始年月日を「傷病名部位」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)	○	
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)	○	
38	B013	新製有床義歯管理料	(「傷病名部位」欄に記載した欠損部位と装着部位が異なる場合) 装着部位を記載すること。	830100343	義管装着部位:******		
39	B014	退院時共同指導料1	全体の「その他」欄に患者が入院している保険医療機関名を記載。なお、2回目の当該退院時共同指導料は、全体の「その他」欄に別に厚生労働大臣が定める疾病のうち、該当する病名を記載すること。なお、1回目の場合は1回目と記載すること。	830100344	退院時共同指導料1保険医療機関名:******		
				830100345	退院時共同指導料1病名:******		
				820100303	1回目(退院時共同指導料1)		
40	B015	退院時共同指導料2	全体の「その他」欄に当該指導を共同して行った保険医療機関名、共同指導に参画した者の職種及び指導年月日を記載すること。	830100346	退院時共同指導料2保険医療機関名:******		
				830100347	退院時共同指導料2指導参画者の職種:******		
				850100314	退院時共同指導料2指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
41	C000	歯科訪問診療料	訪問診療を行った日付、実施時刻(開始時刻と終了時刻)、訪問先名(記載例:自宅、○○マンション、介護老人保健施設××苑)及び患者の状態を記載すること。 なお、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第2部C000歯科訪問診療料の(9)に該当し、歯科訪問診療1-2又は歯科訪問診療2-3を所定点数により算定した場合はその理由を記載すること。	853100010	歯科訪問診療日及び開始時刻:dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100011	歯科訪問診療日及び終了時刻:dd"日"hh"時"mm"分"		
				830100348	訪問診療訪問先名:******		
				830100349	訪問診療患者の状態:******		
				820100382	(9)容体が急変し、やむを得ず治療中断		
42	C000	歯科訪問診療料 注7 患家診療時間加算 注8 歯科診療特別対応加算 注9 緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算	(患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算がある場合) 全体の「その他」欄に患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算である旨を記載すること。	CC001 (303000370)	患家診療時間加算(歯科訪問診療)	○	
				CC002 (303000470)	歯科診療特別対応加算1(歯科訪問診療料)	○	
				CC003 (303000570)	歯科診療特別対応加算2(歯科訪問診療料)	○	
				CC084 (303013870)	歯科診療特別対応加算3(歯科訪問診療料)	○	
				CC004 (303000670)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療1)	○	
				CC005 (303000770)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療2)	○	
				CC028 (303004770)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療3)	○	
				CC086 (303014070)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療4)	○	
				CC087 (303014170)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療5)	○	
				CC006 (303000870)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療1)	○	
				CC007 (303000970)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療2)	○	
				CC029 (303004870)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療3)	○	
				CC088 (303014270)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療4)	○	
				CC089 (303014370)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療5)	○	
				CC008 (303001070)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療1)	○	
				CC009 (303001170)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療2)	○	
				CC030 (303004970)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療3)	○	
				CC090 (303014470)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療4)	○	
				CC091 (303014570)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療5)	○	
43	C000	歯科訪問診療料 注10 地域医療連携体制加算	地域医療連携体制加算である旨及び連携保険医療機関名を記載すること。	830100350	地域医療連携体制加算(歯科訪問診療料)連携保険医療機関名:******		
44	C000	歯科訪問診療料 注11 特別歯科訪問診療料	滞在時間(島に上陸したときから離島するまでの時間)を記載すること。	CC013 (303001570)	滞在時間加算(1号地域)****分	○	
45	C000	歯科訪問診療料 注17 歯科訪問診療移行加算	当該保険医療機関の外来を最後に受診した年月日を記載すること。	850100315	歯科訪問診療移行加算外来最後受診年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
46	C000	歯科訪問診療料 注18 通信画像情報活用加算	歯科医師が口腔内を観察した際の訪問歯科衛生指導料(歯科衛生士等が行う場合)、居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)又は介護予防居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)を算定した年月日を記載すること。	850100398	訪問歯科衛生指導料(歯科衛生士等が行う場合)算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100485	居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100484	介護予防居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
47	C001	訪問歯科衛生指導料	訪問歯科衛生指導を行った日付及び指導の実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。	853100012	訪問歯科衛生指導日及び開始時刻:dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100013	訪問歯科衛生指導日及び終了時刻:dd"日"hh"時"mm"分"		
			単一建物診療患者が2人以上の場合には「摘要」欄にその人数を記載すること。 1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて訪問歯科衛生指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合は、「摘要」欄に、「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	842100063	訪衛指単一建物診療患者数:******		
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
				820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100304	訪問歯科衛生指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100305	当該建築物戸数が20戸未満で訪衛指を算定するものが2人以下		
			(訪問歯科衛生指導料と同月に歯科訪問診療料がない場合) 直近の歯科訪問診療料の算定年月日を記載すること。	850100316	歯科訪問診療料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			緩和ケアの場合はその旨を記載すること。	820101015	緩和ケア		※

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
48	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料	（指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生労働省告示19号）別表「5　居宅療養管理指導費」の「ロ　歯科医師が行う場合」又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示127号）別表「5　介護予防居宅療養管理指導費」　の「ロ　歯科医師が行う場合」を算定した場合） 該当するものを選択し、算定年月日を記載すること。	820100306	居宅療養管理指導費		
				820100307	介護予防居宅療養管理指導費		
				850100317	居宅療養管理指導費算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100318	介護予防居宅療養管理指導費算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			（居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合に、歯科疾患在宅療養管理料を算定したものとみなす場合） 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に、歯科疾患在宅療養管理料の算定が必要な区分を算定する場合は、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を選択し直近の算定年月日を記載すること。	850100319	居宅療養管理指導費前回算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100320	介護予防居宅療養管理指導費前回算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
49	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料 注4　在宅総合医療管理加算 注5　在宅歯科医療連携加算1 注6　在宅歯科医療連携加算2	（在宅総合医療管理加算を算定した場合） 在宅総合医療管理加算については、主病に係る治療を行っている紹介元保険医療機関名を記載すること。 （在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合） 提供元の保険医療機関又は介護保険施設等の名称を記載すること。	830100351	在歯総医紹介元保険医療機関名：******		
				830100880	在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名：******		※
				830100881	在宅歯科医療連携加算2提供元介護保険施設等名：******		※
50	C001-4-2	在宅患者歯科治療時医療管理料	当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。	830100354	在歯管医科主病名：******		
			（在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病安定期治療を算定している場合（歯周病安定期治療を算定した日を除く。）） 当該管理料の要件に該当する患者であって、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病安定期治療の包括範囲に含まれ個別の算定ができない項目に該当する処置を行った日に当該管理料を算定する場合は、実際に行った処置の項目を記載すること。	830100882	実際に行った処置の項目（在宅患者歯科治療時医療管理料）：******		※
			（区分番号B004-6-2の「注1」に掲げる処置等を開始し、必要な医学管理を行っている際に、患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった場合） 患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった旨を記載すること。	820101230	患者の容体の急変等によりやむを得ず処置等を中止（在宅患者歯科治療時医療管理料）		※
51	C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 注6　在宅歯科医療連携加算1 注7　在宅歯科医療連携加算2	当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。 （在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合） 提供元の保険医療機関又は介護保険施設等の名称を記載すること。	853100014	訪問口腔リハ実施日及び開始時刻（在宅患者訪問口腔リハ）：dd″日″hh″時″mm″分″		
				853100015	訪問口腔リハ実施日及び終了時刻（在宅患者訪問口腔リハ）：dd″日″hh″時″mm″分″		
				830100880	在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名：******		※
				830100881	在宅歯科医療連携加算2提供元介護保険施設等名：******		※
52	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。 （小児在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合） 提供元の保険医療機関又は障害児入所施設等の名称を記載すること。	853100016	小訪問口腔リハ開始日時：dd″日″hh″時″mm″分″		
				853100017	小訪問口腔リハ終了日時：dd″日″hh″時″mm″分″		
				830100883	小児在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名：******		※
				830100884	小児在宅歯科医療連携加算2提供元障害児入所施設等名：******		※
53	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料	（在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1を算定する場合） 連携先の保険医療機関の名称及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。	830100885	連携先保険医療機関名（在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1）：******		※
				850190247	カンファレンス等の参加年月日（在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
			（在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2を算定する場合） 介護保険施設等の名称及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。	830100886	連携先介護保険施設等名（在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2）：******		※
				850190248	カンファレンス等の参加年月日（在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
			（在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3を算定する場合） 障害児入所施設等の名称及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。	830100887	連携先障害児入所施設等名（在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3）：******		※
				850190249	カンファレンス等の参加年月日（在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
54	C004	退院前在宅療養指導管理料	（退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示。）	○	
55	C005	在宅麻薬等注射指導管理料	（在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示。）	○	
56	C007	在宅患者連携指導料	全体の「その他」欄に当該指導に係る情報共有先の保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護ステーション名及び当該指導を行った年月日を記載すること。	830100357	在宅患者連携指導料情報共有先保険医療機関名等：******		
				850100325	在宅患者連携指導料指導年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
57	C008	在宅患者緊急時等カンファレンス料	全体の「その他」欄に訪問先、当該カンファレンスに参加した保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護ステーション名、当該カンファレンスを行った日及び当該指導日を記載すること。	830100358	在宅患者緊急時等カンファレンス料訪問先：******		
				830100359	在宅患者緊急時等カンファレンス料参加保険医療機関名等：******		
				850100326	在宅患者緊急時等カンファレンス料実施年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100327	在宅患者緊急時等カンファレンス料指導年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
58	D	検査	（記載欄が示されていない各種の検査を行った場合） X線・検査の「その他」欄に検査の名称を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
59	D002-5	歯周病部分的再評価検査	X線・検査の「その他」欄に部位を記載すること。	830100360	P部検部位：******		
60	D002-6	口腔細菌定量検査2	前回の算定年月を記載すること。（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850190250	前回の算定年月（口腔細菌定量検査2）：（元号）yy″年″mm″月″		※
				820190500	初回（口腔細菌定量検査2）		※
61	D009	顎運動関連検査	実施した検査名として、X線・検査の「その他」欄にMMG、ChB、GoA、Ptgのうち該当するものを記載すること。	820100308	MMG		
				820100309	ChB		
				820100310	GoA		
				820100311	Ptg		
			（少数歯欠損症例において、顎運動関連検査を実施し、当該検査に係る費用を算定する場合） 患者の咬合状態等当該検査の必要性を記載すること。	830100361	顎運動関連検査必要性：******		
62	D010	歯冠補綴時色調採得検査	それぞれの検査ごとに検査対象となった歯冠補綴物の部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該検査を行った部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100362	歯冠補綴時色調採得検査部位：******		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
63	D011	有床義歯咀嚼機能検査	（新製有床義歯装着日より前に算定する場合で傷病名の部位から新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる状態であると判断できない場合） 有床義歯咀嚼機能検査を開始する時に、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第1部D011有床義歯咀嚼機能検査の（9）のイからホまでのうち該当するものを選択して記載すること。	820100770	イ 義管の「2 困難な場合」に準じる場合		
				820100314	ロ PAPを装着する場合		
				820100315	ハ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の（5）に準じる場合		
				820100316	ニ 左右第二大臼歯を含む臼歯が4歯以上欠損している場合		
				820100317	ホ 口蓋補綴、顎補綴を装着する場合		
			（新製有床義歯装着日より後に算定する場合） 新製有床義歯装着日より前に行った有床義歯咀嚼機能検査を算定した年月及び新製有床義歯等を装着した年月を記載すること。	850100328	有床義歯咀嚼機能検査1（下顎運動測定と咀嚼能力測定を併施）年月；（元号）yy″年″mm″月″		
				850100388	有床義歯咀嚼機能検査2（下顎運動測定と咬合圧測定を併施）年月；（元号）yy″年″mm″月″		
				850100329	新製有床義歯等装着年月；（元号）yy″年″mm″月″		
				850100471	有床義歯咀嚼機能検査1（咀嚼能力測定のみ実施）年月；（元号）yy″年″mm″月″		
				850100472	有床義歯咀嚼機能検査2（咬合圧測定のみ実施）年月；（元号）yy″年″mm″月″		
64	D011-2	咀嚼能力検査1	前回の算定年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850190251	前回の算定年月（咀嚼能力検査1）；（元号）yy″年″mm″月″		※
				820190501	初回（咀嚼能力検査1）		※
65	D011-2	咀嚼能力検査2	手術前である旨又は手術後の直近の算定年月を記載すること。	850190252	手術後の直近の算定年月（咀嚼能力検査2）；（元号）yy″年″mm″月″		※
				820190502	手術後初回（咀嚼能力検査2）		※
				820101231	手術前（咀嚼能力検査2）		※
66	D011-3	咬合圧検査1	前回の算定年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850190253	前回の算定年月（咬合圧検査1）；（元号）yy″年″mm″月″		※
				820190503	初回（咬合圧検査1）		※
67	D011-3	咬合圧検査2	手術前である旨又は手術後の直近の算定年月を記載すること。	850190254	手術後の直近の算定年月（咬合圧検査2）；（元号）yy″年″mm″月″		※
				820190504	手術後初回（咬合圧検査2）		※
				820101232	手術前（咬合圧検査2）		※
68	D012	舌圧検査	舌圧検査に当たって、該当する患者の状態を選択して記載すること。	820100318	口腔機能の低下が疑われる場合		
				820100319	PAPを装着する場合または予定している場合		
				820100320	広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる場合		
				820100321	口蓋補綴、顎補綴を装着する場合		
				820101317	口腔機能の発達不全が疑われる場合		※
69	D100	薬剤（検査）	（検査に当たって薬剤を使用した場合） 薬剤名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
70	E	画像診断	（標準型以外のフィルムを使用して撮影（アナログ撮影）を行った場合） X線・検査の「その他」欄に使用フィルムの種類を記載すること。 （新生児、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対する加算を算定した場合） 「X線・検査」欄のそれぞれの項の記載要領にかかわらずX線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
			（標準型以外のフィルムを使用して撮影（アナログ撮影）を行った場合、全顎撮影（デジタル撮影）、歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）、歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）、歯科用3次元エックス線断層撮影及び歯科部分パノラマ断層撮影以外の画像診断を行った場合） X線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。	特定器材コード	（特定器材名を表示。）	○	
71	E（通則）	時間外緊急院内画像診断加算	撮影開始日時を記載すること。	853100018	時間外緊急院内画像診断加算撮影開始日時（時間外緊急院内画像診断加算）；dd″日″hh″時″mm″分″		
			（引き続き入院した場合） 上記に加え、引き続き入院した旨を記載すること。	820100322	画像診断後、引き続き入院		
72	E200	基本的エックス線診断料	X線・検査の「その他」欄に入院日数及び点数を次の例により記載すること。 （記載例）「基エ」（15日） 825	830100363	基エ（4週以内）；******		
				830100364	基エ（4週超）；******		
73	E301	造影剤	（画像診断に当たって薬剤を使用した場合） 薬剤名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
74	F	投薬	使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL又はmg等）及び使用量を記載。 ただし、届出保険医療機関は、薬剤料に掲げる所定単位の薬価が175円以下の場合は、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
			（常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合） 当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載し又は算定点数から点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載すること。	630010002	薬剤料逓減（90／100）（内服薬）	○	
			（厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合） 当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
			（入院患者に対し退院時に投薬を行った場合） 「投薬・注射」欄の余白に「退院時 日分投薬」と記載すること。	840000006	退院時　　日分投薬		
			（入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合） 「摘要」欄の余白に当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。（ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。）	830100365	ビタミン剤の投与趣旨；******		
			（長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合） 当該長期投与の理由を記載すること。	830100366	長期投与理由；******		
75	F400	処方箋料	（万一緊急やむを得ない事態が生じ、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し他の薬剤を院外処方箋により投薬した場合） 日付及び理由を記載すること。	850100331	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った診療年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100369	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った理由；******		

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
76	G	注射	（皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射のその他の注射を行った場合） 全体の「その他」欄に注射の種類、その内訳は、「摘要」欄に注射の種別、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。 （その他の注射を行った場合） 全体の「その他」欄に注射の種類、その内訳は、「摘要」欄に注射の種別、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
				医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
77	G004	点滴注射 注3　血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施日を記載すること。	850100332	血漿（点滴）1回目実施年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
78	G005	中心静脈注射 注1　血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施日を記載すること。	850100333	血漿（中心静脈注射）1回目実施年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
79	G100	薬剤（注射）	使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL又はmg等）及び使用量を記載すること。 ただし、届出保険医療機関は、注射のうち皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈注射であって入院中の患者以外の患者に対するものにあっては1回当たりの、それ以外の注射にあっては1日当たりの薬価がそれぞれ175円以下の場合は、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。 （注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合） 「投薬・注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
80	H	リハビリテーション	（「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを行った場合） 次の例により、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。 〔記載例〕 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）イ　200×18 実施日数3日 （リハ選） 脳血管疾患等リハビリテーション料　2，000円×1	830100372	リハ選：******		
81	H001	摂食機能療法	摂食機能療法の実施日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）等を記載すること。	853100019	摂食機能療法開始日時（摂食機能療法）：dd″日″hh″時″mm″分″		
				853100020	摂食機能療法終了日時（摂食機能療法）：dd″日″hh″時″mm″分″		
82	H001	摂食機能療法 注3 摂食嚥下機能回復体制加算	連携している医師名を記載すること。	830100373	摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）連携医師名：******		
83	I	処置	（該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合） 処置・手術の「その他」欄に当該処置の名称を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
84	I（通則）	時間外加算 休日加算 深夜加算	（第8部処置の通則「6」の規定により時間外加算（時間外加算の特例を含む。）、休日加算又は深夜加算を算定した場合） 処置・手術の「その他」欄に処置名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
85	I（通則）	乳幼児加算	（当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合） 記載欄に加算した点数及び回数を記載し、処置・手術の「その他」欄に加算しない点数及び回数を名称を付して記載して差し支えない。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
86	I000-2	咬合調整	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I000-2咬合調整の（1）のイからホまでのいずれに該当するかを記載すること。	820100910	イ　一次性咬合性外傷の場合		
				820100911	ロ　二次性咬合性外傷の場合		
				820100912	ハ　歯冠形態修正の場合		
				820100913	ニ　レスト製作の場合		
				820100914	ホ　第13部　歯科矯正に伴うディスキングの場合		
87	I006	感染根管処置	（抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合） 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100376	抜歯前提の消炎目的の根管拡大部位：******		
			（同一初診期間内に再度の感染根管処置が必要になった場合） 前回の感染根管処置に係る歯冠修復が完了した年月日を記載すること。	850100334	感根処前回歯冠修復完了年月日日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
88	I007	根管貼薬処置	（同一歯に対して初回の根管貼薬処置を実施した日の属する月から起算して6月を超えて治療を継続して処置を行う場合） 当該歯の状態及び初回の根管貼薬処置を行った年月を記載すること。	830100377	根貼実施部位の状態：******		
				850100335	根貼初回年月：（元号）yy″年″mm″月″		
			（抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合） 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100378	抜歯前提の消炎目的の根管拡大後の根管貼薬部位：******		
89	I008	根管充填	（暫間根管充填又は暫間根管充填後に根管充填を行う場合） 暫間根管充填又は暫間根管充填後に根管充填を行う旨を記載すること。	820100329	暫間根充		
				820100330	暫間根充後の根充		
90	I008-2	加圧根管充填処置	（加圧根管充填後の歯科エックス線撮影において、妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない場合） 妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない旨を記載すること。	820100390	妊娠中（加圧根管充填処置）		
			（加圧根管充填処置と異日にエックス線撮影を行い根管充填の状態を確認した場合） 特別な理由を記載すること。	830100888	加圧根管充填処置と異日にエックス線撮影を行う特別な理由（加圧根管充填処置）：******		※
91	I008-2	加圧根管充填処置 注3　手術用顕微鏡加算	（手術用顕微鏡加算において、連携する保険医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合） 撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100379	手術用顕微鏡加算（加圧根管充填処置）撮影保険医療機関名：******		
92	I009-7	ハイフローセラピー	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果を記載する。	830100251	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度測定結果（ハイフローセラピー）：		※
93	I010	歯周病処置	処置・手術の「その他」欄に部位及び使用した薬剤の名称を記載すること。なお、特定薬剤を算定した場合は、部位のみを記載すること。	830100380	P処部位：******		
				医薬品コード	（　医薬品名を表示。）	○	
			（糖尿病を有する患者に対して、スケーリング・ルートプレーニングと並行して歯周病処置を行う場合） 初回の年月日及び紹介元保険医療機関名を記載。	850100336	P処初回年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100381	P処紹介元保険医療機関名：******		
			前回の歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療の実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850100337	SPT又はP重防前回実施年月：（元号）yy″年″mm″月″		
				820190337	初回（SPT）		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
94	I011-2	歯周病安定期治療	(歯周病安定期治療の治療間隔が3月以内の場合) 治療間隔が3月以内になった理由の要点として、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I011-2歯周病安定期治療の(3)のイからホまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。なお、ロ又はニを選択した場合は、別途、詳細な理由(全身的な疾患の状態を含む。)を記載すること。	820100331	イ 歯周外科手術を実施した場合		
				820100332	ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合		
				820101233	ハ 糖尿病の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合		※
				820100333	ニ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合		
				820100334	ホ 侵襲性歯周炎の場合		
				830100382	SPT詳細理由:******		
95	I011-2	ハイリスク患者加算	(糖尿病の病態によって歯周病の重症化を引き起こすおそれのある患者に対して、歯周病安定期治療を行う場合) 初回の年月日及び紹介元保険医療機関名を記載。	850190272	SPT初回年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				830100917	SPT紹介元保険医療機関名:******		※
96	I011-2-3	歯周病重症化予防治療	前回の歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療の実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)及びSPTからP重防に移行した年月を記載すること。	850100339	SPT又はP重防前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月"		
				820190339	初回(P重防)		
				850190273	SPTからP重防に移行した年月:(元号)yy"年"mm"月"		※
97	I014	暫間固定	固定を行った部位(固定源となる歯を含めない。)及びその方法を記載し、暫間固定の前回実施年月日(1回目の場合は1回目と記載する。)及び歯周外科手術の予定の有無を記載すること。なお、歯周外科手術後の暫間固定を行う場合については、歯周外科手術の予定に関する記載は不要であり、手術後1回目の場合は術後1回目と記載し、2回目以降は前回実施年月日を記載する。	830100383	暫間固定部位:******		
				830100384	暫間固定方法:******		
				850190047	暫間固定前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190047	1回目(暫間固定)		
				820100335	歯周外科手術の予定あり		
				820100336	歯周外科手術の予定なし		
				820100337	歯周外科手術未定		
				820100776	術後1回目(暫間固定)		
98	I017	口腔内装置	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I017口腔内装置の(1)のイからヌまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。 なお、トを選択した場合は手術の予定日及び手術を行う保険医療機関名を記載すること。	820100339	イ 顎関節治療用装置		
				820100340	ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置		
				820100341	ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床		
				820100342	ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床		
				820100343	ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート		
				820100344	ヘ 腫瘍等による顎骨切除後、手術創(開放創)の保護等を目的として製作するオブチュレーター		
				820100345	ト 気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置		
				820100346	チ 不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置		
				820100347	リ 放射線治療に用いる口腔内装置		
				820101234	ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置(日常生活時の外傷歯の保護を目的とするもの)		※
				820101235	ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置(運動時の外傷歯の保護を目的とするもの)		※
				850100394	口腔内装置手術予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100462	口腔内装置手術を行う保険医療機関名:******		
			(ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置を算定する場合) 当該外傷の受傷年月日を記載すること。	850190274	外傷受傷年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			(口腔内装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類:******		
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由:******		
99	I017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置	紹介元保険医療機関名を記載すること。(医科歯科併設の病院であって院内紹介を受けた場合は、院内紹介元の担当科名を記載。)	830100385	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置紹介元保険医療機関名:******		
				830100468	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置院内紹介元担当科名:******		
			(睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類:******		
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由:******		
100	I017-1-3	舌接触補助床	(舌接触補助床の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類:******		
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由:******		
101	I017-1-4	術後即時顎補綴装置	(術後即時顎補綴装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類:******		
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由:******		
102	I018	歯周治療用装置	(歯周治療用装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類:******		
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由:******		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
103	I019	歯冠修復物又は補綴物の除去	除去した歯冠修復物並びに補綴物等の部位及び種類を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から除去した部位及び種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100386	除去部位：******		
				830100387	除去した歯冠修復・補綴物等の種類：******		
104	I021	根管内異物除去注　手術用顕微鏡加算	（手術用顕微鏡加算において、連携する保険医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合） 撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100388	歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した保険医療機関名等：******		
105	I023	心身医学療法	確定診断を行った医科保険医療機関名（医科歯科併設の病院であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、確定診断を行った診療科名）、紹介年月日、治療の内容の要点、実施日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載すること。	830100389	心身医学療法医科保険医療機関名等：******		
				850100341	心身医学療法紹介年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100390	心身医学療法治療内容の要点：******		
				850100342	心身医学療法実施年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				851100033	心身医学療法開始時刻		
				851100034	心身医学療法終了時刻		
106	I029	周術期等専門的口腔衛生処置	（周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した患者に対して当該処置を行った場合） 当該患者の手術を行った年月日又は予定年月日、手術名を記載すること。	850100343	術口衛手術年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100344	術口衛手術予定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100391	術口衛手術名：******		
			（患者の状況により周術期等専門的口腔衛生処置2を算定せずに特定保険医療材料料を算定する場合） 前回の周術期等専門的口腔衛生処置2の算定年月日を記載すること。	850100345	術口衛2前回算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
107	I030	機械的歯面清掃処置	（I030機械的歯面清掃処置の留意事項通知（3）に規定している患者以外の場合） 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850100346	歯清前回実施年月：（元号）yy″年″mm″月″		
				820190346	初回（歯清）		
			（歯科診療特別対応加算を算定した場合） 歯科診療特別対応加算を算定した旨を記載すること。	820100779	歯科診療特別対応加算算定後		
			（根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合） 根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨、特に機械的歯面清掃が必要と認められる理由を記載すること。	820101304	口管強（歯清）		※
				830100918	特に機械的歯面清掃が必要と認められる理由：******		※
			（エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合） エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載すること。	820101304	口管強（歯清）		※
			（妊娠中の場合） 妊娠中である旨を記載すること。	820100348	妊娠中（歯清）		
			（糖尿病の場合） 糖尿病である旨を記載すること。	820100789	糖尿病（歯清）		
108	I031	フッ化物歯面塗布処置	（フッ化物歯面塗布処置の「1 う蝕多発傾向者の場合」又は「2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合） 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850100347	F局前回実施年月：（元号）yy″年″mm″月″		
			（フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」（エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者を除く）を算定した場合） 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	820190347	初回（F局）		
			（レジン充填又はインレー修復による治療を行った歯について、充填等による治療を行った月の翌月以降に、充填等を行った歯面と異なる歯面にエナメル質初期う蝕が認められた場合） 充填等が行われた歯面とエナメル質初期う蝕の管理を行う歯面をそれぞれ記載する。	830100889	充填等が行われた歯面（フッ化物歯面塗布処置）：******		※
				830100890	エナメル質初期う蝕の管理を行う歯面（フッ化物歯面塗布処置）：******		※
			（エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者に対して、フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合） エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載すること。	820101319	口管強（F局）		※
109	I090	薬剤（処置）	（生活歯髄切断又は抜髄を行い、区分番号I090により薬剤を算定する場合） 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	※
110	I100	特定薬剤（処置）	（区分番号I100により特定薬剤を算定する場合） 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
111	J	手術	（該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合） 処置・手術の「その他」欄に当該手術の名称を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
112	J（通則）	時間外加算 休日加算 深夜加算	（第9部手術の通則「9」の規定により時間外加算（時間外加算の特例を含む。）、休日加算又は深夜加算を算定した場合） 処置・手術の「その他」欄に手術名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
113	J（通則）	乳幼児加算	（当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合） 記載欄に加算した点数及び回数を記載し、加算しない点数については、処置・手術の「その他」欄に名称、加算しない点数及び回数を記載する。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
114	J（通則）	観血的手術加算	（入院を必要とするHIV抗体陽性の患者に対して行った場合） 処置・手術の「その他」欄に手術の名称を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
115	J000	抜歯手術	（難抜歯加算の対象となる歯又は埋伏歯において完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した場合で抜歯料を算定した場合） 完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した旨を記載すること。	820100349	完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止		
			（抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合） 抜歯を中止と記載すること。	820100350	患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止		
			（上記以外の理由により抜歯を中止した場合） その他を選択し、その理由を記載すること。	830100392	抜歯手術中止理由：******		
116	J004	歯根端切除手術2　歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100393	根切部位：******		
			（連携する保険医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合） 撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100394	根切（歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡）歯科CT装置撮影保険医療機関 名：******		
117	J004−2	歯の再植術	手術部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100395	歯の再植術部位：******		
118	J004−2	歯の再植術	（歯内治療が困難な根尖病巣を有する保存が可能な小臼歯又は大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合） 部位及び算定理由を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。	830100396	歯の再植による根尖病巣の治療部位：******		
				830100397	歯の再植による根尖病巣の治療算定理由：******		
119	J004−3	歯の移植手術	手術部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100398	歯の移植手術部位：******		
120	J013	口腔内消炎手術	（顎炎又は顎骨骨髄炎等の手術として骨の開さく等を行い口腔内消炎手術を行う場合） 処置・手術の「その他」欄に顎炎又は顎骨骨髄炎等の手術として骨の開さく等を行い口腔内消炎手術を行う旨及び抜歯した歯の部位を記載すること。	820100351	顎炎又は顎骨骨髄炎等の手術としての骨の開さく等		
				830100399	口腔内消炎手術に係る抜歯部位：******		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
121	J063	歯周外科手術	処置・手術の「その他」欄に算定する区分の名称及び歯周外科手術を行った部位を記載すること。	310011610	掻爬術	○	
				310011710	新付着手術	○	
				310011810	GEct	○	
				310011910	FOp	○	
				310012010	GTR（一次手術）	○	
				310012110	GTR（二次手術）	○	
				310013010	歯肉歯槽粘膜形成手術（歯肉弁根尖側移動術）	○	
				310013110	歯肉歯槽粘膜形成手術（歯肉弁歯冠側移動術）	○	
				310013210	歯肉歯槽粘膜形成手術（歯肉弁側方移動術）	○	
				310013310	歯肉歯槽粘膜形成手術（遊離歯肉移植術）	○	
				310013410	歯肉歯槽粘膜形成手術（口腔前庭拡張術）	○	
				310037510	歯肉歯槽粘膜形成手術（結合組織移植術）	○	※
				830100400	歯周外科手術部位：******		
			（歯周病の治療を目的としない歯周外科手術を行う場合） 当該手術の目的を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った目的が明らかに特定できる場合は、目的の記載を省略して差し支えない。	830100919	歯周外科手術を行う目的：******		※
122	J063	歯周外科手術 注5 手術時歯根面レーザー応用加算	処置・手術の「その他」欄に当該加算の名称を記載すること。	CJ027 （310030670）	手術歯根（FOp又はGTR）	○	
123	J090	皮膚移植術（生体・培養）	皮膚移植者の診療報酬明細書の「摘要」欄に療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る点数を記載した診療報酬明細書を添付する。	310021070	提供者の療養上の費用（皮膚移植術）	○	
124	J109	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100401	特イ術部位：******		
			（当該手術の実施範囲が4歯相当未満である場合） 顎堤欠損の原因となった疾患名を記載すること。	830100402	特イ術疾患名：******		
125	J110	広範囲顎骨支持型装置掻爬術	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100403	特イ掻部位：******		
126	J111	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100920	歯頭頸悪光部位：******		※
127	J200-4-2	レーザー機器加算	処置・手術の「その他」欄に当該加算の名称を記載すること	BJ005 （310036210）	レーザー機器加算1	○	
				BJ006 （310036310）	レーザー機器加算2	○	
				BJ007 （310036410）	レーザー機器加算3	○	
128	J300	特定薬剤（手術）	（区分番号J300により特定薬剤を算定する場合） 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
129	J400	特定保険医療材料（手術）	（手術等において特定保険医療材料等を使用した場合） 以下、処置・手術の「その他」欄に記載すること。 a 手術、処置、検査等の名称は、告示名又は通知名を使用。 b 手術、処置、検査等の手技料は、必ず点数を記載すること。 c 材料は、①商品名、②告示の名称又は通知の名称、③規格又はサイズ、④材料価格、⑤使用本数又は個数の順に手術ごとに記載。なお、告示の名称又は通知の名称は、（ ）書きとする。 d 保険医療機関における購入価格によるものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格を記載すること。 e 手術等の名称、手技の加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に記載すること。 〔記載例〕 ③特定保険医療材料 ［商品名］×××× （鼻孔プロテーゼ） 387×1	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示。）	○	
130	K	麻酔	（伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔を行った場合） 麻酔の「その他」欄に麻酔名を記載。なお、使用麻酔薬は、麻酔薬名及び使用量を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
				医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
131	K（通則）	時間外加算 休日加算 深夜加算	（第10部麻酔の通則「4」の規定により時間外加算（時間外加算の特例を含む。）、休日加算又は深夜加算を算定した場合） 麻酔名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
132	K002	吸入鎮静法	使用麻酔薬は、麻酔の「その他」欄に麻酔薬名及び使用量を記載すること。 また、使用した酸素又は窒素請求は、地方厚生（支）局長に届け出た購入単価（単位 銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位 リットル）を記載。なお、酸素の請求は、Ⅱの第3の2(20)のクの(イ)のと同様とする。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示。）	○	
133	K003	静脈内鎮静法	使用薬剤は、麻酔の「その他」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
			静脈内鎮静法が必要な理由を記載すること。	830100891	静脈内鎮静法が必要な理由（静脈内鎮静法）：******		※
134	K100	薬剤（麻酔）	麻酔の「その他」欄に医薬品名を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
135	M	歯冠修復及び欠損補綴	（歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合） 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に未、装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。	未来院請求コード 「01」	（「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（歯科用）」の別表12に収載するコード） 未来院請求	○	
				830100404	未来院請求 装着物の種類：******		
			（未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求を行った歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合の装着料及び装着材料料を算定する場合） 未来院請求後及び装着物の種類を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。	850100348	未来院請求 装着予定年月日；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由：******		
			（有床義歯製作中であって、咬合採得後における試適前又はクラスプ等を有する咬合床を用いて咬合採得を行う前に、患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意志により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合） 装着物の種類及び装着（又は試適）予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。	830100406	未来院請求後 装着物の種類：******		
				850100349	未来院請求 装着（又は試適）予定年月日；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（歯冠修復及び欠損補綴に係る歯冠形成及び印象採得後において、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等やむを得ない場合） 装着物の種類及び装着（又は試適）予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100409	やむを得ない場合 装着物の種類：******		
				850100350	やむを得ない場合 装着（又は試適）予定年月日；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合） 欠損歯数と補綴歯数の不一致と記載すること。	830100410	やむを得ない場合 装着できなくなった理由：******		
			（レジンインレー、高強度硬質レジンブリッジ又は熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴を算定する場合） 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に装着物の種類及び部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。	820100358	欠損歯数と補綴歯数の不一致		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
			(クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生(支)局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に診療行為名を記載すること。 (歯根分割を行った歯に歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合) 分割抜歯を行った部位を記載すること。	830100411	歯冠修復及び欠損補綴部位:******		
				診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
				830100892	分割抜歯を行った部位:******		※
136	M000	補綴時診断料	(補綴時診断料(有床義歯修理を実施した場合に限る。)を算定する場合) 当該装置に係る当該診断料の前回実施年月日(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850190048	補診前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820101016	初回(補診)		
137	M000-2	クラウン・ブリッジ維持管理料	(地方厚生(支)局長に事前に模型等を提出した上でブリッジを製作する場合) 事前承認と記載すること。	820100355	事前承認		
			(地方厚生(支)局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するエックス線フィルム又はその複製の費用を算定する場合) 算定の理由を記載すること。	830100420	ブリッジに係るフィルム料等の算定理由:******		
138	M001	歯冠形成 3 窩洞形成 注9 う蝕歯無痛的窩洞形成加算	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への記載は省略して差し支えない。	830100412	う蝕無痛(KP)部位:******		
139	M001-2	う蝕歯即時充填形成 注1 う蝕歯無痛的窩洞形成加算	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への記載は省略して差し支えない。	830100413	う蝕無痛(充形)部位:******		
140	M002	支台築造	(ファイバーポストを用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位、ファイバーポストの使用本数を部位毎にそれぞれ記載すること。	830100617	ファイバーポスト部位:******		
				DM110 (313029520)	ファイバーポスト******本	○	
			(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して支台築造を算定する場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
141	M003	印象採得	(「印象」の項に書ききれない場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に印象採得の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名称を表示)	○	
142	M003	印象採得 注1 歯科技工士連携加算1 注2 歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から印象採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100893	印象採得部位:******		※
143	M003-4	光学印象 注3 光学印象歯科技工士連携加算	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から印象採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100894	光学印象部位:******		※
144	M005	装着	(脱離した歯冠修復物又は、脱離又は修理したブリッジを再装着した場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、再装着する歯冠修復物が1つ又は再装着する装置が1つであって、「傷病名部位」欄の記載から再装着した部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100414	再装着部位:******		
145	M006	咬合採得	(「咬合」の項に書ききれない場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に咬合採得の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名称を表示)	○	
146	M006	咬合採得 注1 歯科技工士連携加算1 注2 歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から咬合採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100895	咬合採得部位:******		※
147	M007	仮床試適 注1 歯科技工士連携加算1 注2 歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から仮床試適の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100896	仮床試適部位:******		※
148	M009	充填	(2歯以上の充填に際し1歯に複数窩洞の充填を行った場合) 当該歯の部位を記載すること。	830100415	同一歯の複数窩洞に対する充填部位:******		
149	M010	金属歯冠修復	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して鋳造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
			(同一歯の複数の窩洞に対して、充填及びインレー又はレジンインレーにより歯冠修復を行った場合) 同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復であること及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。	830100416	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復部位:******		
				820100354	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復		
			(歯科鋳造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に修復物の名称及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「その他」欄への部位の記載は省略して差し支えない。	830100417	14Kを用いた金属歯冠修復部位:******		
				DM019 (313010920)	14K(インレー(複))	○	
				DM020 (313011020)	14K(3/4冠)	○	
150	M010-3	接着冠	歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に当該支台歯の部位及び接着冠を記載すること。なお、当該ブリッジが1つであって、「傷病名部位」欄の記載から接着冠の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100422	接着冠部位:******		
151	M011	レジン前装金属冠	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してレジン前装金属冠を用いた歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
152	M015	非金属歯冠修復 2 硬質レジンジャケット冠	(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大臼歯に用いた場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100418	硬ジ紹介元保険医療機関名:******		
			(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して硬質レジンジャケット冠を用いた歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
153	M015-2	CAD/CAM冠	(大臼歯に用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100419	CAD/CAM冠部位:******		
			(第一大臼歯又は第二大臼歯にCAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を使用する場合) 当該CAD/CAM冠を装着する部位の対側の大臼歯による咬合支持の有無及び同側の大臼歯による咬合支持の有無について記載すること。なお、当該CAD/CAM冠を装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がない場合は、当該補綴部位の対合歯が欠損である旨及び当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持の有無について記載すること。	830100897	CAD/CAM冠を装着する部位の対側の大臼歯による咬合支持の有無(CAD/CAM冠):******		※
				830100898	CAD/CAM冠を装着する部位の同側の大臼歯による咬合支持の有無(CAD/CAM冠):******		※
				820101308	CAD/CAM冠を装着する部位の対合歯が欠損(CAD/CAM冠)		※
				830100900	CAD/CAM冠を装着する部位の近心側隣在歯までの咬合支持の有無(CAD/CAM冠):******		※
			(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大臼歯に用いた場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100465	CAD/CAM冠紹介元保険医療機関名:******		
			(大臼歯に用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100901	CAD/CAMインレー部位:******		※

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
154	M015-3	CAD／CAMインレー	（第一大臼歯又は第二大臼歯に用いる場合） 当該CAD/CAMインレーを装着する部位の対側の大臼歯による咬合支持の有無及び同側の大臼歯による咬合支持の有無について記載すること。なお、当該CAD/CAMインレーを装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がない場合は、当該補綴部位の対合歯が欠損である旨及び当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持の有無について記載すること。	830100902	CAD／CAMインレーを装着する部位の対側の大臼歯による咬合支持の有無（CAD／CAMインレー）：******		※
				830100903	CAD／CAMインレーを装着する部位の同側の大臼歯による咬合支持の有無（CAD／CAMインレー）：******		※
				820101307	CAD／CAMインレーを装着する部位の対合歯が欠損（CAD／CAMインレー）		※
				830100905	CAD／CAMインレーを装着する部位の近心側隣在歯までの咬合支持の有無（CAD／CAMインレー）：******		※
			（歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大臼歯に用いた場合） 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100470	CAD／CAMインレー紹介元保険医療機関名：******		
155	M016-2	小児保隙装置	装置の種類を選択して記載すること。	820100782	クラウンループ		
				820100783	バンドループ		
156	M017	ポンティック	（地方厚生（支）局長に事前に模型等を提出した上でブリッジを製作した場合） 事前承認と記載すること。	820100355	事前承認		
			（地方厚生（支）局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するエックス線フィルム又はその複製の費用を算定する場合） 算定の理由を記載すること。	830100420	Brに係るフィルム料等の算定理由：******		
			（犬歯のポンティックが必要な場合で、中切歯がすでにブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を変更する場合） 中切歯の状態等を記載すること。	830100421	Brに係る中切歯の状態等：******		
			（側切歯及び犬歯、或いは犬歯及び第一小臼歯の2歯欠損であって、犬歯が低位唇側転位していたため間隙が1歯分しかない場合であってポンティック1歯のブリッジの設計とした場合） 低位唇側転位の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。	820100784	低位唇側転位の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致		
157	M017-2	高強度硬質レジンブリッジ	（歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の臼歯部1歯中間欠損に使用する場合） 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100618	HRBr紹介元保険医療機関名：******		
158	M018	有床義歯	（残根上に義歯を装着した場合） 残根上の義歯と記載すること。	820100356	残根上義歯		
			（人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合） 前月（以前）請求済と記載すること。	820100357	人工歯前月（以前）請求済		
			（小児義歯に係る費用を算定する場合） 装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。	830100423	小児義歯装着部位：******		
				830100424	小児義歯が必要な疾患名：******		
				830100425	小児義歯が必要な理由：******		
			（有床義歯を1～2日で製作し装着する場合） 当該有床義歯の製作方法及び1～2日で製作し装着することが必要となった理由及び製作方法を記載すること。	830100906	有床義歯の製作方法：******		※
				830100907	有床義歯を1～2日で製作し装着することが必要な理由：******		※
			（前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から6月が経過していない場合であって新たに有床義歯の印象採得を行った場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12部M018有床義歯の（13）のニ又はホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359	ニ　認知症を有する患者等であって、有床義歯が使用できない場合		
				830100426	ホ　その他特別な場合：******		
			（1顎に2床以上の局部義歯を装着した場合） 1顎の床数を記載すること。	842100115	1顎の床数（有床義歯）：******		※
159	M019	熱可塑性樹脂有床義歯等	（残根上に義歯を装着した場合） 残根上義歯と記載すること。	820100356	残根上義歯		
			（人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合） 人工歯前月（以前）請求済と記載すること。	820100357	人工歯前月（以前）請求済		
			（小児義歯に係る費用を算定する場合） 装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。	830100423	小児義歯装着部位：******		
				830100424	小児義歯が必要な疾患名：******		
				830100425	小児義歯が必要な理由：******		
160	M025	口蓋補綴、顎補綴	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12部M025口蓋補綴、顎補綴の（1）のイからホまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。	820100384	イ　腫瘍、顎骨裏胞等による顎骨切除に対する口蓋補綴装置又は顎補綴装置		
				820100385	ロ　オクルーザルランプを付与した口腔内装置		
				820100386	ハ　発音補整装置		
				820100387	ニ　発音補助装置		
				820100388	ホ　ホッツ床		
161	M029	有床義歯修理	（新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合） 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。	850100351	有床義歯装着年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
162	M029	有床義歯修理 注4　歯科技工加算2	（有床義歯修理において、歯科技工加算2を算定した場合） 預かり日及び修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。	850100353	歯技工2（床修理）預かり年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100354	歯技工2（床修理）装着年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
163	M030	有床義歯内面適合法	（新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合） 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。	850100351	有床義歯装着年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
164	M030	有床義歯内面適合法 注5　歯科技工加算2	（有床義歯内面適合法において、歯科技工加算2を算定した場合） 預かり日及び修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。	850100355	歯技工2（床裏装）預かり年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100356	歯技工2（床裏装）装着年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
165	M041	広範囲顎骨支持型補綴物修理	（別の保険医療機関で装着された当該補綴物の修理を行った場合） 装着を実施した保険医療機関名及び装着日（不明であれば装着時期）を記載すること。	830100430	特イ補装着保険医療機関名：******		
				850100357	特イ補装着年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100431	特イ補装着時期：******		
			歯科矯正相談料を前回算定した年月日を相談料の名称に併せて記載すること。	850190275	歯科矯正相談料1前回算定年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850190276	歯科矯正相談料2前回算定年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
			歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を最初に算定した年月日を診断料の名称に併せて記載すること。	850100358	歯科矯正診断料初回算定年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100359	顎口腔機能診断料初回算定年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
166	N	歯科矯正	（歯科矯正における印象採得、咬合採得、床装置、リンガルアーチ及び鉤を算定した場合） 全体の「その他」欄に「簡単」、「困難」、「著しく困難」、「複雑」等の区分を記載すること。	820100361	簡単		
				820100362	困難		
				820100363	著しく困難		
				820100364	複雑		
			咬合異常の起因となった疾患名（別に厚生労働大臣が定める疾患、3歯以上の永久歯萌出不全又は顎変形症）を記載すること。	820100929	唇顎口蓋裂		
				820100930	ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）		
				820100931	鎖骨頭蓋骨異形成		
				820100932	トリーチャ・コリンズ症候群		
				820100933	ピエール・ロバン症候群		
				820100934	ダウン症候群		
				820100935	ラッセル・シルバー症候群		
				820100936	ターナー症候群		
				820100937	ベックウィズ・ウィーデマン症候群		
				820100938	顔面半側萎縮症		
				820100939	先天性ミオパチー		
				820100940	筋ジストロフィー		
				820100088	脊髄性筋萎縮症		
				820100942	顔面半側肥大症		
				820100943	エリス・ヴァンクレベルド症候群		
				820100944	軟骨形成不全症		
				820100945	外胚葉異形成症		
				820100946	神経線維腫症		
				820100947	基底細胞母斑症候群		
				820100948	ヌーナン症候群		
				820100949	マルファン症候群		
				820100950	プラダー・ウィリー症候群		
				820100951	顔面裂（横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。）		
				820100952	大理石骨病		
				820100953	色素失調症		
				820100954	口腔・顔面・指趾症候群		
				820100955	メビウス症候群		
				820100956	歌舞伎症候群		
				820100957	クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群		
				820100958	ウイリアムズ症候群		
				820100959	ビンダー症候群		
				820100960	スティックラー症候群		
				820100961	小舌症		
				820100962	頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。）		
				820100963	骨形成不全症		
				820100964	フリーマン・シェルドン症候群		
				820100965	ルビンスタイン・ティビ症候群		
				820100966	染色体欠失症候群		
				820100967	ラーセン症候群		
				820100968	濃化異骨症		
				820100969	6歯以上の先天性部分無歯症		
				820100970	CHARGE症候群		
				820100971	マーシャル症候群		
				820100972	成長ホルモン分泌不全性低身長症		
				820100973	ポリエックス症候群（XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。）		
				820100974	リング18症候群		
				820100975	リンパ管腫		
				820100976	全前脳胞症		
				820100977	クラインフェルター症候群		
				820100978	偽性低アルドステロン症		
				820100979	ソトス症候群		
				820100980	グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）		
				820100981	線維性骨異形成症		
				820100982	スタージ・ウェーバ症候群		
				820100983	ケルビズム		
				820100984	偽性副甲状腺機能低下症		
				820100985	Ekman－Westborg－Julin症候群		
				820100986	常染色体重複症候群		
				820100987	巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）		
				820100988	毛髪・鼻・指節症候群（Tricho－Rhino－Phalangeal症候群）		
				820101236	クリッペル・ファイル症候群（先天性頸椎癒合症）		※
				820101237	アラジール症候群		※
				820101238	高IgE症候群		※

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
				820101239	エーラス・ダンロス症候群		※
				820101240	ガードナー症候群（家族性大腸ポリポージス）		※
				820100989	その他顎・口腔の先天異常		
				820100918	3歯以上の永久歯萌出不全		
				820100919	顎変形症		
			（6歯以上の先天性部分無歯症又は3歯以上の永久歯萌出不全による咬合異常により歯科矯正を行う場合） 先天性欠如部位又は埋伏歯の部位を記載すること。	830100641	先天性欠如又は埋伏歯部位；******		
167	N000	歯科矯正診断料	全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法、保定の開始及び顎切除等の手術実施の区別を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回歯科矯正診断料の算定年月日を記載すること。	820100785	歯科矯正開始		
				820100786	動的処置開始		
				820100787	マルチブラケット法開始		
				820100788	保定開始		
				820101306	顎切除等の手術実施		※
				850100360	歯科矯正診断料前回算定年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
168	N001	顎口腔機能診断料	全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法、保定の開始及び顎離断等の手術実施の区別（顎口腔機能診断料は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名）を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回顎口腔機能診断料の算定年月日を記載すること。	820100785	歯科矯正開始		
				820100786	動的処置開始		
				820100787	マルチブラケット法開始		
				820100788	保定開始		
				820101241	顎離断等の手術実施		※
				850100361	顎口腔機能診断料前回算定年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100466	顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名；******		
169	N002	歯科矯正管理料	全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始の年月日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
				850100362	動的処置開始年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100363	マルチブラケット法開始年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
170	N004	模型調整製２予測模型	全体の「その他」欄に予測歯数を記載すること。	842100064	模型調製（予測模型）予測歯数；******		
171	N005	動的処置	全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日を記載すること。	850100396	動的処置算定年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100362	動的処置開始年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100363	マルチブラケット法開始年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
172	N008-2	植立	（歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合） 当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。	830100433	歯科矯正診断料算定保険医療機関名；******		
				830100434	顎口腔機能診断料算定保険医療機関名；******		
			（アンカースクリュー脱落後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合） アンカースクリュー脱落後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する旨を記載すること。	820100365	アンカースクリュー脱落後の再埋入の場合		
				820100366	治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合		
173	N009	撤去	（装置を撤去した場合） 撤去の費用が算定できない場合であっても、全体の「その他」欄に撤去した装置の名称を記載すること。	830100435	撤去した装置の名称；******		
			（歯科矯正用アンカースクリューの撤去について、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合） 当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。	830100433	歯科矯正診断料算定保険医療機関名；******		
				830100434	顎口腔機能診断料算定保険医療機関名；******		
174	N018	マルチブラケット装置	（マルチブラケット装置（セクショナルアーチを行う場合を除く）を行う場合） 全体の「その他」欄にステップ名及びそのステップにおける装置個数を上下顎別に記載すること。	830100767	マルチブラケット装置ステップ1（上顎）・装置数；******		
				830100768	マルチブラケット装置ステップ1（下顎）・装置数；******		
				830100769	マルチブラケット装置ステップ2（上顎）・装置数；******		
				830100770	マルチブラケット装置ステップ2（下顎）・装置数；******		
				830100771	マルチブラケット装置ステップ3（上顎）・装置数；******		
				830100772	マルチブラケット装置ステップ3（下顎）・装置数；******		
				830100773	マルチブラケット装置ステップ4（上顎）・装置数；******		
				830100774	マルチブラケット装置ステップ4（下顎）・装置数；******		
			（セクショナルアーチを行う場合） その旨を記載すること。	820101017	セクショナルアーチを実施		
175	N028	床装置修理	（リンガルアーチにおいて、主線の前歯部分のみを再製作し、ろう着した場合） その旨を記載すること。	820101018	リンガルアーチ前歯部分の再製作		
176	N100	特定保険医療材料（矯正）	（特定保険医療材料料において、装着材料、スクリュー、バンド、ブラケット、チューブ、矯正用線、不銹鋼、特殊鋼等を使用した場合） 全体の「その他」欄に特定保険医療材料に掲げる名称を記載すること。	特定器材コード	（特定器材名を表示。）	○	

項番	区分	診療行為名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
177		長期収載品の選定療養に関する取扱い	（長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。）） 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると歯科医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと歯科医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、歯科医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。 ~~※記載は制度が施行となる令和6年10月からとする。~~	~~※レセプト電算処理システム用コード、レセプト表示文言（理由の具体例）については、追ってお示しする。~~			
				820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため		
				820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため		
				820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため		
				820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		
178		プログラム医療機器の評価療養に関する取扱い	「器評」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820000095	（器評）		
				820101251	第１段階承認後のプログラム医療機器		※
				820101252	チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器		※
179		プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820101253	（器選）		※
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		※

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の〇の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

別表Ⅰ　調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

項番	区分	調剤行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
1	00	同日に複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を受け付けた際に、2回目以降の受付に対して調剤基本料の減算規定を適用しない場合（注3に該当しない場合）	同日の異なる時刻に処方箋を複数受け付けた場合は、処方箋を受け付けた年月日及び時刻をそれぞれ記載すること。	850100486	処方箋受付年月日（調剤基本料）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100065	処方箋受付時刻（同日1回目受付）：hh"時"mm"分"		
				851100066	処方箋受付時刻（同日2回目以降受付）：hh"時"mm"分"		
2	01	薬剤調製料（内服薬）	（配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合） 「配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合」、「内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合」、「内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	820100367	薬剤調製料（内服薬）：配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合		
				820100368	薬剤調製料（内服薬）：内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合		
				820100369	薬剤調製料（内服薬）：内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合		
				830100001	薬剤調製料（内服薬）：その他理由；******		
3	01	自家製剤加算	（自家製剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき） 算定理由が明確となるように記載すること。	830100438	算定理由（自家製剤加算）；******		
			（医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合） 調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名を記載すること。	830100908	調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名（自家製剤加算）；******		※
			（医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合） 調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。	820101255	調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情（自家製剤加算）：医薬品の供給上の問題		※
				830100909	調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情（自家製剤加算）；その他；******		※
4	01	自家製剤加算 計量混合調剤加算	（同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、自家製剤加算及び計量混合調剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき） 算定理由が明確となるように記載すること。	830100439	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由（自家製剤加算）；*******		
				830100441	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由（計量混合調剤加算）；******		
5	01	時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外加算の特例	処方箋を受け付けた年月日及び時刻を記載すること。	850100366	処方箋受付年月日（時間外加算）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100035	処方箋受付時刻（時間外加算）：hh"時"mm"分"		
				850100367	処方箋受付年月日（休日加算）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100368	処方箋受付年月日（深夜加算）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100036	処方箋受付時刻（深夜加算）：hh"時"mm"分"		
				850100369	処方箋受付年月日（時間外加算の特例）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100037	処方箋受付時刻（時間外加算の特例）：hh"時"mm"分"		
6	10の2	重複投薬・相互作用等防止加算 イ　残薬調整に係るもの以外の場合	処方医に連絡・確認を行った内容の要点を記載すること。	820101030	内容の要点（重複投薬・相互作用等防止加算）：同種・同効の併用薬との重複投薬		
				820101031	内容の要点（重複投薬・相互作用等防止加算）：併用薬・飲食物等との相互作用		
				820101032	内容の要点（重複投薬・相互作用等防止加算）：過去のアレルギー歴、副作用歴		
				820101256	内容の要点（重複投薬・相互作用等防止加算）：年齢や体重による影響		※
				820101257	内容の要点（重複投薬・相互作用等防止加算）：肝機能、腎機能等による影響		※
				820101034	内容の要点（重複投薬・相互作用等防止加算）：授乳・妊婦への影響		
				830100775	内容の要点（重複投薬・相互作用等防止加算）：その他薬学的観点から必要と認める事項；**********		
7	10の3 13の2	特定薬剤管理指導加算2	当該患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850100372	情報提供を行った年月日（特定薬剤管理指導加算2）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100445	患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関名（特定薬剤管理指導加算2）；******		
8	10の3 13の2	特定薬剤管理指導加算3ロ	（医薬品の供給の状況を踏まえ説明を行った場合） 調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名を記載すること。	830100910	調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名（特定薬剤管理指導加算3）；******		※
9	10の3 13の2	吸入薬指導加算	対象となる吸入薬の調剤年月日及び吸入薬の名称を記載すること。	850100480	吸入薬の調剤年月日（吸入薬指導加算）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100446	吸入薬の名称（吸入薬指導加算）；******		
10	14の4	調剤後薬剤管理指導料1	当該患者に糖尿病用剤を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190255	情報提供を行った年月日（調剤後薬剤管理指導料1）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				830100911	糖尿病用剤を処方した保険医療機関名（調剤後薬剤管理指導料1）；******		※
11	14の4	調剤後薬剤管理指導料2	当該患者に循環器用薬等を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190256	情報提供を行った年月日（調剤後薬剤管理指導料2）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				830100912	循環器用薬等を処方した保険医療機関名（調剤後薬剤管理指導料2）；******		※
12	10の3 13の2 13の3	服薬管理指導料 かかりつけ薬剤師指導料 かかりつけ薬剤師包括管理料	（在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者について、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われ、服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合） 算定年月日を記載すること。	850100374	算定年月日（服薬管理指導料）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100375	算定年月日（かかりつけ薬剤師指導料）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100376	算定年月日（かかりつけ薬剤師包括管理料）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
13	10の3	服薬管理指導料3	服薬管理指導料3の対象患者の入所する施設類型について選択し記載すること。（介護医療院又は介護老人保健施設に入所中の患者については、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準第20条第4号ハに係る処方箋を交付した場合に限る。）	820101258	服薬管理指導料3：介護老人福祉施設（特養）に入所している患者		※
				820101259	服薬管理指導料3：短期入所生活介護（ショートステイ）を受けている患者		※
				820101260	服薬管理指導料3：介護医療院に入所している患者		※
				820101261	服薬管理指導料3：介護老人保健施設（老健）に入所している患者		※
14	14の2	外来服薬支援料1	外来服薬支援料1の「注1」又は「注2」のどちらに該当するかを記載し、服薬管理を実施した年月日、保険医療機関の名称を記載すること。 なお、保険医療機関の名称については、注1の場合においては、服薬支援の必要性を確認した保険医療機関の名称を、注2の場合においては情報提供をした保険医療機関の名称をそれぞれ記載すること。	820100793	外来服薬支援料1：注1		
				820100794	外来服薬支援料1：注2		
				850100370	服薬管理を実施した年月日（外来服薬支援料1）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100442	保険医療機関の名称（外来服薬支援料1）；******		
15	14の2	外来服薬支援料2	（同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、外来服薬支援料2を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき） 算定理由が明確となるように記載すること。	830100776	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由（外来服薬支援料2）；*******		

項番	区分	調剤行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
16	14の2	施設連携加算	特に重点的な服薬管理の支援を行うことが必要な理由を選択し記載すること。	820101262	算定理由(施設連携加算):施設入所時であって、服用している薬剤が多いため		※
				820101263	算定理由(施設連携加算):新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となったため		※
				820101264	算定理由(施設連携加算):患者が服薬している薬剤に関する副作用・体調の変化等における当該施設職員からの相談があったため		※
17	14の3	服用薬剤調整支援料1	減薬の提案を行った年月日、保険医療機関の名称及び保険医療機関における調整前後の薬剤種類数を記載すること。 [記載例] ○○市立病院にて○種類から○種類に調整。○○医院にて○種類から○種類に調整。	850100371	減薬の提案を行った年月日(服用薬剤調整支援料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100443	保険医療機関名及び調整前後の種類数(服用薬剤調整支援料1):******		
18	14の3	服用薬剤調整支援料2	提案を行った全ての保険医療機関の名称を記載すること。	830100444	提案を行った保険医療機関名(服用薬剤調整支援料2):******		
19	15 15の2 15の3 15の5	在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急時等共同指導料 服薬情報等提供料(服薬情報等提供料3を除く)	(調剤を行っていない月に在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン薬剤管理指導料を含む)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料又は服薬情報等提供料(服薬情報等提供料3を除く)を算定した場合) 情報提供又は訪問の対象となる調剤の年月日及び投薬日数を記載すること。	基本料・薬学管理料レコード「前回調剤年月日」	(元号)yy"年"mm"月"dd"日調剤"	○	
				基本料・薬学管理料レコード「前回調剤数量」	ddd"日分投薬"	○	
20	15	在宅患者訪問薬剤管理指導料	(月に2回以上算定する場合) それぞれ算定の対象となる訪問指導(在宅患者オンライン薬剤管理指導料を含む)を行った日を記載すること。(特養のがん末期の患者の場合は、項番23(特養のがん末期の患者)のコードにより記載すること。)	850100378	訪問指導年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。	842100071	単一建物診療患者人数(在宅患者訪問薬剤管理指導料):******		
			(1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100371	訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100372	当該建築物戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下		
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
21	15 15の2	在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	(訪問薬剤管理指導を主に実施している保険薬局(以下「在宅基幹薬局」という。)に代わって連携する他の薬局(以下「在宅協力薬局」という。)が訪問薬剤管理指導を実施し、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合) 在宅基幹薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付及び在宅協力薬局名を記載すること。	850100379	(在宅基幹薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100448	(在宅基幹薬局)在宅協力薬局名(在宅患者訪問薬剤管理指導料):******		
				850100380	(在宅基幹薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100449	(在宅基幹薬局)在宅協力薬局名(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):******		
22	15 15の2	在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	(在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導(この場合においては、介護保険における居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を含む。)を実施した場合であって、処方箋が交付されていた場合) 在宅協力薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付を記載すること。	850100381	(在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100382	(在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
23	15 15の2 15の3	在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急時等共同指導料	(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の入所者であって末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合) 訪問薬剤管理指導等(在宅患者オンライン薬剤管理指導料を含む)を実施した日付を記載すること。	850190257	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850190258	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者オンライン薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850190259	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850190260	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850190261	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者緊急時共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
24	15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2	(末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して実施する場合であって、月8回を超えて算定する場合) 当該訪問が必要であった理由を選択し記載すること。	820101265	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍患者に対する麻薬の処方		※
				820101266	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍患者に対する麻薬以外の処方		※
				820101267	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍以外の患者に対する麻薬の処方		※
				830100913	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):その他:******		※
				820101268	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍患者に対する麻薬の処方		※
				820101269	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍患者に対する麻薬以外の処方		※
				820101270	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍以外の患者に対する麻薬の処方		※
				830100914	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):その他:******		※
25	15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2	(在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定する場合) 直近の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定した年月日を記載すること。	850100383	直近算定年月日(訪問薬剤管理指導):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
26	15の2	夜間訪問加算 休日訪問加算 深夜訪問加算	処方箋を受け付けた年月日及び時刻、訪問指導した年月日及び時刻を記載すること。	850190262	保険医から訪問指示があった年月日(夜間訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				851100071	保険医から訪問指示があった時刻(夜間訪問加算):hh"時"mm"分"		※
				850190263	訪問指導年月日(夜間訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				851100072	訪問指導時刻(夜間訪問加算):hh"時"mm"分"		※
				850190264	保険医から訪問指示があった年月日(休日訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				851100073	保険医から訪問指示があった時刻(休日訪問加算):hh"時"mm"分"		※
				850190265	訪問指導年月日(休日訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				851100074	訪問指導時刻(休日訪問加算):hh"時"mm"分"		※
				850190266	保険医から訪問指示があった年月日(深夜訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				851100075	保険医から訪問指示があった時刻(深夜訪問加算):hh"時"mm"分"		※
				850190267	訪問指導年月日(深夜訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※

項番	区分	調剤行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
				851100076	訪問指導時刻（深夜訪問加算）：hh"時"mm"分"		※
			当該訪問が必要であった理由を選択し記載すること。	820101271	訪問が必要であった理由（夜間・休日・深夜訪問加算）：末期の悪性腫瘍患者であるため		※
				820101272	訪問が必要であった理由（夜間・休日・深夜訪問加算）：注射による麻薬の投与が必要な患者であるため		※
27	15の4	退院時共同指導料	指導年月日、共同して指導を行った患者が入院する保険医療機関の保険医等の氏名及び保険医療機関の名称並びに退院後の在宅医療を担う保険医療機関の名称を記載すること。	850100385	指導年月日（退院時共同指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100450	患者が入院している保険医療機関の保険医等の氏名（退院時共同指導料）：****		
				830100451	患者が入院している保険医療機関名（退院時共同指導料）：******		
				830100452	退院後の在宅医療を担う保険医療機関名（退院時共同指導料）：******		
28	15の5	服薬情報等提供料3	情報提供先の保険医療機関の名称及び診療科名を記載すること。 なお、情報提供先の保険医療機関の名称について、複数の保険医療機関に対して服薬情報等の提供を行った場合は各保険医療機関の名称を記載すること。診療科名については、同一保険医療機関の複数の診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合に各診療科名を記載すること。	830100638	情報提供先の保険医療機関名（服薬情報等提供料3）：******		
				830100639	情報提供先の診療科名（服薬情報等提供料3）：******		
29	15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 1　処方箋に基づく場合（残薬調整に係るもの以外の場合）	処方医に連絡・確認を行った内容の要点を記載すること。	820101035	内容の要点（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料）：同種・同効の併用薬との重複投薬		
				820101036	内容の要点（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料）：併用薬・飲食物等との相互作用		
				820101037	内容の要点（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料）：過去のアレルギー歴、副作用歴		
				820101275	内容の要点（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料）：年齢や体重による影響		※
				820101276	内容の要点（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料）：肝機能、腎機能等による影響		※
				820101039	内容の要点（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料）：授乳・妊婦への影響		
				830100777	内容の要点（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料）：その他薬学的観点から必要と認める事項：******		
30	15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 2のイ　処方箋交付前の場合（残薬調整に係るもの以外の場合）	処方箋の交付前に行った処方医への処方提案の内容の要点を記載すること。	820101277	内容の要点（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：同種・同効の併用薬との重複投薬		※
				820101278	内容の要点（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：併用薬・飲食物等との相互作用		※
				820101279	内容の要点（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：過去のアレルギー歴、副作用歴		※
				820101280	内容の要点（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：年齢や体重による影響		※
				820101281	内容の要点（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：肝機能、腎機能等による影響		※
				820101282	内容の要点（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：授乳・妊婦への影響		※
				830100915	内容の要点（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：その他薬学的観点から必要と認める事項：******		※
			患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談した年月日を記載すること。	850190268	相談年月日（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
			薬剤の変更内容について選択し記載すること。	820101283	薬剤の変更内容（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：薬剤の追加		※
				820101284	薬剤の変更内容（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：薬剤の削減		※
				820101285	薬剤の変更内容（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：同種同効薬への変更		※
				820101286	薬剤の変更内容（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：剤形の変更		※
				820101287	薬剤の変更内容（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：用量の変更		※
				820101288	薬剤の変更内容（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：用法の変更		※
				830100916	薬剤の変更内容（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：前）：その他：******		※
31	15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 2のロ　処方箋交付前の場合（残薬調整に係るものの場合）	患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談した年月日を記載すること。	850190269	相談年月日（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料：事前の残薬調整）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
32	15の8	在宅移行初期管理料	（計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前であって別の日に患家を訪問して実施した場合） 訪問を実施した日付について、記載すること。	850190270	訪問を実施した年月日（在宅移行初期管理料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
			特に重点的な服薬支援を行う必要性があると判断した対象患者を選択し記載すること。	820101289	対象患者（在宅移行初期管理料）：認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者		※
				820101290	対象患者（在宅移行初期管理料）：障害児である18歳未満の患者		※
				820101291	対象患者（在宅移行初期管理料）：6歳未満の乳幼児		※
				820101292	対象患者（在宅移行初期管理料）：末期のがん患者		※
				820101293	対象患者（在宅移行初期管理料）：注射による麻薬の投与が必要な患者		※
33	—	一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合	（一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合） その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品なし」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。	820100373	後発医薬品を調剤しなかった理由：患者の意向		
				820100374	後発医薬品を調剤しなかった理由：保険薬局の備蓄		
				820100375	後発医薬品を調剤しなかった理由：後発医薬品なし		
				820100376	後発医薬品を調剤しなかった理由：その他		

項番	区分	調剤行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
34	—	長期収載品の選定療養に関する取扱い	（長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合） 理由のうち、該当するものを記載すること。 ①医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断したため ・ 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断する場合。 ・ 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師又は歯科医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ・ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師又は歯科医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ・ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ②後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。 ③後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合。 ~~※記載は制度が施行となる令和6年10月からとする。~~	~~※レセプト電算処理システム用コード、レセプト表示文言（理由の具体例）については、追ってお示しする。~~			
				820101325	医療上の必要性があると医師又は歯科医師が判断したため（処方箋の「変更不可（医療上必要）」欄に「レ」又は「×」の記載があった場合等）		
				820101326	剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断したため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		
35	—	長期の旅行等特殊の事情がある場合に、日数制限を超えて投与された場合	長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認められ、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与された場合は、処方箋の備考欄に記載されている長期投与の理由について、「海外への渡航」、「年末・年始又は連休」又は「その他」からもっとも当てはまるものをひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は具体的な理由を記載すること。	820100795	長期投与の理由：海外への渡航（年末・年始又は連休に該当するものは除く。）		
				820100796	長期投与の理由：年末・年始又は連休		
				830100453	長期投与の理由：その他理由；********		
36	—	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。以下同じ。）が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、処方医が当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨について、処方箋の記載により確認した旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	820100377	処方箋記載により確認		
				820100378	疑義照会により確認		
37	—	介護保険に相当するサービスを行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合	居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費により訪問指導を行った日を記載すること。	850190271	訪問指導年月日（居宅療養管理指導費等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
			要支援度及び要介護度（月末時点）を選択し、記載すること。	820101294	要支援1		※
				820101295	要支援2		※
				820101296	要介護1		※
				820101297	要介護2		※
				820101298	要介護3		※
				820101299	要介護4		※
				820101300	要介護5		※
38	-	プログラム医療機器の評価療養に関する取扱い	「器評」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820000095	（器評）		
				820101251	第1段階承認後のプログラム医療機器		※
				820101252	チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器		※
39	—	プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820101253	（器選）		※
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		※

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の〇の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
1	アイモビーグ皮下注70mgペン		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後２年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に５年以上の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600001	医師要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600002	医師要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600003	医師要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600004	医師要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600005	医師要件オ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	842600001	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（アイモビーグ皮下注70mgペン）：******	
			投与の要否の判断にあたっては、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること。（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600006	前治療要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600007	前治療要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600008	前治療要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600009	前治療要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			投与開始後3ヶ月（3回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600010	投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
2	アキャルックス点滴静注250mg		投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600115	投与が必要と判断した理由（アキャルックス点滴静注250mg）：******	
3	アクトヒブ		ペグセタコプランの投与を行った又は行う予定の年月日を記載すること。	850600157	ペグセタコプランの投与を行った年月日（アクトヒブ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600158	ペグセタコプランの投与を行う予定の年月日（アクトヒブ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
4	アコファイド錠100mg	機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感	「機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できること。また、その場合には、診療報酬明細書の傷病名に「機能性ディスペプシア」を用いること。	傷病名コード	（傷病名を表示する。）	
			診療報酬明細書の記載に当たっては、上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600001	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（アコファイド錠100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600002	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（初回投与）（アコファイド錠100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
5	アジョビ皮下注225mgシリンジ アジョビ皮下注225mgオートインジェクター		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後２年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に５年以上の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600011	医師要件ア（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600012	医師要件イ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600013	医師要件ウ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600014	医師要件エ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600015	医師要件オ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	842600002	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）：******	
			投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600016	前治療要件ア（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600017	前治療要件イ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600018	前治療要件ウ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600019	前治療要件エ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
			4週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月（3回投与後）、12週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月（1回投与後）又は6ヶ月（2回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600226	4週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600227	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月（1回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600228	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後6ヶ月（2回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
6	アドセトリス点滴静注用50mg		CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 （平成30年9月20日以前に既に本製剤の投与を受けている患者に対しては、本通知前からの投与継続患者である旨（「投与継続患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。）	850600003	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600004	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（初回投与）（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600021	投与継続患者（アドセトリス点滴静注用50mg）	
				850600005	初めて投与した年月日（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
7	アドトラーザ皮下注150mgシリンジ	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 皮膚免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2） 次に掲げる本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況のうち該当するもの（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難である。 3） 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600255	医師要件ア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ）	※
				820600256	医師要件イ（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ）	※
				820600257	前治療要件ア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ）	※
				820600258	前治療要件イ（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ）	※
				830600138	IGAスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ）：******	※
				830600139	全身のEASIスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ）：******	※
				830600140	頭頸部のEASIスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ）：******	※
				842600022	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ）：******	※

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
8	アベクマ点滴静注		本製品の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。(「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載) ア　日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリー1)を有する施設 イ　日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち、看護師(基準3.3.1及び3.3.2)、移植認定医(基準3.2.1)及び移植コーディネーター(基準3.4.3)以外の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリー2)を有する施設 ウ　日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち、看護師(基準3.3.1及び3.3.2)、移植認定医(基準3.2.1)、移植コーディネーター(基準3.4.3)及び移植実績(基準4.1及び4.2)以外の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリー3)を有する施設 エ　本品に係る治験の実施施設	820600259	施設要件ア(アベクマ点滴静注)	※
				820600260	施設要件イ(アベクマ点滴静注)	※
				820600261	施設要件ウ(アベクマ点滴静注)	※
				820600262	施設要件エ(アベクマ点滴静注)	※
9	アリセプト錠3mg アリセプト錠5mg アリセプト錠10mg アリセプトD錠3mg アリセプトD錠5mg アリセプトD錠10mg アリセプト細粒0.5% アリセプト内服ゼリー3mg アリセプト内服ゼリー5mg アリセプト内服ゼリー10mg アリセプトドライシロップ1% 後発品のドネペジル塩酸塩製剤		(本製剤をレビー小体型認知症における認知症症状の進行抑制に用いる場合) 次の事項を記載すること。 ①　効能又は効果に関連する使用上の注意において「本剤は、認知症治療に精通し、「17. 臨床成績」の項の内容について十分に理解した医師又はその指導の下で、レビー小体型認知症の臨床診断基準に基づき、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本剤の使用が適切と判断された患者にのみ使用すること。」とされていることから、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本製剤の臨床試験成績も踏まえた上で、本製剤の使用が適切と判断された患者に対して使用した場合に限り算定できる。レビー小体型認知症と診断され、本製剤の使用が適切と判断した理由(最新のガイドラインに基づいた診断内容及び臨床試験成績を理解した上で本剤投与が適切と判断した旨)を記載すること。 ②　用法及び用量において「投与開始12週間後までを目安に、認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価してベネフィットがリスクを上回ると判断できない場合は、投与を中止すること。」とされていることから、投与開始12週間後までに有効性評価を行い、投与継続の検討を行った年月日、本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィットがリスクを上回ると判断した内容)を記載すること。 ③　用法及び用量において「投与開始12週間後までの有効性評価の結果に基づき投与継続を判断した場合であっても、定期的に有効性評価を行い、投与継続の可否を判断すること。」とされていることから、投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合は、投与継続の検討を行った直近の年月日、本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィットがリスクを上回ると判断した内容)を記載すること。	830600141	本製剤の使用が適切と判断した理由(アリセプト錠3mg等):******	※
				850600159	投与継続の検討を行った年月日(アリセプト錠3mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				830600142	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(アリセプト錠3mg等):******	※
				850600160	投与継続の検討を行った直近の年月日(投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合)(アリセプト錠3mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				830600143	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合)(アリセプト錠3mg等):******	※
10	アルンブリグ錠30mg アルンブリグ錠90mg		ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600006	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(アルンブリグ錠30mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600007	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(アルンブリグ錠30mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
11	アレセンサカプセル150mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600008	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(アレセンサカプセル150mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600009	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(アレセンサカプセル150mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
12	アレモ皮下注15mg アレモ皮下注60mg アレモ皮下注150mg		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600144	インヒビター力価(アレモ皮下注15mg等):******	※
				850600161	インヒビター力価測定年月日(アレモ皮下注15mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
13	アロフィセル注		本製品の効能、効果又は性能において、「非活動期又は軽症の活動期クローン病患者における複雑瘻痘の治療。ただし、少なくとも1つの既存治療薬による治療を行っても効果が不十分な場合に限る。」及び用法及び用量又は使用方法に関連する使用上の注意において、「本品を再投与した臨床成績は得られておらず、瘻痘の状態を十分に確認した上で、再投与の要否を慎重に判断すること。」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、次の事項を記載すること。 ア　本製品の投与が適切と判断した理由 イ　既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間 ウ　本製品の投与回数(1回目又は2回目と記載する)	830600002	投与が適切と判断した理由(アロフィセル注):******	
				830600003	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名(アロフィセル注):******	
				830600004	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の使用期間(アロフィセル注):******	
				820600022	投与回数1回目(アロフィセル注)	
				820600023	投与回数2回目(アロフィセル注)	
14	イエスカルタ点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載) ア　日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリー1)を有する施設 イ　認定カテゴリー1に準ずる診療科(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科)を有する施設	820600024	施設要件ア(イエスカルタ点滴静注)	
				820600025	施設要件イ(イエスカルタ点滴静注)	
15	イデルビオン静注用250 イデルビオン静注用500 イデルビオン静注用1000 イデルビオン静注用2000 イデルビオン静注用3500		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600005	手術時に使用した理由(イデルビオン静注用250等):******	
16	イブランス錠25mg イブランス錠125mg		ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600011	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(イブランス錠25mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(イブランスカプセル25mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600013	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(イブランス錠25mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600014	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(イブランスカプセル25mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
17	イベニティ皮下注105mgシリンジ		(12ヵ月投与した後に本製剤を再投与する場合) 再投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ア　骨折の危険性が高いと判断した理由 イ　本製剤を再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名	830600006	骨折の危険性が高いと判断した理由(イベニティ皮下注105mgシリンジ):******	
				830600007	再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名(イベニティ皮下注105mgシリンジ):******	
		切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における経治的化学放射線療法後の維持療法	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)。 ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
		進展型小細胞肺癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)。 ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	

R6項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年6月1日適用
18	イミフィンジ点滴静注120mg イミフィンジ点滴静注500mg		次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
		切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
			本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨を記載すること(「併用投与ア」と記載)。 ア トレメリムマブ(遺伝子組換え)及び白金製剤(シスプラチン又はカルボプラチン)との併用投与	820600263	併用投与ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	※
			本製剤を「併用投与ア」により併用する場合は、EGFR遺伝子変異陰性及びALK融合遺伝子陰性の患者において有効性が示されているので、EGFR遺伝子変異陰性及びALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600162	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(イミフィンジ点滴静注120mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600163	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(イミフィンジ点滴静注120mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
		切除不能な肝細胞癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
			② 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
		治癒切除不能な胆道癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、胆道癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
			本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨を記載すること(「併用投与ア」と記載)。 ア ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与	820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600263	併用投与ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	※
				820600264	施設要件ア(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	※
				820600265	施設要件イ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	※
				820600266	施設要件ウ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	※
				820600267	施設要件エ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	※
				820600268	施設要件オ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	※
				820600269	施設要件カ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	※
				820600270	施設要件キ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	※
				820600271	施設要件ク(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	※
				820600272	施設要件ケ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	※
				820600273	施設要件コ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	※
				820600274	施設要件サ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	※
				830600145	連携施設名(施設要件キ、ケ又はサに該当)(ウゴービ皮下注0.25mg SD等):******	※
				830600146	連携施設の所在地(施設要件キ、ケ又はサに該当)(ウゴービ皮下注0.25mg SD等):******	※
			(本製剤の投与開始の場合) 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる標榜診療科名のうち該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものをすべて記載) ア 内科 イ 循環器内科 ウ 内分泌内科	820600275	施設要件シ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	※
				820600276	施設要件ス(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	※

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
19	ウゴービ皮下注0.25mg SD ウゴービ皮下注0.5mg SD ウゴービ皮下注1.0mg SD ウゴービ皮下注1.7mg SD ウゴービ皮下注2.4mg SD		ｼ　内分泌内科 エ　代謝内科 オ　糖尿病内科 ② 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件カ」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載）及び「施設要件キ」、「施設要件ケ」又は「施設要件サ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 カ　日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる キ　日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ク　日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ケ　日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる コ　日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる サ　日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ③ 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載） シ　日本循環器学会の教育研修施設 ス　日本糖尿病学会の教育研修施設 セ　日本内分泌学会の教育研修施設 ④ 常勤の管理栄養士の免許証番号 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に5年以上の臨床研修を有していること。 イ　医師免許取得後、満7年以上の臨床経験を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること。 ⑥ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載） ウ　日本循環器学会の専門医 エ　日本糖尿病学会の専門医 オ　日本内分泌学会の専門医 ⑦ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載） ア　高血圧 イ　脂質異常症 ウ　2型糖尿病 ⑧ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載） エ　BMIが27kg/m2以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する オ　BMIが35kg/m2以上 ⑨ ⑧の「患者要件エ」に該当する場合は、次に掲げる肥満に関連する健康障害のうち、該当するもの（「患者要件カ」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載） カ　耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など） キ　脂質異常症 ク　高血圧 ケ　高尿酸血症・痛風 コ　冠動脈疾患 サ　脳梗塞 シ　非アルコール性脂肪性肝疾患 ス　月経異常・不妊 セ　閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 ソ　運動器疾患 タ　肥満関連腎臓病 ⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ⑪ ⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ⑫ 合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名 ⑬ 本製剤による治療計画（68週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日	820600277	施設要件セ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				830600147	常勤の管理栄養士の免許証番号（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：******	※
				820600278	医師要件ア（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600279	医師要件イ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600280	医師要件ウ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600281	医師要件エ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600282	医師要件オ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600283	患者要件ア（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600284	患者要件イ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600285	患者要件ウ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600286	患者要件エ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600287	患者要件オ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600288	患者要件カ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600289	患者要件キ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600290	患者要件ク（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600291	患者要件ケ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600292	患者要件コ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600293	患者要件サ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600294	患者要件シ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600295	患者要件ス（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600296	患者要件セ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600297	患者要件ソ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				820600298	患者要件タ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	※
				850600164	食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600165	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				830600148	合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中の医薬品名（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：******	※
				850600166	治療計画（68週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
			（本製剤の継続投与の場合及び再投与後の継続投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本製剤投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日。 ② 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ③ 次に掲げるすべての項目の直近の測定値及び測定年月日並びに改善傾向が認められた旨 ア　体重 イ　血糖 ウ　血圧 エ　脂質	850600167	投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				842600023	初回投与から起算して、何週目の投与（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：******	※
				842600024	直近の測定値（ア　体重）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：******	※
				842600025	直近の測定値（イ　血糖）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：******	※
				842600026	直近の測定値（ウ　血圧）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：******	※
				842600027	直近の測定値（エ　脂質）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：******	※
				850600168	測定年月日（ア　体重）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600169	測定年月日（イ　血糖）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600170	測定年月日（ウ　血圧）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600171	測定年月日（エ　脂質）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				830600149	改善傾向が認められた旨（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：******	※
			（本製剤の中止後に肥満症の悪化が認められ、本製剤の初回投与開始時と同様に、本剤を投与する施設において適切な治療計画に基づく食事療法・運動療法を実施しても、本製剤の再投与が必要と判断された場合） 再投与の開始日に次の事項を記載すること。 ① 本製剤の投与を中止した年月日 ② 本製剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ③ ②の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ④ ②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6か月間行う前に、やむを得ず本製剤の投与を再開する場合はその理由 ⑤ 改めて本製剤による治療計画（68週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日	850600172	投与を中止した年月日（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600173	改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600165	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				830600150	やむを得ず本製剤の投与を再開するその理由（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：******	※
				850600174	改めて本製剤による治療計画（68週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
20	ヴァイトラックビカプセル25mg ヴァイトラックビカプセル100mg ヴァイトラックビ内用液20mg／mL		NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600015	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ヴァイトラックビカプセル25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600016	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ヴァイトラックビカプセル25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
21	ヴァンフリタ錠17．7mg ヴァンフリタ錠26．5mg		FLT3−ITD 変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600017	FLT3−ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日（ヴァンフリタ錠17．7mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600018	FLT3−ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ヴァンフリタ錠17．7mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
22	エクロックゲル5%		投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）を記載すること。	830600011	多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）（エクロックゲル5%）：******	
23	エスポー皮下用24000シリンジ		（貯血量が800mL 以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合） 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600012	貯血量（エスポー皮下用24000シリンジ）：******	
				830600013	投与する前の患者の体重（エスポー皮下用24000シリンジ）：******	
				830600014	Hb濃度（エスポー皮下用24000シリンジ）：******	
24	エスワンタイホウ配合OD錠T20 エスワンタイホウ配合OD錠T25		本製剤の用法及び用量において、「胃癌にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、頭頸部癌にはA法、非小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不能又は再発乳癌にはA法、膵癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること（「A法」から「F法」までのうち該当するものを記載）。	820600299	A法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	※
				820600300	B法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	※
				820600301	C法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	※
				820600302	D法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	※
				820600303	E法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	※
				820600304	F法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	※
25	エドルミズ錠50mg		以下のアに該当し、イ～エのうち2つ以上を認める患者に使用することとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～エのうち該当するものをすべて記載すること。 ア 6カ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振 イ 疲労又は倦怠感 ウ 全身の筋力低下 エ CRP値0.5mg／dL超、ヘモグロビン値12g／dL未満又はアルブミン値3.2g／dL未満のいずれか1つ以上	820600031	ア 6カ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振（エドルミズ錠50mg）	
				820600032	イ 疲労又は倦怠感（エドルミズ錠50mg）	
				820600033	ウ 全身の筋力低下（エドルミズ錠50mg）	
				820600034	エ CRP値0．5mg／dL超、ヘモグロビン値12g／dL未満又はアルブミン値3．2g／dL未満のいずれか1つ以上（エドルミズ錠50mg）	
			投与継続の検討を行った直近の年月日を記載すること。	850600019	投与継続の検討を行った直近の年月日（エドルミズ錠50mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
26	エフィエント錠2．5mg エフィエント錠3．75mg	虚血性脳血管障害（大血管アテローム硬化又は小血管の閉塞に伴う）後の再発抑制	効能又は効果に関連する注意において、「「17．臨床成績」の項の内容を熟知し、有効性についてクロピドグレルに対する非劣性が検証されていないことや臨床試験の対象患者等を十分に理解した上で、本剤投与の適否を判断すること。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600134	投与が必要と判断した理由（エフィエント錠2．5mg等）：******	
27	エプリスディドライシロップ60mg		効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600020	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（エプリスディドライシロップ60mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600021	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（初回投与）（エプリスディドライシロップ60mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（オナセムノゲン アベパルボベク（販売名：ゾルゲンスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合） その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	830600015	オナセムノゲン アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由（エプリスディドライシロップ60mg）：******	
28	エポジン注シリンジ1500 エポジン注シリンジ3000		（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血にエポジン注シリンジ1500、同3000及び同6000を使用する場合） 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600016	貯血量（エポジン注シリンジ1500等）：******	
				830600017	投与ずる前の患者の体重（エポジン注シリンジ1500等）：******	
				830600018	Hb濃度（エポジン注シリンジ1500等）：******	
29	エポジン皮下注シリンジ24000		（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血に使用する場合） 貯血量、本製剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600019	貯血量（エポジン皮下注シリンジ24000）：******	
				830600020	投与する前の患者の体重（エポジン皮下注シリンジ24000）：******	
				830600021	Hb濃度（エポジン皮下注シリンジ24000）：******	
30	エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター エムガルティ皮下注120mgシリンジ		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している 。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600233	医師要件ア（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600234	医師要件イ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600235	医師要件ウ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600236	医師要件エ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600237	医師要件オ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days（MHD 、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均 。	842100110	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days（MHD 、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）：******	
			投与の要否の判断に あたっては、以下のアに該当し、イ～エ のいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている 。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600238	前治療要件ア（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600239	前治療要件イ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600240	前治療要件ウ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600241	前治療要件エ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
			投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後3カ月（3回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600044	投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
31	エムパベリ皮下注1080mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「補体（C5）阻害剤による適切な治療を行っても、十分な効果が得られない場合に投与すること」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、治療として使用していた薬剤の品名及	830600151	治療として使用していた薬剤の品名（エムパベリ皮下注1080mg）：******	※

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年6月1日 適用
31	注射用エムパベリ皮下注1080mg		切れない場合に投与すること。」とされている。ので、本製剤の投与開始に当たっては、治療として使用していた薬剤の名称及び使用期間を記載すること。	830600152	治療として使用していた使用期間（エムパベリ皮下注1080mg）：******	※
32	エンハーツ点滴静注用100mg	化学療法歴のあるHER2陽性の手術不能又は再発乳癌	「トラスツズマブ（遺伝子組換え）及びタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、トラスツズマブ（遺伝子組換え）及びタキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を記載すること。	820600045	トラスツズマブ（遺伝子組換え）の治療歴を有する患者（エンハーツ点滴静注用100mg）	
				820600046	タキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者（エンハーツ点滴静注用100mg）	
		がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治癒切除不能な進行・再発の胃癌の場合	一次治療及び二次治療の治療歴を有し、かつ、トラスツズマブ（遺伝子組換え）を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することとし、一次治療及び二次治療で実施した化学療法を記載すること。	830600022	一次治療で実施した化学療法（エンハーツ点滴静注用100mg）：******	
				830600023	二次治療で実施した化学療法（エンハーツ点滴静注用100mg）：******	
		化学療法歴のあるHER2低発現の手術不能又は再発乳癌	「HER2 低発現の定義について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2 低発現が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2低発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600175	HER2低発現を確認した検査の実施年月日（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600176	HER2低発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
		がん化学療法後に増悪したHER2（ERBB2）遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2（ERBB2）遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600177	HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600178	HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
33	エンレスト錠50mg エンレスト錠100mg エンレスト錠200mg	慢性心不全、高血圧症	（慢性心不全の場合） 本製剤の効能又は効果において、「慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。 （高血圧症の場合） 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「過度な血圧低下のおそれ等があり、原則として本剤を高血圧治療の第一選択薬としないこと。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600024	投与が必要と判断した理由（エンレスト錠50mg等）：******	
34	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 （※は、古典的ホジキンリンパ腫に限る。） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院※、小児がん連携病院※など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600164	施設要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600186	施設要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600190	施設要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
				820600194	施設要件エ（オプジーボ点滴静注）	
				820600197	施設要件オ（オプジーボ点滴静注）	
35	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			（本製剤とイピリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に投与する場合） PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600123	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600106	PD-L1発現率を確認した検査結果（発現率）（オプジーボ点滴静注）：******	
			（本製剤とイピリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率1%以上の場合） 本製剤とイピリムマブを併用投与することとした理由を記載すること。	830600116	本製剤とイピリムマブを併用投与することとした理由（オプジーボ点滴静注）：******	
			（本製剤とイピリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できなかった場合） 確認できなかった理由を記載すること。	830600117	PD-L1発現率を確認できなかった理由（オプジーボ点滴静注）：******	
			（平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合：平成29年4月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
36	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	※
			（平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合：平成29年4月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
37	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌	次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600140	医師・歯科医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
38	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			（本製剤とイピリムマブ（遺伝子組換え）の併用を化学療法未治療の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の患者に投与する場合） 次のいずれに該当するかを記載すること。（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載） ア IMDC リスク分類：intermediate リスク イ IMDC リスク分類：poor リスク	820600152	患者要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600154	患者要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			（平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（平成29年4月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合：平成29年6月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。	820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
39	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫	ア 医師免許取得後2年の初期研修を 修 了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を 修 了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上のが小児血液 及び小児 がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
			(平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合) 投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者(オプジーボ点滴静注)	
				85060129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
			(平成29年4月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合:平成29年6月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)	
				85060129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
40	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	治癒切除不能な進行・再発の胃癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) HER2陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	85060118	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
41	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性胸膜中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
42	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)を有する結腸・直腸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	85060120	MSI-Highを確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
43	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能な進行・再発の食道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
44	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	食道癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
45	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	原発不明癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、原発不明癌に対するがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
			原発不明癌と診断するにあたり実施した原発巣検索の検査等として該当するもの(「検査等ア」から「検査等ク」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 胸部X線 イ 頭頸部・胸腹部・骨盤CT ウ FDG-PET、PET-CT エ 上部・下部消化管内視鏡 オ 腫瘍マーカー測定 カ 病理学的検索 キ 免疫組織化学的検索 ク 遺伝子・染色体検査	820600156	検査等ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600157	検査等イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600158	検査等ウ(オプジーボ点滴静注)	
				820600159	検査等エ(オプジーボ点滴静注)	
				820600160	検査等オ(オプジーボ点滴静注)	
				820600161	検査等カ(オプジーボ点滴静注)	
				820600162	検査等キ(オプジーボ点滴静注)	
				820600163	検査等ク(オプジーボ点滴静注)	
46	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	尿路上皮癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
			(シスプラチン等の白金系抗悪性腫瘍剤を含む術前補助療法歴のない患者に投与する場合) 投与することとした理由	830600113	投与することとした理由(オプジーボ点滴静注):******	
47	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	非小細胞肺癌における術前補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
48	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	悪性中皮腫(悪性胸膜中皮腫を除く)	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性中皮腫(悪性胸膜中皮腫を除く)のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
49	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能な進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
	オルプロリクス静注用500 オルプロリクス静注用1000 オルプロリクス静注用2000 オルプロリクス静注用3000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600025	手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用500等):******	

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
50	オルプロリクス静注用250		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600026	手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用250）：******	
	オルプロリクス静注用4000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600027	手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用4000）：******	
51	オルミエント錠2mg オルミエント錠4mg	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア　成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ　成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ　小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2）本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア　2歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ　2歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3）疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア　IGAスコア イ　全身又は頭頸部のEASIスコア ウ　体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600048	施設要件ア（オルミエント錠2mg等）	
				820600049	施設要件イ（オルミエント錠2mg等）	
				820600372	施設要件ウ（オルミエント錠2mg等）	※
				820600050	前治療要件ア（オルミエント錠2mg等）	
				820600051	前治療要件イ（オルミエント錠2mg等）	
				830600028	IGAスコア（オルミエント錠2mg等）：******	
				830600029	全身のEASIスコア（オルミエント錠2mg等）：******	
				830600030	頭頸部のEASIスコア（オルミエント錠2mg等）：******	
				842600008	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（オルミエント錠2mg等）：******	
		円形脱毛症（ただし、脱毛部位が広範囲に及ぶ難治の場合に限る）	効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6カ月程度毛髪に自然再生が認められない患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、頭部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪の自然再生が認められていない期間を記載すること。	830600153	頭部全体に占める脱毛部位の割合（オルミエント錠2mg等）：******	※
				830600154	毛髪の自然再生が認められていない期間（オルミエント錠2mg等）：******	※
52	オンデキサ静注用200mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤は直接作用型第Xa因子阻害剤（アピキサバン、リバーロキサバン又はエドキサバントシル酸塩水和物）の種類、最終投与時の1回投与量、最終投与からの経過時間、患者背景（直接作用型第Xa因子阻害剤の薬物動態に影響する可能性がある腎機能等）等から、直接作用型第Xa因子阻害剤による抗凝固作用が発現している期間であることが推定される患者にのみ使用すること。」及び「本剤はアピキサバン、リバーロキサバン又はエドキサバントシル酸塩水和物以外の抗凝固剤による抗凝固作用の中和には使用しないこと。」とされているので、次の事項を記載すること。 ア　直接作用型第Xa因子阻害剤の種類、最終投与時の1回投与量及び最終投与からの経過時間 イ　本製剤の投与が必要と判断した理由	830600155	直接作用型第Xa因子阻害剤の種類（オンデキサ静注用200mg）：******	※
				830600156	最終投与時の1回投与量（オンデキサ静注用200mg）：******	※
				830600157	最終投与からの経過時間（オンデキサ静注用200mg）：******	※
				830600158	投与が必要と判断した理由（オンデキサ静注用200mg）：******	※
53	ガザイバ点滴静注1000mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「フローサイトメトリー法等により検査を行い、CD20抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600023	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600024	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		CD20陽性の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）	用法及び用量に関連する注意において、「アカラブルチニブを28日間投与した後に本剤の投与を開始すること。」とされているため、アカラブルチニブと併用する場合には、アカラブルチニブの単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600179	アカラブルチニブの単独投与開始年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600180	アカラブルチニブの単独投与終了年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
54	カナグル錠100mg		（「2型糖尿病を合併する慢性腎臓病　ただし、末期腎不全又は透析施行中の患者を除く。」に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが30mL/min/1.73m2未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、新規に投与しないこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、投与開始時のeGFRの値及び検査の実施年月日を記載すること。	842600028	投与開始時のeGFRの値（カナグル錠100mg）：******	※
				850600181	eGFR検査の実施年月日（カナグル錠100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
55	カルケンスカプセル100mg		（本製剤を「未治療の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）」に用いる場合は、用法及び用量に関連する注意において、「オビヌツズマブ（遺伝子組換え）と併用する場合には、本剤を28 日間投与した後にオビヌツズマブ（遺伝子組換え）の投与を開始すること。」とされているため、オビヌツズマブ（遺伝子組換え）と併用する場合） 本製剤の単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600182	単独投与開始年月日（カルケンスカプセル100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600183	単独投与終了年月日（初回投与）（カルケンスカプセル100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
56	キイトルーダ点滴静注100mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携拠点病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600165	施設要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600187	施設要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600191	施設要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600195	施設要件エ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600198	施設要件オ（キイトルーダ点滴静注）	
57	キイトルーダ点滴静注100mg	悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
58	キイトルーダ点滴静注100mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			（本剤を単独で投与する場合） PD-L1 の発現を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600133	PD-L1の発現を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600118	PD-L1の発現を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）：******	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載）を記載すること。 ア　ペムブロリズマブ及びプラチナ製剤との併用投与 イ　カルボプラチン及びパクリタキセル又は nab-パクリタキセルとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）	
59	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
60	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した根治切除不能な尿路上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
61	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌腫領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日	850600121	MSI-Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
62	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌	次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、6年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。 なお、本剤による治療においては副作用等の全身的管理を要するため、患者の治療に当たる歯科医師はアからウまでのいずれかに示す条件を満たす医師（頭頸部癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師）との緊密な連携のもとに診療すること。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600139	医師・歯科医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載）を記載すること。 ア 5-FU 及びプラチナ製剤との併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
63	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載）を記載すること。 ア アキシチニブとの併用投与 イ レンバチニブとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）	
64	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な進行・再発の食道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
			（本製剤を単独で投与する場合） PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600124	PD－L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600107	PD－L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）：******	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載）を記載すること。 ア 5-FU及びシスプラチンとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
65	キイトルーダ点滴静注100mg	治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するもの）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌腫領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600121	MSI－Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
66	キイトルーダ点滴静注100mg	PD-L1陽性のホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600124	PD－L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600107	PD－L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）：******	
			ホルモン受容体陰性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600134	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア ゲムシタビン及びカルボプラチンとの併用投与 イ パクリタキセルとの併用投与 ウ パクリタキセル（アルブミン懸濁型）との併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600177	併用投与ウ（キイトルーダ点滴静注）	
67	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
68	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した高い腫瘍遺伝子変異量（TMB－High）を有する進行・再発の固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となるがん種領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			TMB-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600128	TMB－Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
69	キイトルーダ点滴静注100mg	腎細胞癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
70	キイトルーダ点滴静注100mg	ホルモン受容体陰性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術前・術後薬物療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			ホルモン受容体陰性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600134	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			本製剤を術前薬物療法として他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア パクリタキセル及びカルボプラチンとの併用投与 イ ドキソルビシン塩酸塩及びシクロホスファミド水和物との併用投与 ウ エピルビシン塩酸塩及びシクロホスファミド水和物との併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600177	併用投与ウ（キイトルーダ点滴静注）	
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
71	キイトルーダ点滴静注100mg	進行又は再発の子宮頸癌	がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			本製剤を術前薬物療法として他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載）を記載すること。 ア パクリタキセル及びプラチナ製剤との併用投与 イ パクリタキセル、プラチナ製剤及びベバシズマブとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）	
72	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は難治性の原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）をきさいすること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
73	キムリア点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 認定カテゴリー1 に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600052	施設要件ア（キムリア点滴静注）	
				820600053	施設要件イ（キムリア点滴静注）	
			再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において「CD19抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。	850600025	CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（キムリア点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
74	クリースビータ皮下注10mg クリースビータ皮下注20mg クリースビータ皮下注30mg		本剤の効能又は効果は「FGF23関連低リン血症性くる病・骨軟化症」であり、FGF23の過剰産生により血清リン濃度が低下している患者が対象であることから、FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600026	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日（クリースビータ皮下注10mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600027	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日（初回投与）（クリースビータ皮下注10mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
75	コラテジェン筋注用4mg		本品の効能、効果又は性能において、「標準的な薬物治療の効果が不十分で血行再建術の施行が困難な慢性動脈閉塞症」とされていることから、本品の投与が適切と判断される患者であって、かつ閉塞性動脈硬化症の患者は以下のすべての要件を満たした場合、バージャー病の患者は以下の①～③の要件を満たした場合に限り算定できるものであること。なお、病態によって④の指標の測定が困難な閉塞性動脈硬化症患者においては、虚血に基づく潰瘍であると判断した血行動態指標（足関血圧、足趾上腕血圧比（TBI）等）の測定値を記載すること。 ① 血管造影、コンピュータ断層血管造影（CTA）又は磁気共鳴血管撮影（MRA）により投与対象肢の浅大腿動脈、膝窩動脈又は腸骨下の動脈に閉塞又は狭窄部位が認められ、かつ潰瘍を有していること。 ② 投与対象肢の血行再建術（血管内治療を含む）の適応が困難であること。 ③ 既存の内科的治療や処置による対象肢の症状の改善が認められないこと。 ④ 対象肢の血行動態の指標が、以下の条件をいずれも満たすこと。 ア 安静時上腕・足関節血圧比（ABPI）が0.6以下であること イ 足関節血圧が70mmHg未満であること	842600009	虚血に基づく潰瘍であると判断した血行動態指標（足趾血圧、足趾上腕血圧比（TBI）等）の測定値（コラテジェン筋注用4mg）：******	
76	ザーコリカプセル200mg ザーコリカプセル250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600028	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600029	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600030	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600031	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
77	サイバインコ錠50mg サイバインコ錠100mg サイバインコ錠200mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載 ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2 本製剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顔着な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600054	医師要件ア（サイバインコ錠50mg等）	
				820600055	医師要件イ（サイバインコ錠50mg等）	
				820600056	医師要件ウ（サイバインコ錠50mg等）	
				820600057	前治療要件ア（サイバインコ錠50mg等）	
				820600058	前治療要件イ（サイバインコ錠50mg等）	
				830600031	IGAスコア（サイバインコ錠50mg等）：******	
				830600032	全身のEASIスコア（サイバインコ錠50mg等）：******	
				830600119	頭頸部のEASIスコア（サイバインコ錠50mg等）：******	
				842600010	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（サイバインコ錠50mg等）：******	
78	サイラムザ点滴静注液100mg サイラムザ点滴静注液500mg		本製剤をがん化学療法後に増悪した血清AFP値が400ng/mL以上の切除不能な肝細胞癌に用いる場合は、効能・効果に関連する使用上の注意において、「本剤の使用にあたっては、初回投与時の血清AFP値に基づき、適応患者の選択を行うこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、AFPの検査値及び当該検査の実施年月日を記載すること。	830600033	AFPの検査値（サイラムザ点滴静注液100mg等）：******	
				850600032	AFP検査の実施年月日（サイラムザ点滴静注液100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
79	ザルティア錠2．5mg ザルティア錠5mg タダラフィル錠2．5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠2．5mgZA「ファイ」 タダラフィル錠2．5mgZA「日医工」 タダラフィル錠2．5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠2．5mgZA「あすか」 タダラフィル錠2．5mgZA「杏林」 タダラフィル錠2．5mgZA「サンド」 タダラフィル錠2．5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠2．5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠5mgZA「ファイ」 タダラフィル錠5mgZA「日医工」 タダラフィル錠5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠5mgZA「あすか」 タダラフィル錠5mgZA「杏林」 タダラフィル錠5mgZA「サンド」 タダラフィル錠5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠2.5mgZA「シオエ」 タダラフィル錠5mgZA「シオエ」		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600136	診断に用いた主な検査の実施年月日（ザルティア錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600137	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（ザルティア錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600138	診断に用いた主な検査の実施年月日（タダラフィル錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600139	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（タダラフィル錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
80	ジカディア錠150mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600033	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ジカディア錠150mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
81	ジャクスタビッドカプセル5mg ジャクスタビッドカプセル10mg ジャクスタビッドカプセル20mg	ホモ接合体家族性高コレステロール血症	本製剤の効能・効果は「ホモ接合体家族性高コレステロール血症」であることから、次のいずれかを記載すること。 ① 本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けていること。 ② 本疾患の診断根拠（遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等）	820600243	本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けている（ジャクスタビッドカプセル5mg等）	
				830600035	診断根拠（遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等）（ジャクスタビッドカプセル5mg等）：******	
82	ジャディアンス錠10mg	慢性腎臓病	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが20mL/min/1.73m2未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること。本剤投与中にeGFR が低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景（原疾患、併用薬、腎機能等）を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）を記載すること。	830600159	適応患者であると判断した理由（ジャディアンス錠10mg）：******	※
				830600160	判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）（ジャディアンス錠10mg）：******	※
83	シュンレンカ錠300mg		本製剤の効能又は効果は「多剤耐性HIV-1感染症」であり、効能又は効果に関連する注意において、「「過去の治療において、本剤を含まない既存の抗レトロウイルス療法による適切な治療を行ってもウイルス学的抑制が得られなかった患者」及び「薬剤耐性検査（遺伝子型解析あるいは表現型解析）を実施し、本剤を含まない複数の抗HIV薬に耐性を示す患者（のい	850600184	直近の薬剤耐性検査の実施年月日（シュンレンカ錠300mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※

R6項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年6月1日適用
83	シュンレンカ皮下注463．5mg		CD4陽性細胞数（造血）生涯初めの本製剤を実施前に、本剤と含まない複数の抗HIV薬に耐性を示す患者のいずれも満たす患者に投与すること。」とされているので、使用に当たっては十分留意すること。また、本製剤の投与開始に当たっては、直近の薬剤耐性検査の実施年月日及び薬剤耐性が認められた全ての抗HIV薬の品名を記載すること。	830600161	薬剤耐性が認められた抗HIV薬の品名（シュンレンカ錠300mg等）；******	※
84	シンポニー皮下注50mgシリンジ シンポニー皮下注50mgオートインジェクター	潰瘍性大腸炎	次の事項を記載すること。 ア　他の薬物療法として使用していた薬剤の品名及び使用期間 イ　本製剤の投与が必要と判断した理由	830600038	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンポニー皮下注50mgシリンジ）；******	
				830600039	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンポニー皮下注50mgシリンジ）；******	
				830600040	投与が必要と判断した理由（シンポニー皮下注50mgシリンジ）；******	
				830600041	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンポニー皮下注50mgオートインジェクター）；******	
				830600042	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンポニー皮下注50mgオートインジェクター）；******	
				830600043	投与が必要と判断した理由（シンポニー皮下注50mgオートインジェクター）；******	
85	ステボロニン点滴静注バッグ9000mg／300mL		本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「化学放射線療法等の標準的な治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。」と記載されているので、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600044	投与が必要と判断した理由（ステボロニン点滴静注バッグ9000mg／300mL）；******	
86	ステミラック注		本製品の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ①　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） 　ア　医師免許取得後、脊髄領域を含む整形外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損傷に関する十分な臨床経験（計30件以上）を有し、AIS評価が適切に行えること。 　イ　医師免許取得後、脊髄領域を含む脳神経外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損傷に関する十分な臨床経験（計30件以上）を有し、AIS評価が適切に行えること。 ②　本製品の製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点及び本製品を投与する直前の時点におけるAIS 　なお、供給当初においては、AISがAの患者を中心とした投与が適切であるとされていることから、供給可能量も踏まえAの患者を優先して対応すること。	820600064	医師要件ア（ステミラック注）	
				820600065	医師要件イ（ステミラック注）	
				830600045	製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点におけるAIS（ステミラック注）；******	
				830600046	本製品を投与する直前の時点におけるAIS（ステミラック注）；******	
87	スピンラザ髄注12mg		効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600035	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（スピンラザ髄注12mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600036	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（初回投与）（スピンラザ髄注12mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（オナセムノゲン　アベパルボベク（販売名：ゾルゲンスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合） その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	830600047	オナセムノゲン　アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由（スピンラザ髄注12mg）；******	
88	ゼジューラカプセル100mg ゼジューラ錠100mg		本製剤を「白金系抗悪性腫瘍剤感受性の相同組換え修復欠損を有する再発卵巣癌」に用いる場合は、効能又は効果に関連する使用上の注意において、「3つ以上の化学療法歴のある患者を対象とすること。」及び「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、過去に実施した化学療法歴及び相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600048	過去に実施した化学療法歴（ゼジューラカプセル100mg等）；******	
				850600037	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（ゼジューラカプセル100mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600038	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゼジューラカプセル100mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
89	ゼフィックス錠100		本製剤の使用に当たっては、B型肝炎ウイルスの増殖を伴う肝機能の異常の確認が前提であり、HBV-DNA、DNAポリメラーゼ又はHBe抗原によりウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）及びその結果を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600049	HBV－DNA検査結果（ゼフィックス錠100）；******	
				830600050	DNAポリメラーゼ検査結果（ゼフィックス錠100）；******	
				830600051	HBe抗原検査結果（ゼフィックス錠100）；******	
				850600039	ウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）（ゼフィックス錠100）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600040	ウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）（初回投与）（ゼフィックス錠100）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
90	ゼルボラフ錠240mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600041	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ゼルボラフ錠240mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600042	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゼルボラフ錠240mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
91	ゾスパタ錠40mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FLT3 遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600043	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ゾスパタ錠40mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600044	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゾスパタ錠40mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
92	ゾルゲンスマ点滴静注		本品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意に、「SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異が確認された患者に投与すること。」「2歳未満の患者に投与すること。」及び「承認された体外診断薬を用いた検査により抗AAV9抗体が陰性であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ▪SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日 ▪本品の投与日齢 ▪抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日	850600045	SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日（ゾルゲンスマ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				842600011	本品の投与日齢（ゾルゲンスマ点滴静注）；******	
				850600046	抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日（ゾルゲンスマ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
93			（スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の投与開始の場合） 次の事項を記載すること。 ①　次に掲げる医師が本製剤に関する治療の責任者として配置されている施設（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するもの） 　【成人季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 　ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 　イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 　【小児季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 　ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 　エ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ②　投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度及び当該検査の実施年月日 ③　患者がスギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由 ④　前スギ花粉シーズンにおける鼻症状及び本製剤の投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、導鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ⑤　前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイド及びケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ⑥　既存治療で効果不十分と判断した理由 ⑦　アレルゲン免疫療法（減感作療法）に関する説明	820600251	医師要件ア（ゾレア皮下注用150mg等）	
				820600252	医師要件イ（ゾレア皮下注用150mg等）	
				820600253	医師要件ウ（ゾレア皮下注用150mg等）	
				820600254	医師要件エ（ゾレア皮下注用150mg等）	
				830600122	投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				850600140	投与量の設定に用いた血清中総IgE検査の実施年月日（ゾレア皮下注用150mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600052	スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				842600012	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				842600013	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600053	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				842600014	本製剤の投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				842600015	本製剤の投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600054	本製剤の投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	

R6項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年6月1日適用
93	ゾレア皮下注用150mg ゾレア皮下注75mgシリンジ ゾレア皮下注150mgシリンジ			830600055	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの成分名（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600056	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの一日投与量（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600057	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600058	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の一日投与量（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600059	既存治療で効果不十分と判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600060	アレルゲン免疫療法（減感作療法）に関する説明内容（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
			（スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の継続投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の前回投与時及び当該継続投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ② 本製剤と併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ③ 12週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	842600016	前回投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600017	前回投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600061	前回投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600018	継続投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600019	継続投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600062	継続投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600063	併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600064	併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の一日投与量（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600065	12週を超えて継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
94	タグリッソ錠40mg タグリッソ錠80mg		（EGFR遺伝子変異陽性の手術不能又は再発非小細胞肺癌に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「EGFR遺伝子変異検査を実施すること。EGFR遺伝子変異検査の実施には、十分な経験を有する病理医又は検査施設において、承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」及び「他のEGFRチロシンキナーゼ阻害剤による治療歴を有し、病勢進行が確認されている患者では、EGFRT790M変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 （EGFR遺伝子変異陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「EGFR遺伝子変異検査を実施すること。EGFR遺伝子変異検査の実施には、十分な経験を有する病理医又は検査施設において、承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600047	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（タグリッソ錠40mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600048	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タグリッソ錠40mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
95	タズペリク錠200mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、EZH2 遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600049	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（タズペリク錠200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600050	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タズペリク錠200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
96	タフィンラーカプセル50mg タフィンラーカプセル75mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600051	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（タフィンラーカプセル50mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600052	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タフィンラーカプセル50mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
97	タプレクタ錠150mg タプレクタ錠200mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600053	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（タプレクタ錠150mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600054	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タプレクタ錠150mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
98	チャンビックス錠0．5mg チャンビックス錠1mg		（ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合） 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」した旨を記載すること。	820600066	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方（チャンビックス錠0．5mg等）	
99	チラーヂンS静注液200μg		本製剤を甲状腺機能低下症の患者に投与する際は、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さない場合に限ること。 また、甲状腺機能低下症の患者に対する本製剤の投与開始に当たっては、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由を記載すること。	830600066	レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由（チラーヂンS静注液200μg）：******	
100	ティーエスワン配合顆粒T20 ティーエスワン配合顆粒T25 ティーエスワン配合OD 錠T20 ティーエスワン配合OD 錠T25 ティーエスワン配合カプセルT20 ティーエスワン配合カプセルT25		本製剤の用法及び用量において、「胃癌にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、頭頸部癌にはA法、非小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不能又は再発乳癌にはA法、隙癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること（「A法」から「F法」までのうち該当するものを記載）。	820600305	A法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	※
				820600306	B法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	※
				820600307	C法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	※
				820600308	D法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	※
				820600309	E法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	※
				820600310	F法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	※
101	テゼスパイア皮下注210mgシリンジ	気管支喘息	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。	820600311	医師要件ア（テゼスパイア皮下注210mgシリンジ）	※
				820600312	医師要件イ（テゼスパイア皮下注210mgシリンジ）	※
				820600313	医師要件ウ（テゼスパイア皮下注210mgシリンジ）	※
			本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載）を記載すること。 ア 高用量吸入ステロイド薬（ICS）とその他の長期管理薬（長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。 イ 中用量ICSとその他の長期管理薬（長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。	820600314	患者要件ア（テゼスパイア皮下注210mgシリンジ）	※
				820600315	患者要件イ（テゼスパイア皮下注210mgシリンジ）	※
			（「患者要件イ」に該当する場合） ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由	830600193	ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由（テゼスパイア皮下注210mgシリンジ）：******	※
102	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を	820600166	施設要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600188	施設要件イ（テセントリク点滴静注）	
				820600192	施設要件ウ（テセントリク点滴静注）	

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
			エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600196	施設要件エ(テセントリク点滴静注)	
				820600199	施設要件オ(テセントリク点滴静注)	
103	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」~~又は~~から「医師要件イ~ウ」までのうち該当するもの)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600147	医師要件ア(テセントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)	
				820600316	医師要件ウ(テセントリク点滴静注)	※
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するものの「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)記載すること。 ア カルボプラチン、パクリタキセル及びペムブロリズマブ(遺伝子組換え)との併用投与 イ 白金製剤(シスプラチン又はカルボプラチン)及びペメトレキセドとの併用投与 ウ カルボプラチン及びパクリタキセル(アルブミン懸濁型)との併用投与	820600172	併用投与ア(テセントリク点滴静注)	
				820600175	併用投与イ(テセントリク点滴静注)	
				820600178	併用投与ウ(テセントリク点滴静注)	
			(本製剤を化学療法歴のないPD-L1 陽性(TC3 又はIC3)の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌患者に単独で投与する場合) EGFR遺伝子変異陰性、ALK融合遺伝子陰性及びPD-L1陽性(TC3又はIC3)を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600117	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600115	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600125	PD-L1陽性(TC3又はIC3)を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
104	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	進展型小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600147	医師要件ア(テセントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)	
105	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	乳癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600147	医師要件ア(テセントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)	
			PD-L1陽性、ホルモン受容体陰性及びHER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600141	PD-L1陽性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600142	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600143	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
106	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な肝細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600147	医師要件ア(テセントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)	
			本製剤投与時におけるChild-Pugh分類を記載すること。	830600114	投与時におけるChild-Pugh分類(テセントリク点滴静注):******	
107	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	PD-L1陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600147	医師要件ア(テセントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)	
				820600316	医師要件ウ(テセントリク点滴静注)	※
			PD-L1陽性(PD-L1発現率が1%以上)を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	850600141	PD-L1陽性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600162	PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(テセントリク点滴静注):******	※
108	テプミトコ錠250mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600144	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(テプミトコ錠250mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600145	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(テプミトコ錠250mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
109	テムセルHS注		本品の警告において、「緊急時に十分対応できる医療施設において、造血幹細胞移植に関する十分な知識・経験を持つ医師のもとで、臨床検査による管理等の適切な対応がなされる体制下で本品を使用すること」、また、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「ステロイド療法によっても十分な治療効果が得られない場合に使用すること」及び「本品の投与に際しては、急性GVHDの重症度等、『臨床成績』の項の内容を熟知し、本品の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、本品の使用が必要かつ有効と判断した理由を記載すること。	830600067	本品の使用が必要かつ有効と判断した理由(テムセルHS注):******	
110	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」から「前治療要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 イ 小児アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ミディアムクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 なお、ミディアムクラスのステロイド外用薬で効果不十分の患者に対しては、本剤の投与を開始する前にストロングクラスのステロイド外用薬での治療も考慮すること。 ウ 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGA スコア イ 全身又は頭頸部の EASI スコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	820600167	施設要件ア(デュピクセント皮下注)	
				820600189	施設要件イ(デュピクセント皮下注)	
				820600193	施設要件ウ(デュピクセント皮下注)	
				820600181	前治療要件ア(デュピクセント皮下注)	
				820600317	前治療要件イ(デュピクセント皮下注)	※
				820600182	前治療要件ウ(デュピクセント皮下注)	
				830600137	IGAスコア(デュピクセント皮下注):******	
				830600135	全身のEASIスコア(デュピクセント皮下注):******	
				830600136	頭頸部のEASIスコア(デュピクセント皮下注):******	
				830600109	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)(デュピクセント皮下注):******	
111	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン	気管支喘息	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。	820600167	施設要件ア(デュピクセント皮下注)	
				820600189	施設要件イ(デュピクセント皮下注)	
				820600193	施設要件ウ(デュピクセント皮下注)	

R6項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年6月1日適用
111	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注200mgシリンジ	気管支喘息	満たすアトピー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 2）本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由（「患者要件イ」又は「患者要件イ」と記載） ア 高用量吸入ステロイド薬（ICS）とその他の長期管理薬（長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に1回以上きたしている。 イ 中用量 ICS とその他の長期管理薬（長時間作用性β2 刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に1回以上きたしている。 3）2）で「患者要件イ」に該当する場合は、ICS を当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由	820600153	患者要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600155	患者要件イ（デュピクセント皮下注）	
				830600104	ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由（デュピクセント皮下注）：******	
112	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1）本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨（「施設要件ア」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 2）次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ 「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ 既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ▪ 内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ▪ 鼻閉重症度スコアが2（中等症）以上（8週間以上持続していること） ▪ 嗅覚障害、鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）等（8週間以上持続していること） 3）2）でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日、「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4）本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉重症度スコア及び嗅覚障害、鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）等が継続している期間 ② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2）1）でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3）本製剤の継続投与前における各鼻腔の鼻茸スコア及び鼻閉重症度スコア 4）24週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	820600167	施設要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600150	患者の要件アに該当（デュピクセント皮下注）	
				820600185	患者の要件イに該当（デュピクセント皮下注）	
				820600151	患者の要件ウに該当（デュピクセント皮下注）	
				850600132	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日（デュピクセント皮下注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600108	手術が適応とならないと判断した理由（デュピクセント皮下注）：******	
				830600123	本製剤投与前における鼻茸スコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600124	本製剤投与前における鼻閉重症度スコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600125	本製剤投与前における鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）等が継続している期間（デュピクセント皮下注）：******	
				820600142	医師要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600144	医師要件イ（デュピクセント皮下注）	
				820600143	医師要件アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨（デュピクセント皮下注）	
				830600126	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600127	本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600103	24週間を超えて投与することが必要かつ適切と判断した理由（デュピクセント皮下注）：******	
113	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン	既存治療で効果不十分な結節性痒疹	効能又は効果に関連する注意において、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景を十分に理解した上で、本剤はステロイド外用剤等による治療を施行しても、痒疹結節を主体とする病変が多発し、複数の部位に及ぶ患者に用いること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ア 既存治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間（既存治療として薬剤を使用していない場合はその理由） イ 投与開始時の痒疹結節数 ウ 投与開始時の病変部位 エ 投与開始時のそう痒スコア	830600163	既存治療として使用していた薬剤の品名（デュピクセント皮下注）：******	※
				830600164	既存治療として使用していた薬剤の使用期間（デュピクセント皮下注）：******	※
				830600165	既存治療として薬剤を使用していない理由（デュピクセント皮下注）：******	※
				830600166	投与開始時の痒疹結節数（デュピクセント皮下注）：******	※
				830600167	投与開始時の病変部位（デュピクセント皮下注）：******	※
				842600029	投与開始時のそう痒スコア（デュピクセント皮下注）：******	※
114	デリタクト注		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 特定機能病院 イ 大学附属病院本院（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。） ウ 悪性神経膠腫手術の年間症例数が30例以上ある施設 エ 本品に係る治験の実施施設、又はこれと同等の施設体制を有し本品に係る治験責任医師又は治験分担医師が常勤する施設（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。） ② 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを全て記載。最適使用推進ガイドラインにおいて、次に掲げる医師の要件のすべてに該当する医師を配置することとされている。） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の脳神経外科学の臨床研修を行っており、うち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験があること。 イ 脳腫瘍に関する十分な臨床経験（計 30 例以上）があること。 ウ ナビゲーション下生検術を含む定位脳手術の実績が5例以上あること。 ③ 放射線治療及びテモゾロミドの治療歴のある患者である旨	820600067	施設要件ア（デリタクト注）	
				820600068	施設要件イ（デリタクト注）	
				820600069	施設要件ウ（デリタクト注）	
				820600070	施設要件エ（デリタクト注）	
				820600071	医師要件ア（デリタクト注）	
				820600072	医師要件イ（デリタクト注）	
				820600073	医師要件ウ（デリタクト注）	
				820600074	放射線治療歴のある患者（デリタクト注）	
				820600075	テモゾロミド治療歴のある患者（デリタクト注）	
115	ドブテレット錠20mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臓器切除を伴う観血的手技の場合は、本剤の投与を避けること。」とされていることから、このような症例には使用しないこと。また、観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600168	観血的手技の名称（ドブテレット錠20mg）：******	※
				850600185	観血的手技の実施予定年月日（ドブテレット錠20mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
116	トルツ皮下注80mgオートインジェクター トルツ皮下注80mgシリンジ	尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	12週以降において、2週間隔で投与する場合、2週間隔で投与することが適切と判断した理由を記載すること。	830600068	12週以降、2週間隔で投与することが適切と判断した理由（トルツ皮下注80mgオートインジェクター等）：******	
117	ニコチネルTTS10 ニコチネルTTS20 ニコチネルTTS30		（ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合） 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」した旨を記載すること。	820600076	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方（ニコチネルTTS10等）	
118	ニューモバックスNPシリンジ		（ステムリマブ（遺伝子組換え）又はペグセタコプラン投与患者に使用する場合） ステムリマブ（遺伝子組換え）又はペグセタコプランの投与を行った又は行う予定の年月日を記載すること（同一の診療報酬明細書においてステムリマブ（遺伝子組換え）又はペグセタコプランの投与が確認できる場合を除く。）。	850600186	ステムリマブ（遺伝子組換え）又はペグセタコプランの投与を行った年月日（ニューモバックスNPシリンジ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600187	ステムリマブ（遺伝子組換え）又はペグセタコプランの投与を行う予定の年月日（ニューモバックスNPシリンジ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
119	ノーモサング点滴静注250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤による急性発作の予防効果は確認されていないことから、予防的には使用しないこと。」とされているので、予防的に使用した場合には算定できないものであること。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、発作時の使用である旨を記載すること。	820600077	発作時の使用（ノーモサング点滴静注250mg）	
120	ノボセブンHI静注用1mg シリンジ ノボセブンHI静注用2mg シリンジ ノボセブンHI静注用5mg シリンジ		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅶ因子又はⅨ因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600128	インヒビター力価（ノボセブンHI静注用1mgシリンジ等）：******	
				850600146	インヒビター力価測定年月日（ノボセブンHI静注用1mgシリンジ等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
121	パージェタ点滴静注420mg／14mL	結腸・直腸癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600188	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（パージェタ点滴静注420mg／14mL）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600189	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（パージェタ点滴静注420mg／14mL）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
			ハーセプチン注射用60、ハーセプチン注射用150 HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日について記載すること	850600057	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（ハーセプチン注射用60等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
122	ハーセプチン注射用150 ハーセプチン注射用60 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「CTH」 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「NK」 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「ファイザー」 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「第一三共」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」		化には過剰発現を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600058	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ハーセプチン注射用60等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「NK」、同 150mg「NK」、同 60mg「CTH」及び同 150mg「CTH」 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600059	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600060	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600061	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600062	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「第一三共」及び同 150mg「第一三共」 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600063	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600064	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「ファイザー」及び同 150mg「ファイザー」 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600065	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600066	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
123	バイアグラ錠25mg バイアグラ錠50mg バイアグラODフィルム25mg バイアグラODフィルム50mg シアリス錠5mg シアリス錠10mg シアリス錠20mg	勃起不全による男性不妊の治療を目的として一般不妊治療におけるタイミング法において用いる場合	以下の事項を記載すること。 ①　投与を行う医師に係る要件として次に掲げるもののうち、該当するもの（「投与医要件ア」又は「投与医要件イ」と記載） 　ア　泌尿器科について5年以上の経験を有する医師 　イ　ア以外で、特段の理由がある場合 ②　上記①イに該当する場合、当該理由	820600318	投与医要件ア（バイアグラ錠25mg等）	※
				820600319	投与医要件イ（バイアグラ錠25mg等）	※
				830600169	投与医要件イに該当する理由（バイアグラ錠25mg等）；******	※
			以下の事項を記載すること。 ①　医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者又はそのパートナーのいずれであるか ②　医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（投与する保険医療機関と同一である場合には省略しても差し支えない。） ③　医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（投与日から遡って6か月以内に限る。）	820600320	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者（バイアグラ錠25mg等）	※
				820600321	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者のパートナー（バイアグラ錠25mg等）	※
				830600170	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（バイアグラ錠25mg等）；*******	※
				850600190	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（バイアグラ錠25mg等）；（元号）yy"年"mm"月"	※
			（6か月を超えて投与を継続する場合） 継続の必要性を改めて検討し、必要と判断した理由及び初回投与の年月を記載すること。	830600171	6か月を超えて投与を継続する必要と判断した理由（バイアグラ錠25mg等）；******	※
				850600191	初回投与の年月（バイアグラ錠25mg等）；（元号）yy"年"mm"月"	※
124	バイクロット配合静注用		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600129	インヒビター力価（バイクロット配合静注用）；******	
				850600147	インヒビター力価測定年月日（バイクロット配合静注用）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
125	バクスミー点鼻粉末剤3mg		1回2瓶以上処方する場合は、複数必要と判断した理由を記載すること。	830600069	1回2瓶以上必要と判断した理由（バクスミー点鼻粉末剤3mg）；******	
126	バクトロバン鼻腔用軟膏2%		易感染患者から隔離することが困難な入院患者に対する使用に当たっては、やむを得ず、二名以下の患者が収容されている病室にMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）とともに入院している者に対して使用した場合に限り算定できるものであること。 その場合、易感染患者から隔離することが困難な入院患者の使用に係る薬剤はMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の分として算定し、MRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の診療報酬明細書に易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与した旨を記載すること。	820600078	易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与（バクトロバン鼻腔用軟膏2%）	
127	パドセブ点滴静注用20mg パドセブ点滴静注用30mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤の一次治療における有効性及び安全性は確立していない。」及び「PD1/PDL1阻害剤による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、PD1/PDL1阻害剤を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を記載すること。	820600079	PD1／PDL1阻害剤を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与（パドセブ点滴静注用20mg等）	
128	パベンチオ点滴静注200mg	メルケル細胞癌	次の事項を記載すること。 1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） 　ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） 　イ　特定機能病院 　ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） 　エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料１又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 　オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） 　ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 　イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
129	パベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の治療	次の事項を記載すること。 1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） 　ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） 　イ　特定機能病院 　ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） 　エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料１又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 　オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） 　ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 　イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
130	パベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能な尿路上皮癌における化学療法後の維持療法の治療	次の事項を記載すること。 1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料１又は外来腫瘍化学療法診療料２の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
131	ビラフトビカプセル50mg ビラフトビカプセル75mg	共通	本製剤の効能・効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600067	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ビラフトビカプセル50mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600068	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ビラフトビカプセル50mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		がん化学療法後に増悪したBRAF遺伝子変異を有する治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	本製剤の用法・用量に関連する注意において、「併用する他の抗悪性腫瘍剤の選択に際しては、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、関連学会の最新のガイドライン等を参考にした上で、患者の状態に応じ、ビニメチニブの併用の必要性を判断すること。」とされているので、本剤とビニメチニブを併用する場合には、関連学会の最新のガイドライン等を踏まえ、併用する理由を記載すること。その場合は、併用が必要とした判断に用いた情報（ECOG PS、転移臓器数、CRP 値等）を具体的に記載すること。	830600070	ビニメチニブを併用する理由（ビラフトビカプセル50mg等）：******	
132	ビルテプソ点滴静注250mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「遺伝子検査により、エクソン53スキッピングにより治療可能なジストロフィン遺伝子の欠失（エクソン43–52、45–52、47–52、48–52、49–52、50–52、52欠失等）が確認されている患者に投与すること。」と記載されているので、遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600148	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日（ビルテプソ点滴静注250mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600149	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ビルテプソ点滴静注250mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
133	ピンダケルカプセル20mg	トランスサイレチン型心アミロイドーシス（野生型及び変異型）	本製剤を「トランスサイレチン型心アミロイドーシス（野生型及び変異型）」の効能・効果に使用する場合、本製剤の薬剤料については、次の①又は②のすべての要件を満たした場合に算定でき、いずれに該当するかを記載すること。（「患者要件①」又は「患者要件②」と記載） ① 野生型の場合 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が 12mm を超えること ウ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること エ 免疫組織染色により TTR 前駆タンパク質が同定されること ② 変異型の場合 ア 心筋症症状及び心筋症と関連する TTR 遺伝子変異を有すること イ 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること ウ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が 12mm を超えること エ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること	820600087	患者要件1（ピンダケルカプセル20mg）	
				820600088	患者要件2（ピンダケルカプセル20mg）	
134	ピンマックカプセル61mg		次の①又は②のすべての要件を満たした場合に算定でき、いずれに該当するかを記載すること。（「患者要件①」又は「患者要件②」と記載） ① 野生型の場合 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が 12mm を超えること ウ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること エ 免疫組織染色により TTR 前駆タンパク質が同定されること ② 変異型の場合 ア 心筋症症状及び心筋症と関連する TTR 遺伝子変異を有すること イ 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること ウ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が 12mm を超えること エ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること	820600089	患者要件1（ピンマックカプセル61mg）	
				820600090	患者要件2（ピンマックカプセル61mg）	
135	ファイバ静注用1000		本製剤の使用に当たっては、インヒビター力価が測定されていることが前提であり、その測定された年月日及びその力価を記載する。	830600130	インヒビター力価（ファイバ静注用1000）：******	
				850600150	インヒビター力価測定年月日（ファイバ静注用1000）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
136	フェインジェクト静注500mg		本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8Jg/dL以上の場合、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600194	投与前の血中Hb値（フェインジェクト静注500mg）：******	
				830600071	投与が必要と判断した理由（フェインジェクト静注500mg）：******	
137	フェスゴ配合皮下注 MA フェスゴ配合皮下注 IN		（HER2陽性の乳癌に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「HER2陽性の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600192	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（フェスゴ配合皮下注MA等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
			（がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600193	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（フェスゴ配合皮下注MA等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
138	フォシーガ錠5mg フォシーガ錠10mg	慢性腎臓病	効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが25mL/min/1.73m2未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景（原疾患、併用薬、腎機能等）を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）を記載すること。	830600074	適応患者であると判断した理由（フォシーガ錠5mg等）：******	
				830600075	判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）（フォシーガ錠5mg等）：******	
139	プレヤンジ静注		本製品の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 認定カテゴリー1 に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600105	施設要件ア（プレヤンジ静注）	
				820600106	施設要件イ（プレヤンジ静注）	
140	ベイスン錠0．2 ベイスンOD錠0．2 ボグリボースODフィルム0．2「QQ」 ボグリボースOD錠0．2mg「MED」 ボグリボースOD錠0．2mg「ケミファ」 ボグリボースOD錠0．2mg「サワイ」 ボグリボースOD錠0．2mg「タカタ」 ボグリボースOD錠0．2mg「トーワ」 ボグリボースOD錠0．2mg「日医工」 ボグリボースOD錠0．2mg「武田テバ」 ボグリボースOD錠0．2mg「杏林」 ボグリボース錠0．2mg「JG」 ボグリボース錠0．2mg「NP」 ボグリボース錠0．2mg「NS」 ボグリボース錠0．2mg「TCK」 ボグリボース錠0．2mg「YD」 ボグリボース錠0．2mg「ケミファ」 ボグリボース錠0．2mg「サワイ」 ボグリボース錠0．2mg「タカタ」 ボグリボース錠0．2mg「トーワ」 ボグリボース錠0．2mg「杏林」 ボグリボース錠0．2mg「日医工」 ボグリボース錠0．2mg「武田テバ」 ボグリボース錠0．2mg「VTRS」	耐糖能異常における2型糖尿病の発症抑制（ただし、食事療法及び運動療法を十分に行っても改善されない場合に限る。）	耐糖能異常と判断した根拠（判断した年月日とその結果）、食事療法及び運動療法を3～6ヶ月間行っても改善されなかった旨及び高血圧症又は脂質異常症の診断名を記載する。	830600081	耐糖能異常と判断した根拠（ベイスン錠0．2等）：******	
				850600073	耐糖能異常と判断した年月日（ベイスン錠0．2等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600107	食事療法及び運動療法を3～6ヶ月間行っても改善されなかった（ベイスン錠0．2等）	
				830600082	高血圧症又は脂質異常症の診断名（ベイスン錠0．2等）：******	

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
141	ベージニオ錠50mg ベージニオ錠100mg ベージニオ錠150mg		本製剤の効能・効果は「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術後薬物療法」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600074	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（ベージニオ錠50mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600075	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベージニオ錠50mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600076	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（ベージニオ錠50mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600077	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベージニオ錠50mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
142	ベスポンサ点滴静注用1mg		本製剤の使用上の注意において「フローサイトメトリー法等の検査によって、CD22抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」とされているので、CD22陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600078	CD22陽性を確認した検査の実施年月日（ベスポンサ点滴静注用1mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600079	CD22陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベスポンサ点滴静注用1mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
143	ペマジール錠4．5mg	がん化学療法後に増悪したFGFR2融合遺伝子陽性の治癒切除不能な胆道癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600080	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（ペマジール錠4．5mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600081	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ペマジール錠4．5mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		FGFR1融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座が確認され、FGFR1融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍と診断された患者に投与すること。」とされているので、染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600194	8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日（ペマジール錠4．5mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600195	8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ペマジール錠4．5mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
144	ベリキューボ錠2．5mg ベリキューボ錠5mg ベリキューボ錠10mg		効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の保たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載すること。 なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600082	左室駆出率の計測年月日（ベリキューボ錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600083	左室駆出率の値（ベリキューボ錠2．5mg等）：******	
				830600084	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合）（ベリキューボ錠2．5mg等）：******	
145	ポテリジオ点滴静注20mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「CCR4陽性の成人 T細胞白血病リンパ腫（ATL）、再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫（PTCL）の場合、CCR4抗原は、フローサイトメトリー（FCM）又は免疫組織化学染色（IHC）法により検査を行い、陽性であることが確認されている患者のみに投与すること。」とされているので、CCR4陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600083	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日（ポテリジオ点滴静注20mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600084	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ポテリジオ点滴静注20mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
146	ミカトリオ配合錠		本製剤への切り替えに当たっては、次の事項を切り替えた月に記載すること。 （1）テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mg の併用療法として使用していた品名及び使用期間 （2）テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mg の併用療法において、安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日	830600085	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12．5mg の併用療法として使用していた品名（ミカトリオ配合錠）：******	
				830600086	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12．5mg の併用療法として使用していた使用期間（ミカトリオ配合錠）：******	
				830600131	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値（ミカトリオ配合錠）：******	
				850600151	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定実施年月日（ミカトリオ配合錠）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
147	ミチーガ皮下注用60mgシリンジ	アトピー性皮膚炎に伴うそう痒	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2）本剤投与前の治療の状況 ア 13歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前にステロイド外用薬（ストロングクラス以上）又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間（4週間未満又は行っていない場合はその理由） イ 13歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前に抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間（2週間未満又は行っていない場合はその理由） 3） 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、アおよびイについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載すること。 ア そう痒VAS 又はそう痒NRS イ かゆみスコア ウ EASIスコア	820600322	医師要件ア（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）	※
				820600323	医師要件イ（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）	※
				820600324	医師要件ウ（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）	※
				830600172	ステロイド外用薬（ストロングクラス以上）又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）：******	※
				830600173	4週間未満又は行っていない場合はその理由（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）：******	※
				830600174	抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）：******	※
				830600175	2週間未満又は行っていない場合はその理由（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）：******	※
				842600030	そう痒VASの値（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）：******	※
				842600031	そう痒VASの値（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）：******	※
				842600032	そう痒VASの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）：******	※
				842600033	そう痒NRSの値（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）：******	※
				842600034	そう痒NRSの値（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）：******	※
				842600035	そう痒NRSの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）：******	※
				842600036	かゆみスコア（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）：******	※
				842600037	かゆみスコア（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）：******	※
				842600038	かゆみスコア（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）：******	※
				842600039	EASIスコア（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）：******	※
148	ムルプレタ錠3mg		本製剤の使用上の注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は鏡視下除を伴う観血的手技の場合は、本剤の投与を避けること。」とされていることから、このような症例には使用しないこと。また、観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600087	観血的手技の名称（ムルプレタ錠3mg）：******	
				850600085	観血的手技の実施予定年月日（ムルプレタ錠3mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
149	メキニスト錠0．5mg メキニスト錠2mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600086	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（メキニスト錠0．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
150	メクトビ錠15mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（メクトビ錠15mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600089	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メクトビ錠15mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600202	エクリズマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
152	メンクアップフィ筋注		本製剤は、エクリズマブ（遺伝子組換え）、ラブリズマブ（遺伝子組換え）、ステムリマブ（遺伝子組換え）、ペグセタコプラン又はジルコプランナトリウム投与患者に使用した場合に限り算定できるものであるので、これらの製剤のうちいずれかの投与を行った又は行う予定の年月日を記載すること（同一の診療報酬明細書においてこれらの製剤のうちいずれかの投与が確認できる場合を除く。）。	850600203	エクリズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアップフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600204	ラブリズマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアップフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600205	ラブリズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアップフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600206	ステムリマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアップフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600207	ステムリマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアップフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600208	ペグセタコプラン投与を行った年月日（メンクアップフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600209	ペグセタコプラン投与を行う予定の年月日（メンクアップフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600210	ジルコプランナトリウム投与を行った年月日（メンクアップフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600211	ジルコプランナトリウム投与を行う予定の年月日（メンクアップフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
153	モノヴァ一静注500mg モノヴァ一静注1000mg		本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/dL以上の場合、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600195	投与前の血中Hb値（モノヴァ一静注500mg等）：******	※
				830600176	投与が必要と判断した理由（モノヴァ一静注500mg等）：******	※
154	ライアットMIBG一I131静注		本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治癒切除不能な褐色細胞腫・パラガングリオーマ」であり、MIBG集積陽性が確認された患者が対象であることから、MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600094	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日（ライアットMIBG一I131静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600095	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ライアットMIBG一I131静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
155	ラピフォートワイプ2．5%		本製剤の投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）を記載すること。	842600040	多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）（ラピフォートワイプ2．5%）：******	※
156	リツキサン点滴静注100mg リツキサン点滴静注500mg	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫、CD20陽性の慢性リンパ性白血病及び免疫抑制状態下の CD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600096	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキサン点滴静注100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600097	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキサン点滴静注100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
	リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KHK」	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600152	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
	リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」 リツキシマブBS点滴静注500mg「ファイザー」	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600099	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600100	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
157	リットフ一ロカプセル50mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6 ヵ月程度毛髪に自然再生が認められない患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、頭部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪の自然再生が認められていない期間を記載すること。	830600177	頭部全体に占める脱毛部位の割合（リットフ一ロカプセル50mg）：******	※
				830600178	毛髪の自然再生が認められていない期間（リットフ一ロカプセル50mg）：******	※
158	リトゴビ錠4mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600212	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（リトゴビ錠4mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600213	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リトゴビ錠4mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
159	リフヌア錠45mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「最新のガイドライン等を参考に、慢性咳嗽の原因となる病歴、職業、環境要因、臨床検査結果等を含めた包括的な診断に基づく十分な治療を行っても咳嗽が継続する場合に使用を考慮すること。」とされていることを踏まえ、投与開始に当たっては、難治性の慢性咳嗽であると判断した理由を記載すること。	830600179	難治性の慢性咳嗽であると判断した理由（リフヌア錠45mg）：******	※
160	リブタヨ点滴静注350mg	がん化学療法後に増悪した進行又は再発の子宮頸癌の治療	次の事項を記載すること。 1） 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600325	施設要件ア（リブタヨ点滴静注350mg）	※
				820600326	施設要件イ（リブタヨ点滴静注350mg）	※
				820600327	施設要件ウ（リブタヨ点滴静注350mg）	※
				820600328	施設要件エ（リブタヨ点滴静注350mg）	※
				820600329	施設要件オ（リブタヨ点滴静注350mg）	※
				820600330	医師要件ア（リブタヨ点滴静注350mg）	※
				820600331	医師要件イ（リブタヨ点滴静注350mg）	※
161	リベルサス錠3mg リベルサス錠7mg リベルサス錠14mg		他の経口血糖降下薬を投与していない患者に本剤を投与する場合は、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600088	他の経口血糖降下薬を投与していない患者に投与が必要と判断した理由（リベルサス錠3mg等）：******	
162	リムパーザ錠100mg リムパーザ錠150mg	ア「BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌における初回化学療法後の維持療法」、イ「がん化学療法歴のあるBRCA遺伝子変異陽性かつ HER2 陰性の手術不能又は再発乳癌」、ウ「BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌」、エ「BRCA遺伝子変異陽性の治癒切除不能な膵癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」又はオ「BRCA遺伝子変異陽性の治癒切除不能な膵癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」	効能又は効果に関連する使用上の注意において、ア、ウ、エ及びオの場合「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、BRCA遺伝子変異を有することが確認された患者に投与すること。」、イの場合「承認された体外診断薬等を用いた検査により、生殖細胞系列のBRCA遺伝子変異（病的変異又は病的変異疑い）を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600101	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600102	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
		相同組換え修復欠損を有する卵巣癌におけるベバシズマブ（遺伝子組換え）を含む初回化学療法後の維持療法	効能又は効果に関連する使用上の注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600103	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600104	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy年mm月dd日	
163	リンヴォック錠7．5mg リンヴォック錠15mg リンヴォック錠30mg	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2）本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3）疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600108	医師要件ア（リンヴォック錠7．5mg等）	
				820600109	医師要件イ（リンヴォック錠7．5mg等）	
				820600110	医師要件ウ（リンヴォック錠7．5mg等）	
				820600111	前治療要件ア（リンヴォック錠7．5mg等）	
				820600112	前治療要件イ（リンヴォック錠7．5mg等）	
				830600089	IGAスコア（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
				830600090	全身のEASIスコア（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
				830600091	頭頸部のEASIスコア（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
				842600020	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
				842600021	体重（小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合）（kg）（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
164	ルクスターナ注		本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「遺伝学的検査によりRPE65遺伝子の両アレル性の変異が確認された患者に投与すること。」及び「適切な検査により十分な生存網膜細胞を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ▪RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日 ▪生存網膜細胞を確認した検査方法及び検査の実施年月日	850600214	RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日（ルクスターナ注）：（元号）yy年mm月dd日	※
				830600180	生存網膜細胞を確認した検査方法（ルクスターナ注）：******	※
				850600215	生存網膜細胞を確認した検査の実施年月日（ルクスターナ注）：（元号）yy年mm月dd日	※
165	ルマケラス錠120mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、KRAS G12C変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600216	KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日（ルマケラス錠120mg）：（元号）yy年mm月dd日	※
				850600217	KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ルマケラス錠120mg）：（元号）yy年mm月dd日	※
166	レクビオ皮下注300mgシリンジ		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 ① 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 ② 本剤剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 ③ 食事療法を行っている旨及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ④ HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 ⑤ 本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用の既往等によりHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者）に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 ⑥ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか（「リスク因子ア」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載）。 ア 冠動脈疾患（安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ アテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む）の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 ⑦ 家族性高コレステロール血症以外の患者で、⑥の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600332	施設要件ア（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	※
				820600333	施設要件イ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	※
				830600181	本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	※
				850600218	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：（元号）yy年mm月dd日	※
				820600334	食事療養を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	※
				820600335	運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	※
				820600336	運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	※
				830600182	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	※
				830600183	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名の1日投与量（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	※
				820600337	最大耐用量である（1日投与量が最大用量でない場合）（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	※
				830600184	使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	※
				820600338	リスク因子ア（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	※
				820600339	リスク因子イ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	※
				820600340	リスク因子ウ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	※
				820600341	リスク因子エ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	※
				820600342	リスク因子オ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	※
				820600343	リスク因子カ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	※
				830600185	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	※
			（本製剤の2回目の投与の場合） 次に掲げるすべての項目を記載すること。 ア 直近のLDL－コレステロールの検査値及び検査年月日 イ LDL－コレステロール及び患者の状態等を踏まえ、投与継続が可能と判断した理由	830600186	直近のLDL－コレステロールの検査値（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	※
				850600218	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：（元号）yy年mm月dd日	※
				830600187	投与継続が可能と判断した理由（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	※
			（本製剤を最初に投与した場合） 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者 イ 以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者 ▪ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者 ▪ 本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者 ウ MRI検査（1．5 Tesla以上）が実施可能であることが確認された患者 ② 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日 ア 認知機能評価 MMSEスコア イ 臨床認知症尺度 CDR全般スコア	820600344	患者要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600345	患者要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600346	患者要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600347	患者要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600348	患者要件オ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				842600041	認知機能評価MMSEスコア（レケンビ点滴静注200mg等）：******	※
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy年mm月dd日	※
				842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア（レケンビ点滴静注200mg等）：******	※

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
167	レケンビ点滴静注200mg レケンビ点滴静注500mg		イ 臨床認知症尺度 CDR全般スコア ③ 次に掲げる検査のうち、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）、実施年月日及び検査実施施設名 エ アミロイドPET オ 脳脊髄液（CSF）検査 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 日本神経学会の専門医 イ 日本老年医学会の専門医 ウ 日本精神神経学会の専門医 エ 日本脳神経外科学会の専門医 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件オ」から「医師要件カ」までのうち該当するものを記載） オ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること カ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること キ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること ク 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること ⑥ 次に掲げる項目のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設である。 イ 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設でない。 （項目） Ⅰ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っていること Ⅱ 認知機能のスコア評価（MMSEスコア）及び臨床認知症尺度（CDR全般スコア）が実施可能な者が配置されていること Ⅲ 同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能であること Ⅳ 上記の④及び⑤に該当する、常勤医師が複数名配置されていること Ⅴ CDR全般スコア評価に精通し、一定以上の評価経験を有する医療従事者がいること Ⅵ ARIAのリスク管理に必要な知識を有し、かつ、MRI読影に関する医療従事者向け研修を受講した、ARIAの鑑別を含むMRI読影が適切に行える常勤医が1名以上いること Ⅶ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること Ⅷ 製造販売業者に諜せられている全例調査を確実に実施できる施設であること	820600349	医師要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600350	医師要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600351	医師要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600352	医師要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600353	医師要件オ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600354	医師要件カ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600355	医師要件キ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600356	医師要件ク（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600357	施設要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600358	施設要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
			（投与開始後6か月以降の投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の投与施設（「施設要件ウ」又は「施設要件エ」と記載）及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 ウ 初回投与施設（初回投与施設と同一の施設） エ 連携施設（初回投与施設と連携している施設） ② 次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与施設に該当するもの（「施設要件オ」と記載） オ 製造販売業者に諜せられている全例調査を確実に実施できること ③ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ケ」から「医師要件シ」までのうち該当するものを記載） ケ 日本神経学会の専門医 コ 日本老年医学会の専門医 サ 日本精神神経学会の専門医 シ 日本脳神経外科学会の専門医 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ス」～「医師要件タ」までのうち該当するものを記載） ス 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること セ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること ソ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること タ 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講しているこ と	820600359	施設要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600360	施設要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				830600190	連携施設名（施設要件エに該当）（レケンビ点滴静注200mg等）：******	※
				830600191	連携施設の所在地（施設要件エに該当）（レケンビ点滴静注200mg等）：******	※
				820600361	施設要件オ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600362	医師要件ケ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600363	医師要件コ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600364	医師要件サ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600365	医師要件シ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600366	医師要件ス（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600367	医師要件セ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600368	医師要件ソ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600369	医師要件タ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
			（継続投与の場合） 次の事項を後要欄に記載すること。 なお、本製剤は、初回投与後6か月までは、初回投与施設で投与すること。 ① 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ② 本製剤投与中、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直近の年月日 ③ 本製剤投与中、MRI検査を受けた直近の年月日	842600043	初回投与から起算しての週数（レケンビ点滴静注200mg等）：******	※
				850600223	臨床症状の評価を実施した直近の年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600224	MRI検査を受けた直近の年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
			（初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本剤投与の継続が必要と判断した理由（CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を踏まえた有効性の観点、並びにARIAの有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を含めて具体的に記載すること） ② 本剤の最適使用推進ガイドラインにおいて「中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された場合、中等度以降に進行した患者に投与を継続したときの有効性が確立していないことから、本剤の投与を中止し、再評価を行うこと。」とされていることから、中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果として（2）の①～②及び投与継続を判断した理由（上記①と同様に具体的に記載すること）	830600192	投与の継続が必要と判断した理由（レケンビ点滴静注200mg等）：******	※
				820600344	患者要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600345	患者要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				820600346	患者要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	※
				842600041	認知機能評価MMSEスコア（レケンビ点滴静注200mg等）：******	※
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
				842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア（レケンビ点滴静注200mg等）：******	※
				850600220	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	※
168	レットヴィモカプセル40mg レットヴィモカプセル80mg	RET 融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌、RET融合遺伝子陽性の根治切除不能な甲状腺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、RET融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600105	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（レットヴィモカプセル40mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600106	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（レットヴィモカプセル40mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
169	レットヴィモカプセル40mg レットヴィモカプセル80mg	RET 遺伝子変異陽性の根治切除不能な甲状腺髄様癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、RET 遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の後要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に 当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600153	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（レットヴィモカプセル40mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600154	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（レットヴィモカプセル40mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600113	施設要件ア（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600114	施設要件イ（レバーサ皮下注140mgペン）	

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
170	レバーサ皮下注140mgペン		次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 2）本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 3）食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 4）HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 5）本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用の既往等によりHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者）に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 6）家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか（「リスク因子ア」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載）。 ア 冠動脈疾患（安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ アテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む）の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 7）家族性高コレステロール血症以外の患者で、6）の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間	850600155	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レバーサ皮下注140mgペン）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600132	LDL－コレステロール検査値（レバーサ皮下注140mgペン）：******	
				820600115	食事療養を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				830600092	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レバーサ皮下注140mgペン）：******	
				830600093	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量（レバーサ皮下注140mgペン）：******	
				820600119	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である（レバーサ皮下注140mgペン）	
				830600094	使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由（レバーサ皮下注140mgペン）：******	
				820600120	リスク因子ア（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600121	リスク因子イ（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600122	リスク因子ウ（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600123	リスク因子エ（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600124	リスク因子オ（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600370	リスク因子カ（レバーサ皮下注140mgペン）	※
				830600095	HMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間（レバーサ皮下注140mgペン）：******	
			（平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合） ③を記載できない場合は、従前のとおり次の事項を記載するとともに、投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。 ア 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 イ 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ウ 投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 エ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由（冠動脈疾患、非心原性脳梗塞、末梢動脈疾患、糖尿病若しくは慢性腎臓病に罹患していること若しくはそのいずれかの既往歴を有すること、又は複数の危険因子が認められること）。 （平成 29 年3月 31 日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関の場合） ③を記載できない場合は、従前のとおり（平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合）に掲げる事項を記載するとともに、当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。	850600155	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レバーサ皮下注140mgペン）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600132	LDL－コレステロール検査値（レバーサ皮下注140mgペン）：******	
				820600115	食事療養を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				830600092	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レバーサ皮下注140mgペン）：******	
				830600093	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量（レバーサ皮下注140mgペン）：******	
				820600119	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である（レバーサ皮下注140mgペン）	
				830600096	心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由（レバーサ皮下注140mgペン）：******	
				820600125	投与中患者（レバーサ皮下注140mgペン）	
				850600107	初めて本製剤を投与した年月（レバーサ皮下注140mgペン）：（元号）yy"年"mm"月"	
				820600126	使用実績有（レバーサ皮下注140mgペン）	
171	レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 2）本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 3）食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 4）HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 5）本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用の既往等によりHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者）に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 6）家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか（「リスク因子ア」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載）。 ア 冠動脈疾患（安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ アテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む）の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 7）家族性高コレステロール血症以外の患者で、6）の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600127	施設要件ア（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）	
				820600128	施設要件イ（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）	
				850600156	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600133	LDL－コレステロール検査値（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）：******	
				820600129	食事療養を行っている（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）	
				820600130	運動、喫煙等に関する指導を行っている（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）	
				820600131	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）	
				820600132	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）	
				830600097	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）：******	
				830600098	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）：******	
				820600133	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）	
				830600099	使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）：******	
				820600134	リスク因子ア（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）	

R6 項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年6月1日適用
				820600135	リスク因子イ（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）	
				820600136	リスク因子ウ（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）	
				820600137	リスク因子エ（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）	
				820600138	リスク因子オ（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）	
				820600371	リスク因子カ（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）	※
				830600100	HMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間（レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー）：******	
172	レフィキシア静注用500 レフィキシア静注用1000 レフィキシア静注用2000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600101	手術時に使用した理由（レフィキシア静注用500等）：******	
173	ローブレナ錠25mg ローブレナ錠100mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600108	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ローブレナ錠25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600109	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ローブレナ錠25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
174	ロズリートレクカプセル100mg ロズリートレクカプセル200mg	NTRK 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600110	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600111	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		ROS1融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600112	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600113	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
175	照射洗浄血小板－LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA－LR「日赤」		本製剤の使用適正化については、「「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成28年6月14日付け薬生発0614第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限ること」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を記載すること。	830600102	使用が必要と判断した理由（照射洗浄血小板－LR「日赤」等）：******	

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって、別表Ⅱに掲げる記載事項と重複する事項については、別表Ⅱを用いた記載は省略して差し支えないこと。

別表Ⅲ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）

項番	区分等	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	別表 Ⅰ・Ⅱ	重複する レセプト電算処理 システム用コード	令和6年 6月1日 適用
1	D009の9	前立腺特異抗原(PSA)	(前立腺癌の確定診断がつかず2回以上算定する場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値を記載すること。	880100012	検査実施年月日及び検査結果(前立腺特異抗原(PSA));(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅰ	850100164	
2	D007の25	フェリチン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100013	検査実施年月日及び検査結果(フェリチン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
3	D005の5	末梢血液一般	(同一日に2回以上の算定の場合) 当該検査(Hb測定に限る)の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100014	検査実施年月日及び検査結果(末梢血液一般(Hb測定));(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
4	D006の15	Dダイマー	(同一月に3回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100015	検査実施年月日及び検査結果(Dダイマー);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
5	D015の10	β2-マイクログロブリン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100016	検査実施年月日及び検査結果(β2-マイクログロブリン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
6	J039	血漿交換療法	(血栓性血小板減少性紫斑病の算定可否の場合) 検査の実施年月日及び血小板値を記載すること。	880100017	検査実施年月日及び血小板値(血漿交換療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅰ	842100059	
7	医薬品	解凍赤血球液ーLR「日赤」 赤血球液ーLR「日赤」 洗浄赤血球液ーLR「日赤」 照射赤血球液ーLR「日赤」 照射解凍赤血球液ーLR「日赤」 照射洗浄赤血球液ーLR「日赤」	本製剤を投与するにあたってHb値を測定した場合は、投与の直前に測定したHb値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100018	検査実施年月日及びHb値(人赤血球液等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
8	医薬品	照射洗浄血小板ーLR「日赤」 照射濃厚血小板ーLR「日赤」 濃厚血小板ーLR「日赤」 照射洗浄血小板HLAーLR「日赤」 照射濃厚血小板HLAーLR「日赤」 濃厚血小板HLAーLR「日赤」	本製剤を投与するにあたって血小板値を測定した場合は、投与の直前に測定した血小板値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100025	検査実施年月日及び血小板値(人血小板濃厚液等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
9	医薬品	新鮮凍結血漿ーLR「日赤」120 新鮮凍結血漿ーLR「日赤」240 新鮮凍結血漿ーLR「日赤」480	本製剤を投与するにあたってプロトロンビン時間(PT)及びフィブリノゲン値を測定した場合は、投与の直前に測定したPT(INR又は%)及びフィブリノゲン値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100092	検査実施年月日及びプロトロンビン時間(INR)(新鮮凍結人血漿);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			※
				880100093	検査実施年月日及びプロトロンビン時間(%)(新鮮凍結人血漿);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			※
				880100091	検査実施年月日及びフィブリノゲン値(新鮮凍結人血漿);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
10	医薬品	ファイバ静注用1000	本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターカ価を測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100041	検査実施年月日及びインヒビターカ価(ファイバ静注用1000);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	830600130 850600150	
11	医薬品	バイクロット配合静注用	本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターカ価を測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100044	検査実施年月日及びインヒビターカ価(バイクロット配合静注用);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	830600129 850600147	
12	医薬品	サイラムザ点滴静注液100mg サイラムザ点滴静注液500mg	(本製剤を投与するに当たって、投与以前に血清AFP値を測定した場合) 測定結果が陽性であった旨(「+」)を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100082	検査実施年月日及び血清AFP測定結果(+)(サイラムザ点滴静注液100mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	830600033 850600032	
13	医薬品	ノボセブンHI静注用1mg シリンジ ノボセブンHI静注用2mg シリンジ ノボセブンHI静注用5mg シリンジ	(血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者の出血抑制の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターの力価を測定した場合は測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100046	検査実施年月日及びインヒビターの力価(ノボセブンHI静注用1mg シリンジ等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	830600128 850600146	
			(血小板に対する同種抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在みられるグランツマン血小板無力症患者の出血傾向の抑制の場合) 製剤を投与するに当たって、投与以前に抗血小板抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100049	検査実施年月日及び抗血小板抗体検査値(ノボセブンHI静注用1mg シリンジ等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
14	医薬品	ソリリス点滴静注300mg	(全身型重症筋無力症(免疫グロブリン大量静注療法又は血液浄化療法による症状の管理が困難な場合に限る。)の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アセチルコリン受容体抗体検査を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100050	検査実施年月日及び抗アセチルコリン受容体抗体検査値(ソリリス点滴静注300mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
			(視神経脊髄炎スペクトラム障害(視神経脊髄炎を含む)の再発予防の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100090	検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(ソリリス点滴静注300mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
15	医薬品	キムリア点滴静注	(再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病の場合) 本製品を投与するに当たって、投与以前にCD19抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100054	検査実施年月日及びCD19抗原検査値(キムリア点滴静注);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600025	
16	医薬品	ユプリズナ点滴静注100mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100083	検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(ユプリズナ点滴静注100mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
17	医薬品	ゼヴァリン イットリウム(90Y)静注用セット	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100084	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(ゼヴァリン イットリウム(90Y)静注用セット);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
18	医薬品	エンスプリング皮下注120mgシリンジ	本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100085	検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(エンスプリング皮下注120mgシリンジ);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
19	医薬品	ベスポンサ点滴静注用1mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD22抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100086	検査実施年月日及びCD22抗原検査値(ベスポンサ点滴静注用1mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600078 850600079	
20	医薬品	クリースビータ皮下注10mg クリースビータ皮下注20mg クリースビータ皮下注30mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にFGF23を測定した場は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100087	検査実施年月日及びFGF23検査値(クリースビータ皮下注10mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600026 850600027	
21	医薬品	アドセトリス点滴静注用50mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD30抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100088	検査実施年月日及びCD30抗原検査値(アドセトリス点滴静注用50mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600003 850600004	
22	医薬品	ガザイバ点滴静注1000mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100089	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(ガザイバ点滴静注1000mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600023 850600024	
23	医薬品	ポテリジオ点滴静注20mg	(「CCR4陽性の成人T細胞白血病リンパ腫」又は「再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫」の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCCR4抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100065	検査実施年月日及びCCR4抗原検査値(ポテリジオ点滴静注20mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600083 850600084	
24	医薬品	リツキサン点滴静注100mg リツキサン点滴静注500mg	(「CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫」、「CD20陽性の慢性リンパ性白血病」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100067	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキサン点滴静注100mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600096 850600097	
25	医薬品	リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KHK」	(「CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100070	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600098 850600152	
26	医薬品	リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」 リツキシマブBS点滴静注500mg「ファイザー」	(「CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100073	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600099 850600100	
27	医薬品	エルカルチンFF錠100mg エルカルチンFF錠250mg エルカルチンFF静注1000mgシリンジ エルカルチンFF内用液10% エルカルチンFF内用液10%分包10mL エルカルチンFF内用液10%分包5mL	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100076	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(エルカルチンFF錠100mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
28	医薬品	レボカルニチンFF錠100mg「トーワ」 レボカルニチンFF錠250mg「トーワ」 レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「トーワ」 レボカルニチンFF内用液10%「トーワ」 レボカルニチンFF内用液10%分包5mL「トーワ」 レボカルニチンFF内用液10%分包10mL「トーワ」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100094	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチンFF錠100mg「トーワ」等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			※
29	医薬品	レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「フソー」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100095	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「フソー」);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			※
30	医薬品	レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「ニプロ」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100096	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「ニプロ」);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			※
31	医薬品	レボカルニチンFF錠100mg「アメル」 レボカルニチンFF錠250mg「アメル」 レボカルニチンFF内用液10%「アメル」 レボカルニチンFF内用液10%分包5mL「アメル」 レボカルニチンFF内用液10%分包10mL「アメル」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100097	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチン塩化物錠100mg「アメル」等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			※

項番	区分等	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	別表 Ⅰ・Ⅱ	重複する レセプト電算処理 システム用コード	令和6年 6月1日 適用
32	医薬品	エポジン注シリンジ1500 エポジン注シリンジ3000 エポジン皮下注シリンジ24000	（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合） 本製剤を投与するに当たって、投与以前にHb濃度を測定した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100081	検査実施年月日及びHb濃度値（エポジン注シリンジ1500等）:（元号）yy"年"mm"月"dd"日" 検査値：********	Ⅱ	830600018	

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「区分等」欄に医薬品と記載しているものについて、一般名処方による場合は、一般的名称、剤形及び含量が同一のいずれかの医薬品のコードを用いて記載することで差し支えないこと。

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって「別表Ⅰ・Ⅱ」欄にⅠ又はⅡと記載しているものについては、別表Ⅰ又は別表Ⅱに掲げる記載事項と重複しているため、別表Ⅲを用いた記載がされていればよく、別表Ⅰ又は別表Ⅱに掲げるコードを用いた記載は省略して差し支えないこと。

別表Ⅳ　診療行為名称等の略号一覧（医科）

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1	A000	情報通信機器を用いた初診を行った場合	情初	「初診」欄
2	A000	初診料の注2、注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関において、他の保険医療機関等からの文書による紹介がない初診の場合	初減	「初診」欄
3	A000	初診料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合	初妥減	「初診」欄
4	A000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合	複初	「初診」欄
5	A000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合（初診料の注2、注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合）	複初減	「初診」欄
6	A000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合（初診料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合）	複初妥減	「初診」欄
7	A000	時間外加算の特例を算定した場合	特	「初診」欄
8	A000	小児科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	小特夜	「初診」欄
9	A000	小児科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	小特休	「初診」欄
10	A000	小児科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	小特深	「初診」欄
11	A000	夜間・早朝等加算を算定した場合	夜早	「初診」欄
12	A000	外来感染対策向上加算を算定した場合	初感	「初診」欄
13	A000	発熱患者等対応加算を算定した場合	初熱対	「初診」欄
14	A000	連携強化加算を算定した場合	初連	「初診」欄
15	A000	サーベイランス強化加算を算定した場合	初サ	「初診」欄
16	A000	抗菌薬適正使用体制加算を算定した場合	初抗菌適	「初診」欄
17	A000	医療情報取得加算1を算定した場合	医情1	「初診」欄
18	A000	医療情報取得加算2を算定した場合	医情2	「初診」欄
19	A000	医療DX推進体制整備加算を算定した場合	医DX	「初診」欄
20	A001	情報通信機器を用いた再診を行った場合	情再	「再診」欄
21	A001	再診料の注2に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合	再妥減	「再診」欄
22	A001	再診料の注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合	複再	「再診」欄
23	A001	再診料の注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合（再診料の注2に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合）	複再妥減	「再診」欄
24	A001	夜間・早朝等加算を算定した場合	夜早	「再診」欄
25	A001	時間外対応加算1を算定した場合	時外1	「再診」欄
26	A001	時間外対応加算2を算定した場合	時外2	「再診」欄
27	A001	時間外対応加算3を算定した場合	時外3	「再診」欄
28	A001	時間外対応加算4を算定した場合	時外4	「再診」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
29	A001	明細書発行体制等加算を算定した場合	明	「再診」欄
30	A001	地域包括診療加算1を算定した場合	再包1	「再診」欄
31	A001	地域包括診療加算2を算定した場合	再包2	「再診」欄
32	A001	認知症地域包括診療加算1を算定した場合	再認包1	「再診」欄
33	A001	認知症地域包括診療加算2を算定した場合	再認包2	「再診」欄
34	A001	地域包括診療加算又は認知症地域包括診療加算の薬剤適正使用連携加算を算定した場合	薬適連	「再診」欄
35	A001	外来感染対策向上加算を算定した場合	再感	「再診」欄
36	A001	発熱患者等対応加算を算定した場合	再熱対	「再診」欄
37	A001	連携強化加算を算定した場合	再連	「再診」欄
38	A001	サーベイランス強化加算を算定した場合	再サ	「再診」欄
39	A001	抗菌薬適正使用体制加算を算定した場合	再抗菌適	「再診」欄
40	A001 A002	時間外加算の特例を算定した場合	特	「再診」欄
41	A001 A002	小児科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	小特夜	「再診」欄
42	A001 A002	小児科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	小特休	「再診」欄
43	A001 A002	小児科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	小特深	「再診」欄
44	A001 A002	医療情報取得加算3を算定した場合	医情3	「再診」欄
45	A001 A002	医療情報取得加算4を算定した場合	医情4	「再診」欄
46	A001 A002	看護師等遠隔診療補助加算を算定した場合	看師補	「再診」欄
47	A002	情報通信機器を用いた外来診療を行った場合	情外	「再診」欄
48	A002	外来診療料の注2又は注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合	外診減	「再診」欄
49	A002	外来診療料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合	外診妥減	「再診」欄
50	A002	外来診療料の注5に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合	複外診	「再診」欄
51	A002	外来診療料の注5に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合（外来診療料の注2又は注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合）	複外診減	「再診」欄
52	A002	外来診療料の注5に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合（外来診療料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合）	複外診妥減	「再診」欄
53	第2部通則5	特別の関係にある保険医療機関等に入院又は入所していたことのある患者であって、入院期間を当該保険医療機関等の初回入院日を起算日として計算する場合	特別	「入院」欄
54	第2部通則6	「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）」に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関の場合	超過	「入院」欄
55	第2部通則6	「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する医師等の員数の基準に該当する保険医療機関（離島等所在保険医療機関以外）の場合	標欠7	「入院」欄
56	第2部通則6	「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する医師等の員数の基準に該当する保険医療機関（離島等所在保険医療機関）の場合	標欠5	「入院」欄
57	第2部通則8	管理栄養士の配置について基準を満たせない場合の経過措置に該当する場合	経措	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
58	第2部通則8	医科点数表第1章第2部通則第8号により、当該保険医療機関内に、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が1名以上配置されている場合	栄40減	「入院」欄
59	第2部通則9	医科点数表第1章第2部通則第9号により、身体的拘束最小化に関する基準を満たせない場合	拘40減	「入院」欄
60	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料1）を算定した場合	急一般1	「入院」欄
61	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料2）を算定した場合	急一般2	「入院」欄
62	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料3）を算定した場合	急一般3	「入院」欄
63	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料4）を算定した場合	急一般4	「入院」欄
64	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料5）を算定した場合	急一般5	「入院」欄
65	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料6）を算定した場合	急一般6	「入院」欄
66	A100	一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料の地域一般入院料1）を算定した場合	地一般1	「入院」欄
67	A100	一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料の地域一般入院料2）を算定した場合	地一般2	「入院」欄
68	A100	一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料の地域一般入院料3）を算定した場合	地一般3	「入院」欄
69	A100	一般病棟入院基本料の特別入院基本料等を算定した場合	一般特別	「入院」欄
70	A100	一般病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料を算定した場合	一般夜特	「入院」欄
71	A100	一般病棟入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	一般夜看特定減	「入院」欄
72	A100 A104の1 A105 A317	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料又は、特定一般病棟入院料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（療養病棟入院料1の入院料1～30）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例● （※●は1から30の算定する数字を記載）	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
81	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料1の入院料1～30）を算定した場合	療1入● （※●は1から30の算定する数字を記載）	「入院」欄
82	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料2の入院料1～30）を算定した場合	療2入● （※●は1から30の算定する数字を記載）	「入院」欄
83	A101	療養病棟入院基本料の特別入院基本料等を算定した場合	療特	「入院」欄
84	A102	結核病棟入院基本料（7対1入院基本料）を算定した場合	結7	「入院」欄
85	A102	結核病棟入院基本料（10対1入院基本料）を算定した場合	結10	「入院」欄
86	A102	結核病棟入院基本料（13対1入院基本料）を算定した場合	結13	「入院」欄
87	A102	結核病棟入院基本料（15対1入院基本料）を算定した場合	結15	「入院」欄
88	A102	結核病棟入院基本料（18対1入院基本料）を算定した場合	結18	「入院」欄
89	A102	結核病棟入院基本料（20対1入院基本料）を算定した場合	結20	「入院」欄
90	A102	結核病棟入院基本料の特別入院基本料等を算定した場合	結特	「入院」欄
91	A102	結核病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料を算定した場合	結夜特	「入院」欄
92	A102	結核病棟入院基本料の重症患者割合特別入院基本料を算定した場合	重割特	「入院」欄
93	A102	結核病棟入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	結夜看特定減	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
94	A103	精神病棟入院基本料（10対１入院基本料）を算定した場合	精１０	「入院」欄
95	A103	精神病棟入院基本料（13対１入院基本料）を算定した場合	精１３	「入院」欄
96	A103	精神病棟入院基本料（15対１入院基本料）を算定した場合	精１５	「入院」欄
97	A103	精神病棟入院基本料（18対１入院基本料）を算定した場合	精１８	「入院」欄
98	A103	精神病棟入院基本料（20対１入院基本料）を算定した場合	精２０	「入院」欄
99	A103	精神病棟入院基本料の特別入院基本料等を算定した場合	精特	「入院」欄
100	A103	精神病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料を算定した場合	精夜特	「入院」欄
101	A103	精神病棟入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	精夜看特定減	「入院」欄
102	A104	特定機能病院入院基本料の一般病棟（7対１入院基本料）を算定した場合	特一7	「入院」欄
103	A104	特定機能病院入院基本料の一般病棟（10対１入院基本料）を算定した場合	特一１０	「入院」欄
104	A104	特定機能病院入院基本料の結核病棟（7対１入院基本料）を算定した場合	特結7	「入院」欄
105	A104	特定機能病院入院基本料の結核病棟（10対１入院基本料）を算定した場合	特結１０	「入院」欄
106	A104	特定機能病院入院基本料の結核病棟（13対１入院基本料）を算定した場合	特結１３	「入院」欄
107	A104	特定機能病院入院基本料の結核病棟（15対１入院基本料）を算定した場合	特結１５	「入院」欄
108	A104	特定機能病院入院基本料の精神病棟（7対１入院基本料）を算定した場合	特精7	「入院」欄
109	A104	特定機能病院入院基本料の精神病棟（10対１入院基本料）を算定した場合	特精１０	「入院」欄
110	A104	特定機能病院入院基本料の精神病棟（13対１入院基本料）を算定した場合	特精１３	「入院」欄
111	A104	特定機能病院入院基本料の精神病棟（15対１入院基本料）を算定した場合	特精１５	「入院」欄
112	A105	専門病院入院基本料（7対１入院基本料）を算定した場合	専7	「入院」欄
113	A105	専門病院入院基本料（10対１入院基本料）を算定した場合	専１０	「入院」欄
114	A105	専門病院入院基本料（13対１入院基本料）を算定した場合	専１３	「入院」欄
115	A105	専門病院入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	専夜看特定減	「入院」欄
116	A106	障害者施設等入院基本料（7対１入院基本料）を算定した場合	障7	「入院」欄
117	A106	障害者施設等入院基本料（10対１入院基本料）を算定した場合	障１０	「入院」欄
118	A106	障害者施設等入院基本料（13対１入院基本料）を算定した場合	障１３	「入院」欄
119	A106	障害者施設等入院基本料（15対１入院基本料）を算定した場合	障１５	「入院」欄
120	A106	障害者施設等入院基本料（7対１入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	2障7意	「入院」欄
121	A106	障害者施設等入院基本料（7対１入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	1障7意	「入院」欄
122	A106	障害者施設等入院基本料（10対１入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	2障１０意	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
123	A106	障害者施設等入院基本料（10対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	1障10意	「入院」欄
124	A106	障害者施設等入院基本料（13対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	2障13意	「入院」欄
125	A106	障害者施設等入院基本料（13対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	1障13意	「入院」欄
126	A106	障害者施設等入院基本料（15対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	2障15意	「入院」欄
127	A106	障害者施設等入院基本料（15対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	1障15意	「入院」欄
128	A106	障害者施設等入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	障夜看特定減	「入院」欄
129	A106	障害者施設等入院基本料（7対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	2障7脳	「入院」欄
130	A106	障害者施設等入院基本料（7対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	1障7脳	「入院」欄
131	A106	障害者施設等入院基本料（10対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	2障10脳	「入院」欄
132	A106	障害者施設等入院基本料（10対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	1障10脳	「入院」欄
133	A106	障害者施設等入院基本料（13対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	2障13脳	「入院」欄
134	A106	障害者施設等入院基本料（13対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	1障13脳	「入院」欄
135	A106	障害者施設等入院基本料（15対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	2障15脳	「入院」欄
136	A106	障害者施設等入院基本料（15対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	1障15脳	「入院」欄
137	A108	有床診療所入院基本料1を算定した場合	診1	「入院」欄
138	A108	有床診療所入院基本料2を算定した場合	診2	「入院」欄
139	A108	有床診療所入院基本料3を算定した場合	診3	「入院」欄
140	A108	有床診療所入院基本料4を算定した場合	診4	「入院」欄
141	A108	有床診療所入院基本料5を算定した場合	診5	「入院」欄
142	A108	有床診療所入院基本料6を算定した場合	診6	「入院」欄
143	A109	有床診療所療養病床入院基本料Aを算定した場合	診療A	「入院」欄
144	A109	有床診療所療養病床入院基本料Bを算定した場合	診療B	「入院」欄
145	A109	有床診療所療養病床入院基本料Cを算定した場合	診療C	「入院」欄
146	A109	有床診療所療養病床入院基本料Dを算定した場合	診療D	「入院」欄
147	A109	有床診療所療養病床入院基本料Eを算定した場合	診療E	「入院」欄
148	A109	有床診療所療養病床入院基本料の特別入院基本料を算定した場合	診療特	「入院」欄
149	A100 A104 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、退院が特定の時間帯に集中していることにより、減算された入院基本料を算定した場合	午前減	「入院」欄
150	A100 A104 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、入院日及び退院日が特定の日に集中していることにより、減算された入院基本料を算定した場合	土日減	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
151	A100 A102 A103 A106	一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は障害者施設等入院基本料について、月平均夜勤時間72時間の要件を満たさない場合	夜減	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
152	A100 A101 A106 A108 A109	一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、重症児（者）受入連携加算を算定した場合	重受連	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
153	A100	一般病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算を算定した場合	病初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
154	A104 A105	特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、看護必要度加算１を算定した場合	看必1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
155	A104 A105	特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、看護必要度加算２を算定した場合	看必2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
156	A100 A104 A105	特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、看護必要度加算３を算定した場合	看必3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
157	A101 A109	療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料の褥瘡対策加算１又は２を算定した場合	褥対１、褥対２	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
158	A101	療養病棟入院基本料の急性期患者支援療養病床初期加算を算定した場合	療急初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
159	A101	療養病棟入院基本料の在宅患者支援療養病床初期加算を算定した場合	療支初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
160	A101	療養病棟入院基本料の経腸栄養管理加算を算定した場合	療経栄	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
161	A101	療養病棟入院基本料の夜間看護加算を算定した場合	療夜看	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
162	A101	療養病棟入院基本料の看護補助体制充実加算１を算定した場合	療看充1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
163	A101	療養病棟入院基本料の看護補助体制充実加算２を算定した場合	療看充2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
164	A101	療養病棟入院基本料の看護補助体制充実加算３を算定した場合	療看充3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
165	A103 A104	精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料の重度認知症加算を算定した場合	重認	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
166	A103	精神病棟入院基本料を算定している患者について、救急支援精神病棟初期加算を算定した場合	精初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
167	A103 A312	精神療養病棟入院料及び精神病棟入院基本料を算定している患者について、精神保健福祉士配置加算を算定した場合	精福	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
168	A104	特定機能病院入院基本料の入院栄養管理体制加算を算定した場合	特栄	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
169	A105	専門病院入院基本料の13対１入院基本料を算定する病棟で、一般病棟看護必要度評価加算を算定した場合	専看評	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
170	A106	障害者施設等入院基本料の看護補助加算を算定した場合	障看補	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
171	A106	障害者施設等入院基本料の看護補助体制充実加算１を算定した場合	障看充1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
172	A106	障害者施設等入院基本料の看護補助体制充実加算２を算定した場合	障看充2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
173	A106	障害者施設等入院基本料の看護補助体制充実加算３を算定した場合	障看充3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
174	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所急性期患者支援病床初期加算を算定した場合	有急支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
175	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算を算定した場合	有在支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
176	A108	有床診療所入院基本料の夜間緊急体制確保加算を算定した場合	有緊	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
177	A108	有床診療所入院基本料の医師配置加算１を算定した場合	有医1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
178	A108	有床診療所入院基本料の医師配置加算2を算定した場合	有医2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
179	A108	有床診療所入院基本料の看護配置加算1を算定した場合	有看1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
180	A108	有床診療所入院基本料の看護配置加算2を算定した場合	有看2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
181	A108	有床診療所入院基本料の夜間看護配置加算1を算定した場合	有夜看1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
182	A108	有床診療所入院基本料の夜間看護配置加算2を算定した場合	有夜看2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
183	A108	有床診療所入院基本料の看護補助配置加算1を算定した場合	有補1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
184	A108	有床診療所入院基本料の看護補助配置加算2を算定した場合	有補2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
185	A108 A109	有床診療所入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、看取り加算を算定した場合（在宅療養支援診療所以外の場合）	看取	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
186	A108 A109	有床診療所入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、看取り加算を算定した場合（在宅療養支援診療所の場合）	看取在支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
187	A108	有床診療所入院基本料の介護連携加算1又は2を算定した場合	介連1、介連2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
188	A109	有床診療所療養病床入院基本料の急性期患者支援療養病床初期加算を算定した場合	有療急支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
189	A109	有床診療所療養病床入院基本料の有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算を算定した場合	有療在支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
190	A109	栄養管理実施加算を算定した場合	栄管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
191	A109	有床診療所療養病床入院基本料の慢性維持透析管理加算を算定した場合	有慢	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
192	A200	総合入院体制加算1を算定した場合	総入体1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
193	A200	総合入院体制加算2を算定した場合	総入体2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
194	A200	総合入院体制加算3を算定した場合	総入体3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
195	A200-2	急性期充実体制加算1を算定した場合	急充1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
196	A200-2	急性期充実体制加算2を算定した場合	急充2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
197	A200-2	急性期充実体制加算の精神科充実体制加算	精充	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
198	A204	地域医療支援病院入院診療加算を算定した場合	地入診	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
199	A204-2	臨床研修病院入院診療加算を算定した場合	臨修	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
200	A204-3	紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定した場合	紹入診	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
201	A205	救急医療管理加算1を算定した場合	救医1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
202	A205	救急医療管理加算2を算定した場合	救医2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
203	A205	救急医療管理加算の乳幼児加算を算定した場合	乳救医	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
204	A205	救急医療管理加算の小児加算を算定した場合	小救医	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
205	A205-2	超急性期脳卒中加算を算定した場合	超急	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
206	A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算を算定した場合	妊搬	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
207	A206	在宅患者緊急入院診療加算を算定した場合	在緊	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
208	A207	診療録管理体制加算1を算定した場合	録管1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
209	A207	診療録管理体制加算2を算定した場合	録管2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
210	A207	診療録管理体制加算3を算定した場合	録管3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
211	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（15対1）を算定した場合	医1の15	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
212	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（20対1）を算定した場合	医1の20	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
213	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（25対1）を算定した場合	医1の25	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
214	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（30対1）を算定した場合	医1の30	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
215	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（40対1）を算定した場合	医1の40	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
216	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（50対1）を算定した場合	医1の50	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
217	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（75対1）を算定した場合	医1の75	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
218	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（100対1）を算定した場合	医1の100	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
219	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（15対1）を算定した場合	医2の15	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
220	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（20対1）を算定した場合	医2の20	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
221	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（25対1）を算定した場合	医2の25	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
222	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（30対1）を算定した場合	医2の30	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
223	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（40対1）を算定した場合	医2の40	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
224	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（50対1）を算定した場合	医2の50	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
225	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（75対1）を算定した場合	医2の75	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
226	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（100対1）を算定した場合	医2の100	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
227	A207-3	25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）を算定した場合	急25上	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
228	A207-3	25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）を算定した場合	急25	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
229	A207-3	50対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	急50	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
230	A207-3	75対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	急75	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
231	A207-3	夜間30対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	夜30	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
232	A207-3	夜間50対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	夜50	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
233	A207-3	夜間100対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	夜100	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
234	A207-3	急性期看護補助体制加算の夜間看護体制加算を算定した場合	急夜看	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
235	A207-3	急性期看護補助体制加算の看護補助体制充実加算1を算定した場合	急看充1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
236	A207-3	急性期看護補助体制加算の看護補助体制充実加算2を算定した場合	急看充2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
237	A207-4	看護職員夜間12対1配置加算1を算定した場合	看職12夜1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
238	A207-4	看護職員夜間12対1配置加算2を算定した場合	看職12夜2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
239	A207-4	看護職員夜間16対1配置加算1を算定した場合	看職16夜1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
240	A207-4	看護職員夜間16対1配置加算2を算定した場合	看職16夜2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
241	A208	乳幼児加算を算定した場合	乳	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
242	A208	幼児加算を算定した場合	幼	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
243	A209	特定感染症入院医療管理加算を算定した場合	特感管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
244	A210	難病患者等入院診療加算を算定した場合	難入	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
245	A210	二類感染症患者入院診療加算を算定した場合	二感入	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
246	A211	特殊疾患入院施設管理加算を算定した場合	特疾	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
247	A212	超重症児(者)入院診療加算を算定した場合	超重症	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
248	A212	準超重症児(者)入院診療加算を算定した場合	準超重症	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
249	A212	救急・在宅重症児(者)受入加算を算定した場合	救在重受	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
250	A213	看護配置加算を算定した場合	看配	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
251	A214	看護補助加算1を算定した場合	補1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
252	A214	看護補助加算2を算定した場合	補2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
253	A214	看護補助加算3を算定した場合	補3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
254	A214	夜間75対1看護補助加算を算定した場合	夜75補	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
255	A214	看護補助加算の夜間看護体制加算を算定した場合	夜看補	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
256	A214	看護補助加算の看護補助体制充実加算1を算定した場合	補看充1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
257	A214	看護補助加算の看護補助体制充実加算2を算定した場合	補看充2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
258	A219	療養環境加算を算定した場合	環境	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
259	A220	HIV感染者療養環境特別加算を算定した場合	感染特	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
260	A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算の「1」個室加算を算定した場合	個室	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
261	A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算の「2」陰圧室加算を算定した場合	陰圧	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
262	A221	重症者等療養環境特別加算を算定した場合	重境	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
263	A221-2	小児療養環境特別加算を算定した場合	小環特	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
264	A222	療養病棟療養環境加算1を算定した場合	療環1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
265	A222	療養病棟療養環境加算2を算定した場合	療環2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
266	A222-2	療養病棟療養環境改善加算1を算定した場合	療改1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
267	A222-2	療養病棟療養環境改善加算2を算定した場合	療改2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
268	A223	診療所療養病床療養環境加算を算定した場合	診環	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
269	A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算を算定した場合	診環改	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
270	A224	無菌治療室管理加算1を算定した場合	無菌1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
271	A224	無菌治療室管理加算2を算定した場合	無菌2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
272	A225	放射線治療病室管理加算1を算定した場合	放室1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
273	A225	放射線治療病室管理加算2を算定した場合	放室2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
274	A226	重症皮膚潰瘍管理加算を算定した場合	重皮潰	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
275	A226-2	緩和ケア診療加算を算定した場合	緩和	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
276	A226-2	緩和ケア診療加算の小児加算を算定した場合	小緩和	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
277	A226-2	緩和ケア診療加算の個別栄養食事管理加算を算定した場合	栄養緩和	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
278	A226-2	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された緩和ケア診療加算を算定した場合	緩和地域	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
279	A226-3	有床診療所緩和ケア診療加算を算定した場合	診緩和	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
280	A226-4	小児緩和ケア診療加算を算定した場合	小児緩和	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
281	A226-4	小児個別栄養食事管理加算を算定した場合	小栄管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
282	A227	精神科措置入院診療加算を算定した場合	精措	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
283	A228	精神科応急入院施設管理加算を算定した場合	精応	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
284	A229	精神科隔離室管理加算を算定した場合	精隔	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
285	A230	精神病棟入院時医学管理加算を算定した場合	精医管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
286	A230-2	精神科地域移行実施加算を算定した場合	精移	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
287	A230-3	精神科身体合併症管理加算を算定した場合	精身	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
288	A230-4	精神科リエゾンチーム加算を算定した場合	精リエ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
289	A231-2	強度行動障害入院医療管理加算を算定した場合	強行	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
290	A231-3	依存症入院医療管理加算を算定した場合	依存	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
291	A231-4	摂食障害入院医療管理加算を算定した場合	摂障	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
292	A232の1	がん診療連携拠点病院加算を算定した場合	がん診	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
293	A232の2	小児がん拠点病院加算を算定した場合	小児がん	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
294	A233	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した場合	リ栄口	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
295	A233-2	栄養サポートチーム加算を算定した場合	栄サ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
296	A233-2	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された栄養サポートチーム加算を算定した場合	栄サ地域	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
297	A233-2	歯科医師連携加算を算定した場合	歯連	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
298	A234	医療安全対策加算1を算定した場合	安全1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
299	A234	医療安全対策加算2を算定した場合	安全2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
300	A234	医療安全対策地域連携加算1を算定した場合	安全地連1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
301	A234	医療安全対策地域連携加算2を算定した場合	安全地連2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
302	A234-2	感染対策向上加算1を算定した場合	感向1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
303	A234-2	感染対策向上加算2を算定した場合	感向2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
304	A234-2	感染対策向上加算3を算定した場合	感向3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
305	A234-2	指導強化加算を算定した場合	感指	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
306	A234-2	連携強化加算を算定した場合	感連	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
307	A234-2	サーベイランス強化加算を算定した場合	感サ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
308	A234-2	抗菌薬適正使用体制加算を算定した場合	抗菌適	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
309	A234-3	患者サポート体制充実加算を算定した場合	患サポ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
310	A234-4	重症患者初期支援充実加算を算定した場合	重支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
311	A234-5	報告書管理体制加算を算定した場合	報管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
312	A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定した場合	褥ハイ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
313	A236	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定した場合	褥ハ地域	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
314	A236-2	ハイリスク妊娠管理加算を算定した場合	ハイ妊娠	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
315	A237	ハイリスク分娩管理加算を算定した場合	ハイ分娩	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
316	A237	地域連携分娩管理加算を算定した場合	地分娩	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
317	A238-6	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した場合	精救紹	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
318	A238-7	精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定した場合	精救受	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
319	A242	呼吸ケアチーム加算を算定した場合	呼ケア	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
320	A242-2	術後疼痛管理チーム加算を算定した場合	術疼管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
321	A243	後発医薬品使用体制加算1を算定した場合	後使1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
322	A243	後発医薬品使用体制加算2を算定した場合	後使2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
323	A243	後発医薬品使用体制加算3を算定した場合	後使3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
324	A243-2	バイオ後続品使用体制加算を算定した場合	バイオ体制	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
325	A244	病棟薬剤業務実施加算1を算定した場合	病薬実1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
326	A244	病棟薬剤業務実施加算2を算定した場合	病薬実2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
327	A244	薬剤業務向上加算を算定した場合	薬業向	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
328	A245	データ提出加算1を算定した場合	デ提1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
329	A245	データ提出加算2を算定した場合	デ提2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
330	A245	データ提出加算3を算定した場合	デ提3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
331	A245	データ提出加算4を算定した場合	デ提4	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
332	A245	提出データ評価加算を算定した場合	デ評	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
333	A246	入退院支援加算1を算定した場合	入退支1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
334	A246	入退院支援加算2を算定した場合	入退支2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
335	A246	入退院支援加算3を算定した場合	入退支3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
336	A246	地域連携診療計画加算を算定した場合	地連診計	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
337	A246	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された入退院支援加算2を算定した場合	入退支地域	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
338	A246	小児加算を算定した場合	入退支小	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
339	A246	入院時支援加算1を算定した場合	入退入1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
340	A246	入院時支援加算2を算定した場合	入退入2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
341	A246	入院事前調整加算を算定した場合	入前	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
342	A246-2	精神科入退院支援加算を算定した場合	精入退	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
343	A246-2	精神科措置入院退院支援加算を算定した場合	精退	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
344	A246-3	医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定した場合	医ケア支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
345	A246-3	情報通信機器を用いて医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定した場合	情医ケア支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
346	A247	認知症ケア加算1を算定した場合	認ケア1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
347	A247	認知症ケア加算2を算定した場合	認ケア2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
348	A247	認知症ケア加算3を算定した場合	認ケア3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
349	A247	認知症ケア加算1の100分の60に相当する点数を算定した場合	認ケア1減	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
350	A247	認知症ケア加算2の100分の60に相当する点数を算定した場合	認ケア2減	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
351	A247-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算を算定した場合	せハイ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
352	A248	精神疾患診療体制加算1を算定した場合	精疾診1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
353	A248	精神疾患診療体制加算2を算定した場合	精疾診2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
354	A249	精神科急性期医師配置加算を算定した場合	精急医配	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
355	A250	薬剤総合評価調整加算を算定した場合	薬総評加	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
356	A251	排尿自立支援加算を算定した場合	排自	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
357	A252	地域医療体制確保加算を算定した場合	地医体	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
358	A253	協力対象施設入所者入院加算を算定した場合	協施	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
359	A300	救命救急入院料1を算定した場合	救命1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
360	A300	救命救急入院料2を算定した場合	救命2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
361	A300	救命救急入院料3を算定した場合	救命3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
362	A300	救命救急入院料3の広範囲熱傷特定集中治療管理料を算定した場合	救命3熱	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
363	A300	救命救急入院料4を算定した場合	救命4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
364	A300	救命救急入院料4の広範囲熱傷特定集中治療管理料を算定した場合	救命4熱	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
365	A300	精神疾患診断治療初回加算イを算定した場合	精初イ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
366	A300	精神疾患診断治療初回加算ロを算定した場合	精初ロ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
367	A300	救命救急入院料の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階A若しくはBである場合	A救	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
368	A300	救命救急入院料の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階A若しくはBである場合	B救	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
369	A300	救命救急入院料の救急体制充実加算1を算定した場合	救充1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
370	A300	救命救急入院料の救急体制充実加算2を算定した場合	救充2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
371	A300	救命救急入院料の救急体制充実加算3を算定した場合	救充3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
372	A300	救命救急入院料の高度救命救急センターである場合	高救	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
373	A300	救命救急入院料の急性薬毒物中毒1に係る加算を算定した場合	薬救1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
374	A300	救命救急入院料の急性薬毒物中毒2に係る加算を算定した場合	薬救2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
375	A300	救命救急入院料の小児加算を算定した場合	小児	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
376	A300	救命救急入院料の早期離床・リハビリテーション加算を算定した場合	救早リ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
377	A300	救命救急入院料の早期栄養介入管理加算を算定した場合	救早栄	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
378	A300	救命救急入院料の早期栄養介入管理加算（早期から経腸栄養を開始した場合）を算定した場合	救早経	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
379	A300	救命救急入院料の生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合に算定する加算を算定した場合	救精助	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
380	A300	救命救急入院料の重症患者対応体制強化加算イを算定した場合	救重イ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
381	A300	救命救急入院料の重症患者対応体制強化加算ロを算定した場合	救重ロ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
382	A300	救命救急入院料の重症患者対応体制強化加算ハを算定した場合	救重ハ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
383	A301	特定集中治療室管理料1を算定した場合	特集1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
384	A301	特定集中治療室管理料2を算定した場合	特集2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
385	A301	特定集中治療室管理料2の広範囲熱傷特定集中治療管理料を算定した場合	特集2熱	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
386	A301	特定集中治療室管理料3を算定した場合	特集3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
387	A301	特定集中治療室管理料4を算定した場合	特集4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
388	A301	特定集中治療室管理料4の広範囲熱傷特定集中治療管理料を算定した場合	特集4熱	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
389	A301	特定集中治療室管理料5を算定した場合	特集5	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
390	A301	特定集中治療室管理料6を算定した場合	特集6	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
391	A301	特定集中治療室管理料6の広範囲熱傷特定集中治療管理料を算定した場合	特集6熱	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
392	A301	特定集中治療室管理料の小児加算を算定した場合	小児	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
393	A301	特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算を算定した場合	特集早リ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
394	A301	特定集中治療室管理料の早期栄養介入管理加算を算定した場合	特集早栄	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
395	A301	特定集中治療室管理料の早期栄養介入管理加算（早期から経腸栄養を開始した場合）を算定した場合	特集早経	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
396	A301	特定集中治療室管理料の重症患者対応体制強化加算イを算定した場合	特集重イ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
397	A301	特定集中治療室管理料の重症患者対応体制強化加算ロを算定した場合	特集重ロ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
398	A301	特定集中治療室管理料の重症患者対応体制強化加算ハを算定した場合	特集重ハ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
399	A301	特定集中治療室遠隔支援加算を算定した場合	特集遠隔	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
400	A301−2	ハイケアユニット入院医療管理料1を算定した場合	ハイ1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
401	A301−2	ハイケアユニット入院医療管理料2を算定した場合	ハイ2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
402	A301−2	ハイケアユニット入院医療管理料の早期離床・リハビリテーション加算を算定した場合	ハイ早リ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
403	A301−2	ハイケアユニット入院医療管理料の早期栄養介入管理加算を算定した場合	ハイ早栄	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
404	A301−2	ハイケアユニット入院医療管理料の早期栄養介入管理加算（早期から経腸栄養を開始した場合）を算定した場合	ハイ早経	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
405	A301−3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定した場合	脳ケア	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
406	A301−3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料の早期離床・リハビリテーション加算を算定した場合	脳ケア早リ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
407	A301−3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料の早期栄養介入管理加算を算定した場合	脳ケア早栄	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
408	A301−3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料の早期栄養介入管理加算（早期から経腸栄養を開始した場合）を算定した場合	脳ケア早経	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
409	A301−4	小児特定集中治療室管理料を算定した場合	小特集	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
410	A301−4	小児特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算を算定した場合	小特集早リ	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
411	A301−4	小児特定集中治療室管理料の早期栄養介入管理加算を算定した場合	小特集早栄	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
412	A301−4	小児特定集中治療室管理料の早期栄養介入管理加算（早期から経腸栄養を開始した場合）を算定した場合	小特集早経	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
413	A302	新生児特定集中治療室管理料1を算定した場合	新集1	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
414	A302	新生児特定集中治療室管理料2を算定した場合	新集2	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
415	A302−2	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定した場合	新集重	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
416	A303	総合周産期特定集中治療室管理料「1」母体・胎児集中治療室管理料を算定した場合	産集母	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
417	A303	総合周産期特定集中治療室管理料「2」新生児集中治療室管理料を算定した場合	産集新	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
418	A303	総合周産期特定集中治療室管理料の成育連携支援加算を算定した場合	産集成	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
419	A303−2	新生児治療回復室入院医療管理料を算定した場合	新治回	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
420	A304	地域包括医療病棟入院料を算定した場合	地包医	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
421	A304	地域包括医療病棟入院料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	地包医夜看特定減	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
422	A304	地域包括医療病棟入院料の25対1看護補助体制加算（看護補助者5割以上）を算定した場合	地包括医25上	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
423	A304	地域包括医療病棟入院料の25対1看護補助体制加算（看護補助者5割未満）を算定した場合	地包括医25	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
424	A304	地域包括医療病棟入院料の50対1看護補助体制加算を算定した場合	地包括医50	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
425	A304	地域包括医療病棟入院料の75対1看護補助体制加算を算定した場合	地包括医75	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
426	A304	地域包括医療病棟入院料の夜間30対1看護補助体制加算を算定した場合	地包括医夜30	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
427	A304	地域包括医療病棟入院料の夜間50対1看護補助体制加算を算定した場合	地包括医夜50	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
428	A304	地域包括医療病棟入院料の夜間100対1看護補助体制加算を算定した場合	地包括医夜100	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
429	A304	地域包括医療病棟入院料の看護補助体制充実加算1を算定した場合	地包医看充1	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
430	A304	地域包括医療病棟入院料の看護補助体制充実加算2を算定した場合	地包医看充2	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
431	A304	地域包括医療病棟入院料の看護補助体制充実加算3を算定した場合	地包医看充3	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
432	A304	地域包括医療病棟入院料の看護職員夜間配置加算を算定した場合	地包医看職夜配	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
433	A304	地域包括医療病棟入院料のリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した場合	地包医リ栄口	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
434	A305	一類感染症患者入院医療管理料を算定した場合	感入管	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
435	A306	特殊疾患入院医療管理料を算定した場合	特入管	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
436	A306	特殊疾患入院医療管理料（重度の意識障害で医療区分2に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	2特入管意	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
437	A306	特殊疾患入院医療管理料（重度の意識障害で医療区分1に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	1特入管意	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
438	A306 A309 A317	特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は特定一般病棟入院料の重症児（者）受入連携加算を算定した場合	重受連	「入院」欄「特定入院料・その他」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
439	A306	特殊疾患入院医療管理料（重度の意識障害で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	2特入管脳	「入院」欄
440	A306	特殊疾患入院医療管理料（重度の意識障害で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	1特入管脳	「入院」欄
441	A307	小児入院医療管理料1を算定した場合	小入管1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
442	A307	小児入院医療管理料2を算定した場合	小入管2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
443	A307	小児入院医療管理料3を算定した場合	小入管3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
444	A307	小児入院医療管理料4を算定した場合	小入管4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
445	A307	小児入院医療管理料5を算定した場合	小入管5	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
446	A307	小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5の重症児受入体制加算1を算定した場合	重受体1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
447	A307	小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5の重症児受入体制加算2を算定した場合	重受体2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
448	A307	小児入院医療管理料の無菌治療管理加算1を算定した場合	小無1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
449	A307	小児入院医療管理料の無菌治療管理加算2を算定した場合	小無2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
450	A307	小児入院医療管理料の退院時薬剤情報管理指導連携加算を算定した場合	小退連	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
451	A307	小児入院医療管理料の養育支援体制加算を算定した場合	小養	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
452	A307	小児入院医療管理料の時間外受入体制強化加算1を算定した場合	小時受体1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
453	A307	小児入院医療管理料の時間外受入体制強化加算2を算定した場合	小時受体2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
454	A307	小児入院医療管理料の看護補助加算を算定した場合	小看	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
455	A307	小児入院医療管理料の看護補助体制充実加算を算定した場合	小看充	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
456	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定した場合	復リ入1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
457	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定した場合	復リ入2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
458	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料3を算定した場合	復リ入3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
459	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定した場合	復リ入4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
460	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定した場合	復リ入5	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
461	A308	回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定した場合	復リ入管	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
462	A308	回復期リハビリテーション病棟入院基本料の休日リハビリテーション提供体制加算を算定した場合	休リハ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
463	A308	回復期リハビリテーション病棟入院基本料のリハビリテーション充実加算を算定した場合	充リハ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
464	A308-3	地域包括ケア病棟入院料1を算定した場合	地包1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
465	A308-3	地域包括ケア病棟入院料2を算定した場合	地包2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
466	A308-3	地域包括ケア病棟入院料3を算定した場合	地包3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
467	A308-3	地域包括ケア病棟入院料4を算定した場合	地包4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
468	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料1を算定した場合	地包管1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
469	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料2を算定した場合	地包管2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
470	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料3を算定した場合	地包管3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
471	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料4を算定した場合	地包管4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
472	A308-3	地域包括ケア病棟入院料1（当該病棟が療養病棟である場合）を算定した場合	地包療1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
473	A308-3	地域包括ケア病棟入院料2（当該病棟が療養病棟である場合）を算定した場合	地包療2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
474	A308-3	地域包括ケア病棟入院料3（当該病棟が療養病棟である場合）を算定した場合	地包療3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
475	A308-3	地域包括ケア病棟入院料4（当該病棟が療養病棟である場合）を算定した場合	地包療4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
476	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料1（当該病床が療養病床である場合）を算定した場合	地包管療1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
477	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料2（当該病床が療養病床である場合）を算定した場合	地包管療2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
478	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料3（当該病床が療養病床である場合）を算定した場合	地包管療3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
479	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料4（当該病床が療養病床である場合）を算定した場合	地包管療4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
480	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア病棟入院料1を算定した場合	包病1地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
481	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア病棟入院料2を算定した場合	包病2地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
482	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア病棟入院料3を算定した場合	包病3地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
483	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア病棟入院料4を算定した場合	包病4地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
484	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア入院医療管理料1を算定した場合	包入1地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
485	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア入院医療管理料2を算定した場合	包入2地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
486	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア入院医療管理料3を算定した場合	包入3地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
487	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア入院医療管理料4を算定した場合	包入4地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
488	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の看護補助者配置加算を算定した場合	包看補	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
489	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の看護補助体制充実加算1を算定した場合	包看充1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
490	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の看護補助体制充実加算2を算定した場合	包看充2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
491	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の看護補助体制充実加算3を算定した場合	包看充3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
492	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算（1）の①を算定した場合	包急支転400以①	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
493	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算（1）の②を算定した場合	包急支転400以②	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
494	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算（2）の①を算定した場合	包急支転400未①	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
495	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算（2）の②を算定した場合	包急支転400未②	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
496	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の在宅患者支援病床初期加算（1）を算定した場合	包在支転介老	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
497	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の在宅患者支援病床初期加算（2）を算定した場合	包在支転自	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
498	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の看護職員夜間配置加算を算定した場合	包看職夜配	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
499	A308-3	地域包括ケア病棟入院料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	包夜看特定減	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
500	A308-3	地域包括ケア病棟入院料について、注9に定める基準に適合せず100分の85相当の点数を算定した場合	包注9適	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
501	A308-3	地域包括ケア病棟入院料について、注10に定める基準に適合せず100分の90相当の点数を算定した場合	包注10適	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
502	A308-3	地域包括ケア病棟入院料について、注11に定める基準に適合せず100分の90相当の点数を算定した場合	包注11適	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
503	A308-3	地域包括ケア病棟入院料について、注12に定める基準に適合せず100分の90相当の点数を算定した場合	包注12適	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
504	A309	特殊疾患病棟入院料1を算定した場合	特疾1	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
505	A309	特殊疾患病棟入院料2を算定した場合	特疾2	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
506	A309	特殊疾患病棟入院料1（重度の意識障害で医療区分2に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	2特疾1意	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
507	A309	特殊疾患病棟入院料1（重度の意識障害で医療区分1に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	1特疾1意	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
508	A309	特殊疾患病棟入院料2（重度の意識障害で医療区分2に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	2特疾2意	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
509	A309	特殊疾患病棟入院料2（重度の意識障害で医療区分1に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	1特疾2意	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
510	A309	特殊疾患病棟入院料1（重度の意識障害で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	2特疾1脳	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
511	A309	特殊疾患病棟入院料1（重度の意識障害で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	1特疾1脳	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
512	A309	特殊疾患病棟入院料2（重度の意識障害で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	2特疾2脳	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
513	A309	特殊疾患病棟入院料2（重度の意識障害で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	1特疾2脳	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
514	A310	緩和ケア病棟入院料1を算定した場合	緩和1	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
515	A310	緩和ケア病棟入院料2を算定した場合	緩和2	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
516	A310	緩和ケア病棟入院料の緩和ケア病棟緊急入院初期加算を算定した場合	緩和緊入	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
517	A310	緩和ケア病棟入院料の緩和ケア疼痛評価加算を算定した場合	緩和疼	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
518	A311	精神科救急急性期医療入院料1を算定した場合	精救1	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
519	A311	精神科救急急性期医療入院料2を算定した場合	精救2	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
520	A311	精神科救急急性期医療入院料3を算定した場合	精救3	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
521	A311 A311-2 A311-3 A312	精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料の統合失調症の患者に対する非定型抗精神病薬加算を算定した場合	非精	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
522	A311 A311-3	精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料の看護職員夜間配置加算を算定した場合	精看職夜配	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
523	A311	精神科救急急性期医療入院料の精神科救急医療体制加算1を算定した場合	精救体1	「入院」欄「特定入院料・その他」の項
524	A311	精神科救急急性期医療入院料の精神科救急医療体制加算2を算定した場合	精救体2	「入院」欄「特定入院料・その他」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
525	A311	精神科救急急性期医療入院料の精神科救急医療体制加算3を算定した場合	精救体3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
526	A311−2	精神科急性期治療病棟入院料1を算定した場合	精急1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
527	A311−2	精神科急性期治療病棟入院料2を算定した場合	精急2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
528	A311−3	精神科救急・合併症入院料を算定した場合	精合	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
529	A311−4	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した場合	児春	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
530	A311−4	精神科養育支援体制加算を算定した場合	精養支	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
531	A312	精神療養病棟入院料を算定した場合	精療	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
532	A312	精神科療養病棟入院料の退院支援加算2を算定した場合	精療退支	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
533	A312 A318	精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算1を算定した場合	重症1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
534	A312 A318	精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算2を算定した場合	重症2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
535	A314	認知症治療病棟入院料1を算定した場合	認知1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
536	A314	認知症治療病棟入院料2を算定した場合	認知2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
537	A314	認知症治療病棟入院料の認知症夜間対応加算を算定した場合	認夜	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
538	A315	精神科地域包括ケア病棟入院料を算定した場合	精地包	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
539	A315	精神科地域包括ケア病棟入院料の自宅等移行初期加算を算定した場合	精地包自	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
540	A315	精神科地域包括ケア病棟入院料の非定型抗精神病薬加算を算定した場合	精地包精	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
541	A317	特定一般病棟入院料1を算定した場合	特般1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
542	A317	特定一般病棟入院料2を算定した場合	特般2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
543	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、地域包括ケア入院医療管理1が行われた場合	包1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
544	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、地域包括ケア入院医療管理2が行われた場合	包2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
545	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、地域包括ケア入院医療管理3が行われた場合	包3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
546	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、地域包括ケア入院医療管理4が行われた場合	包4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
548	A317	特定一般病棟入院料の救急・在宅等支援病床初期加算を算定した場合	病初	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
549	A317	特定一般病棟入院料の一般病棟看護必要度評価加算を算定した場合	一看評	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
550	A318	地域移行機能強化病棟入院料を算定した場合	地移	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
551	A319	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	特リハ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
552	−	90日を超える期間一般病棟に入院している患者であって特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの（平成20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者）のうち、同別表第四の第三号（重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等）に該当する場合	重	「入院」欄
553	−	90日を超える期間一般病棟に入院している患者であって特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの（平成20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者）のうち、同別表第四の第十二号に該当するものとして退院支援状況報告書の届出を行っている場合	退支	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
554	A400の1	短期滞在手術等基本料1を算定した場合	短手1	「その他」欄
555	A400の3	短期滞在手術等基本料3を算定した場合	短手3	「入院」欄
556	第1部通則3	外来感染対策向上加算を算定した場合	医感	「医学管理」欄
557	第1部通則3	発熱患者等対応加算を算定した場合	医熱対	「医学管理」欄
558	第1部通則4	連携強化加算を算定した場合	医連	「医学管理」欄
559	第1部通則5	サーベイランス強化加算を算定した場合	医サ	「医学管理」欄
560	第1部通則5	抗菌薬適正使用体制加算を算定した場合	医抗菌適	「医学管理」欄
561	B000	特定疾患療養管理料を算定した場合	特	「医学管理」欄
562	B000	特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情特	「医学管理」欄
563	B001の1	ウイルス疾患指導料1を算定した場合	ウ1	「医学管理」欄
564	B001の1	ウイルス疾患指導料2を算定した場合	ウ2	「医学管理」欄
565	B001の1	ウイルス疾患指導料1(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情ウ1	「医学管理」欄
566	B001の1	ウイルス疾患指導料2(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情ウ2	「医学管理」欄
567	B001の2	特定薬剤治療管理料1を算定した場合	薬1	「医学管理」欄
568	B001の2	特定薬剤治療管理料2を算定した場合	薬2	「医学管理」欄
569	B001の3	悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合	悪	「医学管理」欄
570	B001の4	小児特定疾患カウンセリング料を算定した場合	小児特定	「医学管理」欄
571	B001の4	小児特定疾患カウンセリング料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情小児特定	「医学管理」欄
572	B001の5	小児科療養指導料を算定した場合	小児療養	「医学管理」欄
573	B001の5	小児科療養指導料の人工呼吸器導入時相談支援加算を算定した場合	人呼支援	「医学管理」欄
574	B001の5	小児科療養指導料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情小児療	「医学管理」欄
575	B001の6	てんかん指導料を算定した場合	てんかん	「医学管理」欄
576	B001の6	てんかん指導料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情てんかん	「医学管理」欄
577	B001の7	難病外来指導管理料を算定した場合	難病	「医学管理」欄
578	B001の7	難病外来指導管理料の人工呼吸器導入時相談支援加算を算定した場合	人呼支援	「医学管理」欄
579	B001の7	難病外来指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情難病	「医学管理」欄
580	B001の8	皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)を算定した場合	皮膚(Ⅰ)	「医学管理」欄
581	B001の8	皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)を算定した場合	皮膚(Ⅱ)	「医学管理」欄
582	B001の8	皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情皮膚(Ⅰ)	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
583	B001の8	皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情皮膚(Ⅱ)	「医学管理」欄
584	B001の9	外来栄養食事指導料1(初回の指導を対面で行った場合)を算定した場合	外栄初対1	「医学管理」欄
585	B001の9	外来栄養食事指導料1(初回の指導を情報通信機器等を用いて行った場合)を算定した場合	外栄初情1	「医学管理」欄
586	B001の9	外来栄養食事指導料1(2回目以降の指導を対面で行った場合)を算定した場合	外栄2対1	「医学管理」欄
587	B001の9	外来栄養食事指導料1(2回目以降の指導を情報通信機器等を用いて行った場合)を算定した場合	外栄2情1	「医学管理」欄
588	B001の9	外来栄養食事指導料2(初回の指導を対面で行った場合)を算定した場合	外栄初対2	「医学管理」欄
589	B001の9	外来栄養食事指導料2(初回の指導を情報通信機器等を用いて行った場合)を算定した場合	外栄初情2	「医学管理」欄
590	B001の9	外来栄養食事指導料2(2回目以降の指導を対面で行った場合)を算定した場合	外栄2対2	「医学管理」欄
591	B001の9	外来栄養食事指導料2(2回目以降の指導を情報通信機器等を用いて行った場合)を算定した場合	外栄2情2	「医学管理」欄
592	B001の9	外来栄養食事指導料(注3に規定する専門の管理栄養士が指導した場合)を算定した場合	外栄専	「医学管理」欄
593	B001の10	入院栄養食事指導料1を算定した場合	入栄1	「医学管理」欄
594	B001の10	入院栄養食事指導料2を算定した場合	入栄2	「医学管理」欄
595	B001の11	集団栄養食事指導料を算定した場合	集栄	「医学管理」欄
596	B001の12	心臓ペースメーカー指導管理料を算定した場合	ペ	「医学管理」欄
597	B001の12	心臓ペースメーカー指導管理料の導入期加算を算定した場合	導入期	「医学管理」欄
598	B001の13	在宅療養指導料を算定した場合	在宅指導	「医学管理」欄
599	B001の14	高度難聴指導管理料を算定した場合	高難	「医学管理」欄
600	B001の15	慢性維持透析患者外来医学管理料を算定した場合	慢透	「医学管理」欄
601	B001の15	慢性維持透析患者外来医学管理料の腎代替療法実績加算を算定した場合	腎代替	「医学管理」欄
602	B001の16	喘息治療管理料1を算定した場合	喘息1	「医学管理」欄
603	B001の16	喘息治療管理料2を算定した場合	喘息2	「医学管理」欄
604	B001の17	慢性疼痛疾患管理料を算定した場合	疼痛	「医学管理」欄
605	B001の18	小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合	小児悪腫	「医学管理」欄
606	B001の18	小児悪性腫瘍患者指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情小児悪腫	「医学管理」欄
607	B001の20	糖尿病合併症管理料を算定した場合	糖	「医学管理」欄
608	B001の21	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料を算定した場合	耳鼻	「医学管理」欄
609	B001の22	がん性疼痛緩和指導管理料を算定した場合	がん	「医学管理」欄
610	B001の22	がん性疼痛緩和指導管理料を算定している患者に対して小児加算を算定した場合	小児	「医学管理」欄
611	B001の22	がん性疼痛緩和指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情がん	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
612	B001の23	がん患者指導管理料イを算定した場合	が指イ	「医学管理」欄
613	B001の23	がん患者指導管理料ロを算定した場合	が指ロ	「医学管理」欄
614	B001の23	がん患者指導管理料ハを算定した場合	が指ハ	「医学管理」欄
615	B001の23	がん患者指導管理料ニを算定した場合	が指ニ	「医学管理」欄
616	B001の23	がん患者指導管理料イ(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情が指イ	「医学管理」欄
617	B001の23	がん患者指導管理料ロ(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情が指ロ	「医学管理」欄
618	B001の23	がん患者指導管理料ハ(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情が指ハ	「医学管理」欄
619	B001の23	がん患者指導管理料ニ(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情が指ニ	「医学管理」欄
620	B001の24	外来緩和ケア管理料を算定した場合	外緩	「医学管理」欄
621	B001の24	外来緩和ケア管理料を算定している患者に対して小児加算を算定した場合	小児	「医学管理」欄
622	B001の24	外来緩和ケア管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情外緩	「医学管理」欄
623	B001の24	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された外来緩和ケア管理料を算定した場合	緩ケ地域	「医学管理」欄
624	B001の25	移植後患者指導管理料の臓器移植後の場合を算定した場合	臓移	「医学管理」欄
625	B001の25	移植後患者指導管理料の造血幹細胞移植後の場合を算定した場合	造移	「医学管理」欄
626	B001の25	移植後患者指導管理料の臓器移植後の場合(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	臓移	「医学管理」欄
627	B001の25	移植後患者指導管理料の造血幹細胞移植後の場合(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	造移	「医学管理」欄
628	B001の26	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料を算定した場合	植ポ	「医学管理」欄
629	B001の26	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料の導入期加算を算定した場合	導入期	「医学管理」欄
630	B001の27	糖尿病透析予防指導管理料を算定した場合	透予	「医学管理」欄
631	B001の27	糖尿病透析予防指導管理料の高度腎機能障害患者指導加算を算定した場合	腎機能	「医学管理」欄
632	B001の27	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された糖尿病透析予防指導管理料を算定した場合	透予地域	「医学管理」欄
633	B001の27	糖尿病透析予防指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情透予	「医学管理」欄
634	B001の27	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された糖尿病透析予防指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情透予地域	「医学管理」欄
635	B001の28	小児運動器疾患指導管理料を算定した場合	小運動	「医学管理」欄
636	B001の29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料を算定した場合	乳腺ケア	「医学管理」欄
637	B001の30	婦人科特定疾患治療管理料を算定した場合	婦特	「医学管理」欄
638	B001の31	腎代替療法指導管理料を算定した場合	腎代指	「医学管理」欄
639	B001の31	腎代替療法指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情腎代指	「医学管理」欄
640	B001の32	一般不妊治療管理料を算定した場合	一妊	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
641	B001の33	生殖補助医療管理料を算定した場合	生補	「医学管理」欄
642	B001の34	二次性骨折予防継続管理料を算定した場合	骨継	「医学管理」欄
643	B001の35	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料を算定した場合	アレ免	「医学管理」欄
644	B001の36	下肢創傷処置管理料を算定した場合	下創	「医学管理」欄
645	B001の37	慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定した場合	慢腎透	「医学管理」欄
646	B001の37	情報通信機器を用いて慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定した場合	情慢腎透	「医学管理」欄
647	B001-2	小児科外来診療料の「1」院外処方の「イ」初診を算定した場合	児外初	「医学管理」欄
648	B001-2	小児科外来診療料の「1」院外処方の「ロ」再診を算定した場合	児外再	「医学管理」欄
649	B001-2	小児科外来診療料の「2」院内処方の「イ」初診を算定した場合	児内初	「医学管理」欄
650	B001-2	小児科外来診療料の「2」院内処方の「ロ」再診を算定した場合	児内再	「医学管理」欄
651	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の時間外加算を算定した場合	外	「医学管理」欄
652	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の休日加算を算定した場合	休	「医学管理」欄
653	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の深夜加算を算定した場合	深	「医学管理」欄
654	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の時間外加算の特例を算定した場合	特	「医学管理」欄
655	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の小児科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	特夜	「医学管理」欄
656	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の小児科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	特休	「医学管理」欄
657	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の小児科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	特深	「医学管理」欄
658	B001-2	小児科外来診療料の小児抗菌薬適正使用支援加算を算定した場合	小抗菌	「医学管理」欄
659	B001-2-2	地域連携小児夜間・休日診療料を算定した場合	地域小児	「医学管理」欄
660	B001-2-3	乳幼児育児栄養指導料を算定した場合	乳栄	「医学管理」欄
661	B001-2-3	乳幼児育児栄養指導料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	情乳栄	「医学管理」欄
662	B001-2-4	地域連携夜間・休日診療料を算定した場合	地域夜休	「医学管理」欄
663	B001-2-5	院内トリアージ実施料を算定した場合	トリ	「医学管理」欄
664	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料を算定した場合	救搬	「医学管理」欄
665	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料の精神科疾患患者等受入加算を算定した場合	精受	「医学管理」欄
666	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料の救急搬送看護体制加算1を算定した場合	救搬看1	「医学管理」欄
667	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料の救急搬送看護体制加算2を算定した場合	救搬看2	「医学管理」欄
668	B001-2-7	外来リハビリテーション診療料1を算定した場合	外リ1	「医学管理」欄
669	B001-2-7	外来リハビリテーション診療料2を算定した場合	外リ2	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
670	B001-2-8	外来放射線照射診療料を算定した場合	外放	「医学管理」欄
671	B001-2-8	外来放射線照射診療料の100分の50に相当する点数を算定した場合	外放減	「医学管理」欄
672	B001-2-9	地域包括診療料1を算定した場合	地包1	「医学管理」欄
673	B001-2-9	地域包括診療料2を算定した場合	地包2	「医学管理」欄
674	B001-2-9	地域包括診療料の薬剤適正使用連携加算を算定した場合	薬適連	「医学管理」欄
675	B001-2-10	認知症地域包括診療料1を算定した場合	認地包1	「医学管理」欄
676	B001-2-10	認知症地域包括診療料2を算定した場合	認地包2	「医学管理」欄
677	B001-2-10	認知症地域包括診療料の薬剤適正使用連携加算を算定した場合	薬適連	「医学管理」欄
678	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「1」の院外処方の初診を算定した場合	児か外初1	「医学管理」欄
679	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「1」の院外処方の再診を算定した場合	児か外再1	「医学管理」欄
680	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「1」の院内処方の初診を算定した場合	児か内初1	「医学管理」欄
681	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「1」の院内処方の再診を算定した場合	児か内再1	「医学管理」欄
682	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「2」の院外処方の初診を算定した場合	児か外初2	「医学管理」欄
683	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「2」の院外処方の再診を算定した場合	児か外再2	「医学管理」欄
684	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「2」の院内処方の初診を算定した場合	児か内初2	「医学管理」欄
685	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「2」の院内処方の再診を算定した場合	児か内再2	「医学管理」欄
686	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の小児抗菌薬適正使用支援加算を算定した場合	小抗菌	「医学管理」欄
687	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料1（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投1	「医学管理」欄
688	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料1（抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管1	「医学管理」欄
689	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料2（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投2	「医学管理」欄
690	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料2（抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管2	「医学管理」欄
691	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料3（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投3	「医学管理」欄
692	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料3（抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管3	「医学管理」欄
693	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料の連携充実加算を算定した場合	連充	「医学管理」欄
694	B001-3	生活習慣病管理料（Ⅰ）の1を算定した場合	生1脂	「医学管理」欄
695	B001-3	生活習慣病管理料（Ⅰ）の2を算定した場合	生1高	「医学管理」欄
696	B001-3	生活習慣病管理料（Ⅰ）の3を算定した場合	生1糖	「医学管理」欄
697	B001-3 B001-3-3	生活習慣病管理料の外来データ提出加算を算定した場合	外デ	「医学管理」欄
698	B001-3-2	ニコチン依存症管理料1を算定した場合	ニコ1	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
699	B001-3-2	ニコチン依存症管理料2を算定した場合	ニコ2	「医学管理」欄
700	B001-3-2	ニコチン依存症管理料の100分の70に相当する点数を算定した場合	ニコ減	「医学管理」欄
701	B001-3-3	生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した場合	生2	「医学管理」欄
702	B001-3-3	血糖自己測定指導加算を算定した場合	自指加	「医学管理」欄
703	B001-3-3	情報通信機器を用いて生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した場合	情生2	「医学管理」欄
704	B001-4	手術前医学管理料を算定した場合	手前	「医学管理」欄
705	B001-5	手術後医学管理料を算定した場合	手後	「医学管理」欄
706	B001-6	肺血栓塞栓症予防管理料を算定した場合	肺予	「医学管理」欄
707	B001-7	リンパ浮腫指導管理料を算定した場合	リ	「医学管理」欄
708	B001-8	臍ヘルニア圧迫指導管理料を算定した場合	臍ヘ	「医学管理」欄
709	B001-9	療養・就労両立支援指導料を算定した場合	就労	「医学管理」欄
710	B001-9	療養・就労両立支援指導料の相談支援加算を算定した場合	就労相談	「医学管理」欄
711	B001-9	療養・就労両立支援指導料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情就労	「医学管理」欄
712	B002	開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合	開Ⅰ	「医学管理」欄
713	B003	開放型病院共同指導料(Ⅱ)を算定した場合	開Ⅱ	「医学管理」欄
714	B004	退院時共同指導料1を算定した場合	退共1	「医学管理」欄
715	B004	退院時共同指導料1を算定している患者に対して特別管理指導加算を算定した場合	特管	「医学管理」欄
716	B005	退院時共同指導料2を算定した場合	退共2	「医学管理」欄
717	B005	退院時共同指導料2の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して指導を行った場合	2者共	「医学管理」欄
718	B005	退院時共同指導料2の多機関共同指導加算を算定した場合	多共	「医学管理」欄
719	B005-1-2	介護支援等連携指導料を算定した場合	介連	「医学管理」欄
720	B005-1-3	介護保険リハビリテーション移行支援料を算定した場合	介リ支	「医学管理」欄
721	B005-4	ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定した場合	ハイⅠ	「医学管理」欄
722	B005-5	ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)を算定した場合	ハイⅡ	「医学管理」欄
723	B005-6	がん治療連携計画策定料の「1」を算定した場合	がん策1	「医学管理」欄
724	B005-6	がん治療連携計画策定料の「2」を算定した場合	がん策2	「医学管理」欄
725	B005-6	がん治療連携計画策定料の「2」(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情がん策2	「医学管理」欄
726	B005-6-2	がん治療連携指導料を算定した場合	がん指	「医学管理」欄
727	B005-6-3	がん治療連携管理料の「1」を算定した場合	がん管1	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
728	B005-6-3	がん治療連携管理料の「2」を算定した場合	がん管2	「医学管理」欄
729	B005-6-3	がん治療連携管理料の「3」を算定した場合	がん管3	「医学管理」欄
730	B005-6-4	外来がん患者在宅連携指導料を算定した場合	外がん連	「医学管理」欄
731	B005-6-4	外来がん患者在宅連携指導料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	情外がん連	「医学管理」欄
732	B005-7	認知症専門診断管理料の「1」を算定した場合	認管1	「医学管理」欄
733	B005-7	認知症専門診断管理料の「2」を算定した場合	認管2	「医学管理」欄
734	B005-7-2	認知症療養指導料1を算定した場合	認指1	「医学管理」欄
735	B005-7-2	認知症療養指導料2を算定した場合	認指2	「医学管理」欄
736	B005-7-2	認知症療養指導料3を算定した場合	認指3	「医学管理」欄
737	B005-7-3	認知症サポート指導料を算定した場合	認サ	「医学管理」欄
738	B005-8	肝炎インターフェロン治療計画料を算定した場合	肝計	「医学管理」欄
739	B005-8	肝炎インターフェロン治療計画料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	情肝計	「医学管理」欄
740	B005-9	外来排尿自立指導料を算定した場合	外排自	「医学管理」欄
741	B005-10	ハイリスク妊産婦連携指導料1を算定した場合	ハイ妊連1	「医学管理」欄
742	B005-10-2	ハイリスク妊産婦連携指導料2を算定した場合	ハイ妊連2	「医学管理」欄
743	B005-11	遠隔連携診療料（診断を目的とする場合）を算定した場合	遠連診	「医学管理」欄
744	B005-11	遠隔連携診療料(その他の場合）を算定した場合	遠連他	「医学管理」欄
745	B005-12	こころの連携指導料（Ⅰ）を算定した場合	こ連Ⅰ	「医学管理」欄
746	B005-13	こころの連携指導料（Ⅱ）を算定した場合	こ連Ⅱ	「医学管理」欄
747	B005-14	プログラム医療機器指導管理料を算定した場合	プ管	「医学管理」欄
748	B006	救急救命管理料を算定した場合	救	「医学管理」欄
749	B006-3	退院時リハビリテーション指導料を算定した場合	退リハ	「医学管理」欄
750	B007	退院前訪問指導料を算定した場合	退前	「医学管理」欄
751	B007-2	退院後訪問指導料を算定した場合	退後	「医学管理」欄
752	B007-2	退院後訪問指導料の訪問看護同行加算を算定した場合	退訪同	「医学管理」欄
753	B008	薬剤管理指導料の「1」を算定した場合	薬管1	「医学管理」欄
754	B008	薬剤管理指導料の「2」を算定した場合	薬管2	「医学管理」欄
755	B008	薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻加	「医学管理」欄
756	B008-2	薬剤総合評価調整管理料を算定した場合	薬総評管	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
757	B008-2	薬剤総合評価調整管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情薬総評管	「医学管理」欄
758	B009	診療情報提供料(Ⅰ)を算定した場合	情Ⅰ	「医学管理」欄
759	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の「注8」に規定する加算を算定した場合	情Ⅰ退	「医学管理」欄
760	B009	診療情報提供料(Ⅰ)のハイリスク妊婦紹介加算を算定した場合	情Ⅰ妊	「医学管理」欄
761	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の認知症専門医療機関紹介加算を算定した場合	情Ⅰ認紹	「医学管理」欄
762	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の認知症専門医療機関連携加算を算定した場合	情Ⅰ認連	「医学管理」欄
763	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の精神科医連携加算を算定した場合	情Ⅰ精	「医学管理」欄
764	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の肝炎インターフェロン治療連携加算を算定した場合	情Ⅰ肝	「医学管理」欄
765	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の歯科医療機関連携加算1を算定した場合	情Ⅰ歯1	「医学管理」欄
766	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の歯科医療機関連携加算2を算定した場合	情Ⅰ歯2	「医学管理」欄
767	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の地域連携診療計画加算を算定した場合	情地連診	「医学管理」欄
768	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の療養情報提供加算を算定した場合	情療養	「医学管理」欄
769	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算を算定した場合	情検画	「医学管理」欄
770	B009-2	電子的診療情報評価料を算定した場合	電診情評	「医学管理」欄
771	B010	診療情報提供料(Ⅱ)を算定した場合	情Ⅱ	「医学管理」欄
772	B010-2	診療情報連携共有料を算定した場合	情共	「医学管理」欄
773	B011	診療情報等連携共有料1を算定した場合	情連共1	「医学管理」欄
774	B011	診療情報等連携共有料2を算定した場合	情連共2	「医学管理」欄
775	B011-3	薬剤情報提供料を算定した場合	薬情	「医学管理」欄
776	B011-3	薬剤情報提供料の手帳記載加算を算定した場合	手帳	「医学管理」欄
777	B011-4	医療機器安全管理料を算定した場合	医機安	「医学管理」欄
778	B011-5	がんゲノムプロファイリング評価提供料を算定した場合	がんゲ評	「医学管理」欄
779	B011-6	栄養情報連携料を算定した場合	栄情	「医学管理」欄
780	B012	傷病手当金意見書交付料を算定した場合	傷	「医学管理」欄
781	B012	傷病手当金意見書交付料を遺族等に対して意見書を交付した場合	相続	「医学管理」欄
782	B013	療養費同意書交付料を算定した場合	療	「医学管理」欄
783	B014	退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合	退薬	「医学管理」欄
784	B014	退院時薬剤情報管理指導料の退院時薬剤情報連携加算を算定した場合	退薬連	「医学管理」欄
785	B015	精神科退院時共同指導料1を算定した場合	精退共1	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
786	B015	精神科退院時共同指導料2を算定した場合	精退共2	「医学管理」欄
788	第2部通則5	外来感染対策向上加算を算定した場合	在感	「在宅」欄
789	第2部通則5	発熱患者等対応加算を算定した場合	在熱対	「在宅」欄
790	第2部通則6	連携強化加算を算定した場合	在連	「在宅」欄
791	第2部通則7	サーベイランス強化加算を算定した場合	在サ	「在宅」欄
792	第2部通則8	抗菌薬適正使用体制加算を算定した場合	在抗菌適	「在宅」欄
793	C000	在宅療養支援診療所の保険医が往診を行った場合	在支援	「在宅」欄
794	C000	在宅療養支援病院の保険医が往診を行った場合	在支病	「在宅」欄
795	C000 C001	特別往診料を算定した場合 患家との直線距離が16kmを超えた場合又は海路の場合であって、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料を算定した場合	特	「在宅」欄
796	C000 C005 C005-1-2	在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診を行った場合 在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行った場合	支援	「在宅」欄
797	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）「1」の同一建物居住者以外の場合を算定した場合	（Ⅰ）1在宅	「在宅」欄
798	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）「1」の同一建物居住者の場合を算定した場合	（Ⅰ）1同一	「在宅」欄
799	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）「2」の同一建物居住者以外の場合を算定した場合	（Ⅰ）2在宅	「在宅」欄
800	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）「2」の同一建物居住者の場合を算定した場合	（Ⅰ）2同一	「在宅」欄
801	C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定した場合	（Ⅱ）	「在宅」欄
802	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、（Ⅱ）の厚生労働大臣が定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合	難病	「在宅」欄
803	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、（Ⅱ）の乳幼児加算を算定した場合	乳	「在宅」欄
804	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の在宅ターミナルケア加算イ又はロを算定した場合 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算を算定した場合	（Ⅰ）タ在、（Ⅰ）タ施 （Ⅱ）タ	「在宅」欄
805	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、（Ⅱ）の酸素療法加算を算定した場合	タ酸	「在宅」欄
806	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、（Ⅱ）の看取り加算を算定した場合	看取	「在宅」欄
807	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、（Ⅱ）の患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合	急性	「在宅」欄
808	C001 C003	在宅医療DX情報活用加算を算定した場合	在DX	「在宅」欄
809	C002	在宅時医学総合管理料の処方箋を交付した場合	在医総管外	「在宅」欄
810	C002	在宅時医学総合管理料の処方箋を交付していない場合	在医総管内	「在宅」欄
811	C002	在宅時医学総合管理料（月1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合）を算定する患者であって処方箋を交付した場合	情在医総管外	「在宅」欄
812	C002	在宅時医学総合管理料（月1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合）を算定する患者であって処方箋を交付していない場合	情在医総管内	「在宅」欄
813	C002	在宅時医学総合管理料の処方箋を交付した場合であって、100分の80に相当する点数を算定した場合	在医総管外減	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
814	C002	在宅時医学総合管理料の処方箋を交付していない場合であって、100分の80に相当する点数を算定した場合	在医総管内滅	「在宅」欄
815	C002-2	施設入居時等医学総合管理料の処方箋を交付した場合	施医総管外	「在宅」欄
816	C002-2	施設入居時等医学総合管理料の処方箋を交付していない場合	施医総管内	「在宅」欄
817	C002-2	施設入居時等医学総合管理料の処方箋を交付した場合であって、100分の80に相当する点数を算定した場合	施医総管外滅	「在宅」欄
818	C002-2	施設入居時等医学総合管理料の処方箋を交付していない場合であって、100分の80に相当する点数を算定した場合	施医総管内滅	「在宅」欄
819	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の頻回訪問加算を算定した場合	頻訪加算	「在宅」欄
820	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の在宅移行早期加算を算定した場合	在宅移行	「在宅」欄
821	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の在宅療養移行加算1を算定した場合	在療移1	「在宅」欄
822	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の在宅療養移行加算2を算定した場合	在療移2	「在宅」欄
823	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の在宅療養移行加算3を算定した場合	在療移3	「在宅」欄
824	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の在宅療養移行加算4を算定した場合	在療移4	「在宅」欄
825	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算を算定した場合	包括支援	「在宅」欄
826	C002 C002-2 C003	在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料の在宅データ提出加算を算定した場合	在デ	「在宅」欄
827	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の在宅医療情報連携加算を算定した場合	在療連	「在宅」欄
828	C003	在宅がん医療総合診療料を算定した場合	在医総	「在宅」欄
829	C003	在宅がん医療総合診療料の小児加算を算定した場合	在総小	「在宅」欄
830	C003	在宅がん医療総合診療料の在宅医療情報連携加算を算定した場合	在総連	「在宅」欄
831	C004	救急搬送診療料を算定した場合	搬送診療	「在宅」欄
832	C004	救急搬送診療料の長時間加算を算定した場合	搬送診療長	「在宅」欄
833	C004	救急搬送診療料の重症患者搬送加算を算定した場合	搬送重	「在宅」欄
834	C004-2	救急患者連携搬送料を算定した場合	搬送連	「在宅」欄
835	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合	訪問看護 訪問看護(同一)	「在宅」欄
836	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の厚生労働大臣の定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合	訪問看護難病 訪問看護難病(同一)	「在宅」欄
837	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の急性増悪等により頻回な訪問看護を必要とする患者に対して行った場合	訪問看護急性 訪問看護急性(同一)	「在宅」欄
838	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	訪問看護専門 訪問看護専門(同一)	「在宅」欄
839	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算を算定した場合	複	「在宅」欄
840	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の緊急訪問看護加算を算定した場合	訪問看護緊急 訪問看護緊急(同一)	「在宅」欄
841	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の長時間訪問看護・指導加算を別に厚生労働大臣が定める者に算定した場合	訪問看護別定長時 訪問看護別定長時(同一)	「在宅」欄
842	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の長時間訪問看護・指導加算を別に厚生労働大臣が定める者以外の者に算定した場合	訪問看護長時 訪問看護長時(同一)	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
843	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の乳幼児加算を算定した場合	訪問看護乳 訪問看護乳(同一)	「在宅」欄
844	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護加算(保健師、助産師又は看護師)を算定した場合	複訪看看	「在宅」欄
845	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護加算(准看護師)を算定した場合	複訪看准	「在宅」欄
846	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護加算(看護補助者)を算定した場合(別に厚生労働大臣が定める場合を除く。)	複訪看補ハ	「在宅」欄
847	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護加算(看護補助者)を算定した場合(別に厚生労働大臣が定める場合)	複訪看補ニ	「在宅」欄
848	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料の在宅患者連携指導加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者連携指導加算	訪問看護連携 訪問看護連携(同一)	「在宅」欄
849	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料の在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合	訪問看護カン 訪問看護カン(同一)	「在宅」欄
850	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定した場合(在宅で死亡した患者)	タ在 同タ在	「在宅」欄
851	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定した場合(特別養護老人ホーム等で死亡した患者)	タ施 同タ施	「在宅」欄
852	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅移行管理加算を算定した場合	移	「在宅」欄
853	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅移行管理重症者加算を算定した場合	移重症	「在宅」欄
854	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の夜間・早朝訪問看護加算を算定した場合	夜早	「在宅」欄
855	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の深夜訪問看護加算を算定した場合	深	「在宅」欄
856	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の看護・介護職員連携強化加算を算定した場合	訪問看護看介 訪問看護看介(同一)	「在宅」欄
857	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の特別地域訪問看護加算を算定した場合	訪問看護特地 訪問看護特地(同一)	「在宅」欄
858	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の遠隔死亡診断補助加算を算定した場合	遠診	「在宅」欄
859	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の訪問看護医療DX情報活用加算を算定した場合	在訪DX	「在宅」欄
860	C005	在宅患者訪問看護・指導料注16のイを算定した場合	訪問特研イ	「在宅」欄
861	C005	在宅患者訪問看護・指導料注16のロを算定した場合	訪問特研ロ	「在宅」欄
862	C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定した場合	訪問点滴	「在宅」欄
863	C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料に用いる注射薬を支給した場合	訪点	「在宅」欄
864	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問リハビリテーションを行った場合	訪問リ在宅	「在宅」欄
865	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問リハビリテーションを行った場合	訪問リ同一	「在宅」欄
866	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を必要とする患者に対して行った場合	急性	「在宅」欄
867	C007	訪問看護指示料を算定した場合	訪問指示	「在宅」欄
868	C007	訪問看護指示料の特別訪問看護指示加算を算定した場合	特別指示	「在宅」欄
869	C007	訪問看護指示料の衛生材料等提供加算を算定した場合	衛材提供	「在宅」欄
870	C007	訪問看護指示料の手順書加算を算定した場合	訪看手	「在宅」欄
871	C007-2	介護職員等喀痰吸引等指示料を算定した場合	喀痰指示	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
872	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合	訪問薬剤	「在宅」欄
873	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻加	「在宅」欄
874	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳幼	「在宅」欄
875	C009	在宅患者訪問栄養食事指導料1を算定した場合	訪問栄養1	「在宅」欄
876	C009	在宅患者訪問栄養食事指導料2を算定した場合	訪問栄養2	「在宅」欄
877	C010	在宅患者連携指導料を算定した場合	在宅連携	「在宅」欄
878	C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した場合	在宅緊急	「在宅」欄
879	C012	在宅患者共同診療料の15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とした場合	在共	「在宅」欄
880	C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定した場合	在褥	「在宅」欄
881	C014	外来在宅共同指導料1を算定した場合	外在共1	「在宅」欄
882	C014	外来在宅共同指導料2を算定した場合	外在共2	「在宅」欄
883	C015	在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料を算定した場合	在緊連	「在宅」欄
884	C100	退院前在宅療養指導管理料を算定した場合	前	「在宅」欄
885	C100	退院前在宅療養指導管理料の乳幼児加算を算定した場合	乳幼	「在宅」欄
886	C101	在宅自己注射指導管理料を算定した場合	注	「在宅」欄
887	C101	在宅自己注射指導管理料のバイオ後続品導入初期加算を算定した場合	在バイオ	「在宅」欄
888	C101	在宅自己注射指導管理料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	情注	「在宅」欄
889	C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定した場合	在小血糖	「在宅」欄
890	C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1を算定した場合	在妊糖1	「在宅」欄
891	C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2を算定した場合	在妊糖2	「在宅」欄
892	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合	灌	「在宅」欄
893	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料の遠隔モニタリング加算を算定した場合	遠モニ	「在宅」欄
894	C102-2	在宅血液透析指導管理料を算定した場合	在透	「在宅」欄
895	C103	在宅酸素療法指導管理料を算定した場合	酸	「在宅」欄
896	C103	在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算を算定した場合	遠モニ	「在宅」欄
897	C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定した場合	中	「在宅」欄
898	C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合	経	「在宅」欄
899	C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料を算定した場合	小経	「在宅」欄
900	C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合	半固形	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
901	C106	在宅自己導尿指導管理料を算定した場合	尿	「在宅」欄
902	C107	在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合	人	「在宅」欄
903	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1を算定した場合	持呼1	「在宅」欄
904	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定した場合	持呼2	「在宅」欄
905	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算を算定した場合	遠モニ	「在宅」欄
906	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	持呼情	「在宅」欄
907	C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定した場合	ハイセ	「在宅」欄
908	C108	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定した場合	在悪	「在宅」欄
909	C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定した場合	在悪共	「在宅」欄
910	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定した場合	寝	「在宅」欄
911	C110	在宅自己疼痛管理指導管理料を算定した場合	疼	「在宅」欄
912	C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料を算定した場合	振	「在宅」欄
913	C110-2 C110-3	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料又は在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の導入期加算を算定した場合	導入期	「在宅」欄
914	C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料を算定した場合	迷	「在宅」欄
915	C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料を算定した場合	仙	「在宅」欄
916	C110-5	在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料を算定した場合	舌電	「在宅」欄
917	C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料を算定した場合	肺	「在宅」欄
918	C112	在宅気管切開患者指導管理料を算定した場合	気	「在宅」欄
919	C112-2	在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定した場合	喉摘	「在宅」欄
920	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定した場合	難皮	「在宅」欄
921	C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を算定した場合	植心非拍	「在宅」欄
922	C117	在宅経腸投薬指導管理料を算定した場合	経腸投	「在宅」欄
923	C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料を算定した場合	電場	「在宅」欄
924	C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料を算定した場合	洗腸	「在宅」欄
925	C120	在宅中耳加圧療法指導管理料を算定した場合	中加	「在宅」欄
926	C121	在宅抗菌薬吸入療法指導管理料を算定した場合	抗吸	「在宅」欄
927	C150	血糖自己測定器加算を算定した場合	注糖	「在宅」欄
928	C150	血糖自己測定器加算の血中ケトン体自己測定器加算を算定した場合	ケト	「在宅」欄
929	C151	注入器加算を算定した場合	入	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
930	C152	間歇注入シリンジポンプ加算を算定した場合	間	「在宅」欄
931	C152-2	持続血糖測定器加算を算定した場合	持血	「在宅」欄
932	C152-3	経腸投薬用ポンプ加算を算定した場合	経腸ポ	「在宅」欄
933	C153	注入器用注射針加算を算定した場合	針	「在宅」欄
934	C154	紫外線殺菌器加算を算定した場合	紫	「在宅」欄
935	C155	自動腹膜灌流装置加算を算定した場合	自腹	「在宅」欄
936	C156	透析液供給装置加算を算定した場合	透液	「在宅」欄
937	C157	酸素ボンベ加算を算定した場合	ボ	「在宅」欄
938	C157 C159	酸素ボンベ加算及び液化酸素装置加算について携帯用又は携帯型を用いた場合	携	「在宅」欄
939	C158	酸素濃縮装置加算を算定した場合	濃	「在宅」欄
940	C159	液化酸素装置加算を算定した場合	液	「在宅」欄
941	C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算を算定した場合	呼	「在宅」欄
942	C160	在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算を算定した場合	輸	「在宅」欄
943	C161	注入ポンプ加算を算定した場合	注ポ	「在宅」欄
944	C161	注入ポンプ加算（在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料）を算定した場合	悪ポ	「在宅」欄
945	C162	在宅経管栄養法用栄養管セット加算を算定した場合	管	「在宅」欄
946	C163	特殊カテーテル加算の「１」を算定した場合	サ	「在宅」欄
947	C163	特殊カテーテル加算の「２」を算定した場合	カ	「在宅」欄
948	C163	特殊カテーテル加算の「３」を算定した場合	バ	「在宅」欄
949	C164	人工呼吸器加算のうち、陽圧式人工呼吸器を使用した場合	陽呼	「在宅」欄
950	C164	人工呼吸器加算のうち、鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合	鼻呼	「在宅」欄
951	C164	人工呼吸器加算のうち、陰圧式人工呼吸器を使用した場合	陰呼	「在宅」欄
952	C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「１」を算定した場合	持呼加1	「在宅」欄
953	C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「２」を算定した場合	持呼加2	「在宅」欄
954	C166	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算を算定した場合	携ポ	「在宅」欄
955	C167	疼痛等管理用送信器加算を算定した場合	疼信	「在宅」欄
956	C168	携帯型精密輸液ポンプ加算を算定した場合	肺ポ	「在宅」欄
957	C168-2	携帯型精密ネブライザ加算を算定した場合	精ネ	「在宅」欄
958	C169	気管切開患者用人工鼻加算を算定した場合	気鼻	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
959	C170	排痰補助装置加算を算定した場合	排痰	「在宅」欄
960	C171	在宅酸素療法材料加算を算定した場合	酸材	「在宅」欄
961	C171-2	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算を算定した場合	持材	「在宅」欄
962	C171-3	在宅ハイフローセラピー材料加算を算定した場合	ハイ材	「在宅」欄
963	C173	横隔神経電気刺激装置加算を算定した場合	横電	「在宅」欄
964	C174	在宅ハイフローセラピー装置加算を算定した場合	ハイ装	「在宅」欄
965	C175	在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算を算定した場合	吸ネブ	「在宅」欄
966	D005	特殊染色加算を算定した場合	特染	「検査・病理」欄
967	D009の8	前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原(PSA)を2回以上算定した場合	未確	「検査・病理」欄
968	D014の23	関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定した場合	未確	「検査・病理」欄
969	D018	嫌気性培養加算を算定した場合	嫌培	「検査・病理」欄
970	D025	基本的検体検査実施料を算定した場合	基検	「検査・病理」欄
971	D026	尿・糞便等検査判断料を算定した場合	判尿	「検査・病理」欄
972	D026	遺伝子関連・染色体検査判断料	判遺	「検査・病理」欄
973	D026	血液学的検査判断料を算定した場合	判血	「検査・病理」欄
974	D026	生化学的検査(Ⅰ)判断料を算定した場合	判生Ⅰ	「検査・病理」欄
975	D026	生化学的検査(Ⅱ)判断料を算定した場合	判生Ⅱ	「検査・病理」欄
976	D026	免疫学的検査判断料を算定した場合	判免	「検査・病理」欄
977	D026	微生物学的検査判断料を算定した場合	判微	「検査・病理」欄
978	D026	検体検査管理加算(Ⅰ)を算定した場合	検管Ⅰ	「検査・病理」欄
979	D026	検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合	検管Ⅱ	「検査・病理」欄
980	D026	検体検査管理加算(Ⅲ)を算定した場合	検管Ⅲ	「検査・病理」欄
981	D026	検体検査管理加算(Ⅳ)を算定した場合	検管Ⅳ	「検査・病理」欄
982	D026	国際標準検査管理加算を算定した場合	国標	「検査・病理」欄
983	D026	遺伝カウンセリング加算を算定した場合	遺伝	「検査・病理」欄
984	D026	遺伝性腫瘍カウンセリング加算を算定した場合	遺伝腫	「検査・病理」欄
985	D026	骨髄像診断加算を算定した場合	骨診	「検査・病理」欄
986	D027	基本的検体検査判断料を算定した場合	判基	「検査・病理」欄
987	D205	呼吸機能検査等判断料を算定した場合	判呼	「検査・病理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
988	D206	血管内超音波検査加算を算定した場合	血超	「検査・病理」欄
989	D206	血管内光断層撮影加算を算定した場合	血光断	「検査・病理」欄
990	D206	冠動脈血流予備能測定検査加算を算定した場合	冠血予	「検査・病理」欄
991	D206	血管内視鏡検査加算を算定した場合	血内	「検査・病理」欄
992	D206	心腔内超音波検査加算を算定した場合	心超	「検査・病理」欄
993	D215−2	肝硬度測定を3月に2回以上算定した場合	複肝	「検査・病理」欄
994	D215−3	超音波エラストグラフィーを3月に2回以上算定した場合	複エ	「検査・病理」欄
995	D217	大腿骨同時撮影加算を算定した場合	腿撮	「検査・病理」欄
996	D238	脳波検査判断料1を算定した場合	判脳1	「検査・病理」欄
997	D238	脳波検査判断料2を算定した場合	判脳2	「検査・病理」欄
998	D241	神経・筋検査判断料を算定した場合	判神	「検査・病理」欄
999	D256	広角眼底撮影加算を算定した場合	広眼	「検査・病理」欄
1000	D294	ラジオアイソトープ検査判断料を算定した場合	判ラ	「検査・病理」欄
1001	D306 D308 D310 D312 D313	粘膜点墨法加算を算定した場合	墨	「検査・病理」欄
1002	D306 D308 D313 D317	狭帯域光強調加算を算定した場合	狭光	「検査・病理」欄
1003	D415	経気管肺生検法のガイドシース加算を算定した場合	ガ	「検査・病理」欄
1004	D415	経気管肺生検法のCT透視下気管支鏡検査加算を算定した場合	CT気	「検査・病理」欄
1005	第1節 第1款通則1	時間外緊急院内検査加算を算定した場合	緊検	「検査・病理」欄
1006	第1節 第1款通則3	外来迅速検体検査加算を算定した場合	外迅検	「検査・病理」欄
1007	第3節内視鏡検査通則1	超音波内視鏡検査加算を算定した場合	超内	「検査・病理」欄
1008	第4部	電子画像管理加算（エックス線診断料、核医学診断料又はコンピューター断層撮影診断料）を算定した場合	電画	「画像診断」欄
1009	第4部	別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合	画診共同	「画像診断」欄
1010	第4部通則3	時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合	緊画	「画像診断」欄
1011	第4部通則4	写真診断について、画像診断管理加算1を算定した場合	写画1	「画像診断」欄
1012	第4部通則4	基本的エックス線診断について、画像診断管理加算1を算定した場合	基画1	「画像診断」欄
1013	第4部通則4	核医学診断について、画像診断管理加算1を算定した場合	核画1	「画像診断」欄
1014	第4部通則4	コンピューター断層診断について、画像診断管理加算1を算定した場合	コ画1	「画像診断」欄
1015	第4部通則5	核医学診断について、画像診断管理加算2を算定した場合	核画2	「画像診断」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1016	第４部通則５	コンピューター断層診断について、画像診断管理加算２を算定した場合	コ画２	「画像診断」欄
1017	第４部通則５	核医学診断について、画像診断管理加算３を算定した場合	核画３	「画像診断」欄
1018	第４部通則５	コンピューター断層診断について、画像診断管理加算３を算定した場合	コ画３	「画像診断」欄
1019	E004	基本的エックス線診断料を算定した場合	基エ	「画像診断」欄
1020	F100	特定疾患処方管理加算を算定した場合	特処	「投薬」欄
1021	F100	抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合	抗悪	「投薬」欄
1022	F100	外来後発医薬品使用体制加算１を算定した場合	外後使１	「投薬」欄
1023	F100	外来後発医薬品使用体制加算２を算定した場合	外後使２	「投薬」欄
1024	F100	外来後発医薬品使用体制加算３を算定した場合	外後使３	「投薬」欄
1025	F100	向精神薬調整連携加算を算定した場合	向調連	「投薬」欄
1026	F200	初診料の注２、注３又は外来診療料の注２、注３を算定する保険医療機関において投与期間が30日以上の処方をし、薬剤料を所定点数の合計の100分の40に相当する点数で算定した場合 常態として、内服薬７種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合	減	「投薬」欄
1027	F200	１回の処方において、抗不安薬を３種類以上、睡眠薬を３種類以上、抗うつ薬を３種類以上、抗精神病薬を３種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬を４種類以上投与した場合であって、薬剤料（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係るものに限る。）を所定点数の100分の80に相当する点数で算定した場合	精減	「投薬」欄
1028	F500	院内製剤加算を算定した場合	院	「投薬」欄
1029	－	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第４号又は第１条第６号に係る医薬品を投与した場合	薬評	「投薬」欄
1030	F400	特定疾患処方管理加算を算定した場合	特処	「その他」欄
1031	F400	抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合	抗悪	「その他」欄
1032	F400	一般名処方加算１を算定した場合	一般１	「その他」欄
1033	F400	一般名処方加算２を算定した場合	一般２	「その他」欄
1034	F400	向精神薬調整連携加算を算定した場合	向調連	「その他」欄
1035	第６部通則６	外来化学療法加算１を算定した場合	化１	「注射」欄
1036	第６部通則６	外来化学療法加算２を算定した場合	化２	「注射」欄
1037	第６部通則７	バイオ後続品導入初期加算を算定した場合	バイオ	「注射」欄
1038	G004 G005	点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤加算を算定した場合	血漿	「注射」欄
1039	G020	無菌製剤処理料の「１」を算定した場合	菌１	「注射」欄
1040	G020	無菌製剤処理料の「２」を算定した場合	菌２	「注射」欄
1041	G020	無菌製剤処理料の「１」を算定した場合であって、閉鎖式接続器具を使用した場合	菌１器具	「注射」欄
1042	G100	特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が１年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数が上限点数を超える場合	その他薬剤	「注射」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1043	－	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第４号又は第１条第６号に係る医薬品を投与した場合	薬評	「注射」欄
1044	H000 H001 H001-2 H002 H003	早期リハビリテーション加算を算定した場合	早リ加	「その他」欄
1045	H000 H001 H001-2 H002 H003	初期加算を算定した場合	初期	「その他」欄
1046	H000 H001 H001-2 H002 H003	急性期リハビリテーション加算を算定した場合	急リ加	「その他」欄
1047	H001 H001-2 H002	脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料の100分の90に相当する点数により算定した場合	リ減	「その他」欄
1048	H003-2	リハビリテーション総合計画評価料の「１」を算定した場合	リハ総評１	「その他」欄
1049	H003-2	リハビリテーション総合計画評価料の「２」を算定した場合	リハ総評２	「その他」欄
1050	H003-4	目標設定等支援・管理料の「１」を算定した場合	目標支管１	「その他」欄
1051	H003-4	目標設定等支援・管理料の「２」を算定した場合	目標支管２	「その他」欄
1052	H006	短期集中リハビリテーション実施加算を算定した場合	短リ加	「その他」欄
1053	H007-4	リンパ浮腫複合的治療料の「１」を算定した場合	リ複治１	「その他」欄
1054	H007-4	リンパ浮腫複合的治療料の「２」を算定した場合	リ複治２	「その他」欄
1055	I001 I002 I011	家族等に対する入院精神療法、通院・在宅精神療法又は精神科退院指導料を算定した場合	家族	「その他」欄
1056	I002 I002-2	通院・在宅精神療法又は精神科継続外来支援・指導料の特定薬剤副作用評価加算を算定した場合	副評	「その他」欄
1057	I002-2	精神科継続外来支援・指導料の療養生活環境を整備するための加算を算定した場合	精外療加	「その他」欄
1058	I008-2	入院中の患者に精神科ショート・ケアを算定した場合	他精シ	「その他」欄
1059	I008-2 I009 I010 I010-2 I015	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケア料の早期加算を算定した場合	早	「その他」欄
1060	I009	入院中の患者に精神科デイ・ケアを算定した場合	他精デ	「その他」欄
1061	I009 I010 I010-2	精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの100分の90に相当する点数を算定した場合	精長減	「その他」欄
1062	I010-2	精神科デイ・ナイト・ケアの疾患別等診療計画加算を算定した場合	疾計	「その他」欄
1063	I011-2	精神科退院前訪問指導料の必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合	複職	「その他」欄
1064	I012	精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）を算定した場合	精訪看Ⅰ	「その他」欄
1065	I012	精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を算定した場合	精訪看Ⅲ	「その他」欄
1066	I012	精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）の急性増悪により頻回な精神科訪問看護を必要とする患者に対して行った場合	精訪看Ⅰ急性	「その他」欄
1067	I012	精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）の急性増悪により頻回な精神科訪問看護を必要とする患者に対して行った場合	精訪看Ⅲ急性	「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1068	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅰ複訪看看	「その他」欄
1069	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅲ複訪看看	「その他」欄
1070	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅰ複訪看准	「その他」欄
1071	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅲ複訪看准	「その他」欄
1072	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅰ複訪看補	「その他」欄
1073	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅲ複訪看補	「その他」欄
1074	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の長時間精神科訪問看護・指導加算を算定した場合	精訪看Ⅰ長時	「その他」欄
1075	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の長時間精神科訪問看護・指導加算を算定した場合	精訪看Ⅲ長時	「その他」欄
1076	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の夜間・早朝訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅰ夜早	「その他」欄
1077	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の夜間・早朝訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅲ夜早	「その他」欄
1078	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の深夜訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅰ深	「その他」欄
1079	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の深夜訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅲ深	「その他」欄
1080	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の精神科緊急訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅰ緊急	「その他」欄
1081	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の精神科緊急訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅲ緊急	「その他」欄
1082	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の精神科複数回訪問加算を算定した場合	精訪看Ⅰ複	「その他」欄
1083	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の精神科複数回訪問加算を算定した場合	精訪看Ⅲ複	「その他」欄
1084	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の看護・介護職員連携強化加算を算定した場合	精訪看Ⅰ看介	「その他」欄
1085	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の看護・介護職員連携強化加算を算定した場合	精訪看Ⅲ看介	「その他」欄
1086	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の特別地域訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅰ特地	「その他」欄
1087	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の特別地域訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅲ特地	「その他」欄
1088	I012	精神科訪問看護・指導料の外来感染対策向上加算を算定した場合	精外感	「その他」欄
1089	I012	精神科訪問看護・指導料の発熱患者等対応加算を算定した場合	精熱対	「その他」欄
1090	I012	精神科訪問看護・指導料のサーベイランス強化加算を算定した場合	精サ	「その他」欄
1091	I012	精神科訪問看護・指導料の抗菌薬適正使用体制加算を算定した場合	精抗菌適	「その他」欄
1092	I012	精神科訪問看護・指導料の訪問看護医療DX情報活用加算を算定した場合	精訪DX	「その他」欄
1093	I012-2	精神科訪問看護指示料を算定した場合	精訪指示	「その他」欄
1094	I012-2	精神科訪問看護指示料の衛生材料等提供加算を算定した場合	衛材提供	「その他」欄
1095	I012-2	精神科訪問看護指示料の精神科特別訪問看護指示加算を算定した場合	精特指示	「その他」欄
1096	I012-2	精神科訪問看護指示料の手順書加算を算定した場合	精訪看手	「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1097	I013	抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合	持精	「その他」欄
1098	I013	抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「2」治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定した場合	治統	「その他」欄
1099	I015	重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合	認デイ	「その他」欄
1100	I015	重度認知症患者デイ・ケア料の夜間ケア加算を算定した場合	夜ケ	「その他」欄
1101	I016	精神科在宅患者支援管理料を算定した場合	精在支	「その他」欄
1102	第9部通則5 第10部通則12 第11部通則3	処置、手術又は麻酔の時間外加算を算定した場合	外	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1103	第9部通則5 第10部通則12 第11部通則3	処置、手術又は麻酔の休日加算を算定した場合	休	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1104	第9部通則5 第10部通則12 第11部通則3	処置、手術又は麻酔の深夜加算を算定した場合	深	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1105	第9部通則5 第10部通則12 第11部通則3	処置、手術又は麻酔の時間外加算の特例を算定した場合	特外	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1106	第10部通則14	「複数手術に係る費用の特例を定める件」（平成30年厚生労働省告示第72号）に規定する複数手術を同時に行った場合	（併施）	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1107	第10部通則7	手術の1,500グラム未満の児加算を算定した場合	未満	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1108	第10部通則8 第11部通則2	手術の幼児（3歳以上6歳未満）加算を算定した場合 麻酔の幼児（1歳以上3歳未満）加算を算定した場合	幼	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1109	第11部通則2	麻酔の未熟児加算を算定した場合	未	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1110	第9部第1節 第10部通則7 第11部通則2	処置の新生児加算を算定した場合 手術の新生児（1,500グラム未満の児を除く）加算を算定した場合 麻酔の新生児加算を算定した場合	新	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1111	第9部第1節 第10部通則8	処置の乳幼児（6歳未満）加算を算定した場合 手術の乳幼児（3歳未満）加算を算定した場合	乳幼	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1112	J038	人工腎臓の透析液水質確保加算を算定した場合	水	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1113	J038 J038-2	人工腎臓又は持続緩徐式血液濾過の障害者等加算を算定した場合	障	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1114	－	180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者であって厚生労働大臣が定める状態にあるもの（「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成18年厚生労働省告示第498号）第九のトに該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合 90日を超える期間一般病棟に入院している患者であって特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの（平成20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者）のうち、同別表第四の第七号に該当する患者について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合	洗浄	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1115	－	90日を超える期間一般病棟に入院している患者であって特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの（平成20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者）のうち、同別表第四の第八号に該当する患者について喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出を算定した場合	頻回	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1116	K014	皮膚移植術（生体・培養）を行った場合	膚	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1117	K514-6	生体部分肺移植術を行った場合	肺	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1118	K697-5	生体部分肝移植を行った場合	肝	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1119	K780-2	生体腎移植術を行った場合	腎	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1120	K920-2	輸血管理料Ⅰを算定した場合	輸管Ⅰ	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1121	K920-2	輸血管理料Ⅱを算定した場合	輸管Ⅱ	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1122	K922	造血幹細胞移植のうち同種移植を行った場合	造	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1123	第11部通則2	麻酔の乳児加算を算定した場合	乳	「手術・麻酔」欄
1124	L009	麻酔管理料(Ⅰ)を算定した場合	麻管Ⅰ	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1125	L010	麻酔管理料(Ⅱ)を算定した場合	麻管Ⅱ	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1126	第12部	放射線治療料を算定した場合	放	「その他」欄
1127	第12部通則3	小児放射線治療加算(新生児)を算定した場合	新	「その他」欄
1128	第12部通則3	小児放射線治療加算(3歳未満の乳幼児(新生児を除く))を算定した場合	乳幼	「その他」欄
1129	第12部通則3	小児放射線治療加算(3歳以上6歳未満の幼児)を算定した場合	幼児	「その他」欄
1130	第12部通則3	小児放射線治療加算(6歳以上15歳未満の小児)を算定した場合	小児	「その他」欄
1131	M000	放射線治療管理料を算定した場合	放管	「その他」欄
1132	M000-2	放射性同位元素内用療法管理料を算定した場合	放内	「その他」欄
1133	M001	体外照射の画像誘導放射線治療加算を算定した場合	画誘	「その他」欄
1134	M001	体外照射の体外照射呼吸性移動対策加算を算定した場合	体呼	「その他」欄
1135	M001-3	定位放射線治療呼吸性移動対策加算を算定した場合	定呼	「その他」欄
1136	M004	密封小線源治療に当たって、気管・気管支用アプリケータを使用した場合	気アプ	「その他」欄
1137	M004	密封小線源治療に当たって、食道アプリケータを使用した場合	食アプ	「その他」欄
1138	N002	免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合	4免	「検査・病理」欄
1139	N006	病理診断料の組織診断料を算定した場合	判組診	「検査・病理」欄
1140	N006	病理診断料の細胞診断料を算定した場合	判細診	「検査・病理」欄
1141	N006	病理診断管理加算1を算定した場合	病管1	「検査・病理」欄
1142	N006	病理診断管理加算2を算定した場合	病管2	「検査・病理」欄
1143	N007	病理判断料を算定した場合	判病判	「検査・病理」欄
1144	O000	看護職員処遇改善評価料1～165を算定した場合	看処遇● (※●は1から165の算定する数字を記載)	「その他」欄
1145	O100	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)初診時を算定した場合	外ベアⅠ初	「その他」欄
1146	O100	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)再診時を算定した場合	外ベアⅠ再	「その他」欄
1147	O100	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)訪問診療時のイを算定した場合	外ベアⅠ訪同	「その他」欄
1148	O100	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)訪問診療時のロを算定した場合	外ベアⅠ訪他	「その他」欄
1149	O101	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1～8の初診時又は訪問診療を算定した場合	外ベアⅡ● (※●は1から8の算定する数字を記載)	「その他」欄
1150	O101	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1～8の再診時等を算定した場合	外ベアⅡ再● (※●は1から8の算定する数字を記載)	「その他」欄
1151	O102	入院ベースアップ評価料1～165を算定した場合	入ベア● (※●は1から165の算定する数字を記載)	「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1152	第3章	施設入所者自己腹膜灌流薬剤料を算定した場合	灌薬	「在宅」欄
1153	第3章	施設入所者共同指導料を算定した場合	施設指導	「その他」欄

※ 略号については、複初　等と四角囲みをし記載することとするが、電子計算機の場合は、□に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないこと。

※ 複数の略号を組み合わせて所定点数を算出する場合は、それぞれの略号を連記すること。

別表Ⅳ　診療行為名称等の略号一覧（歯科）

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
1	A000	初診料に係る時間外加算の特例を算定した場合 ※電子計算機の場合は全体の「その他」欄に表示	特	初診 「時間外」の文字の上※
2	A000	医療情報取得加算1を算定した場合	医情1	全体「その他」欄
3	A000	医療情報取得加算2を算定した場合	医情2	全体「その他」欄
4	A000	医療DX推進体制整備加算を算定した場合	医DX	全体「その他」欄
5	A000	情報通信機器を用いた初診を算定した場合	情初診	全体 「その他」欄
6	A002	再診料に係る時間外加算の特例を算定した場合 ※電子計算機の場合は全体の「その他」欄に表示	特	再診 「時間外」の文字の上※
7	A002	医療情報取得加算3を算定した場合	医情3	全体「その他」欄
8	A002	医療情報取得加算4を算定した場合	医情4	全体「その他」欄
9	A002	情報通信機器を用いた再診を算定した場合	情再診	全体 「その他」欄
10	B000-4-2	小児口腔機能管理料を算定した場合	小機能	管理・リハ 「その他」欄
11	B000-4-2	小児口腔機能管理料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	情小機能	管理・リハ 「その他」欄
12	B000-4-3	口腔機能管理料を算定した場合	口機能	管理・リハ 「その他」欄
13	B000-4-3	口腔機能管理料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	情口機能	管理・リハ 「その他」欄
14	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した場合	周計	管理・リハ 「その他」欄
15	B000-6	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）の手術前	周前（Ⅰ）	管理・リハ 「その他」欄
16	B000-6	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）の手術後	周後（Ⅰ）	管理・リハ 「その他」欄
17	B000-7	周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の手術前	周前（Ⅱ）	管理・リハ 「その他」欄
18	B000-7	周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の手術後	周後（Ⅱ）	管理・リハ 「その他」欄
19	B000-8	周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）	周（Ⅲ）	管理・リハ 「その他」欄
20	B000-9	周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）	周（Ⅳ）	管理・リハ 「その他」欄
21	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した場合	回計	管理・リハ 「その他」欄
22	B000-11	回復期等口腔機能管理料	回機能	管理・リハ 「その他」欄
23	B002	歯科特定疾患療養管理料を算定した場合	特疾管	全体 「その他」欄
24	B002	歯科特定疾患療養管理料に係る共同療養指導計画加算を算定した場合	共計	全体 「その他」欄
25	B002	歯科特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	情特疾管	管理・リハ 「その他」欄
26	B003	特定薬剤治療管理料を算定した場合	薬	全体 「その他」欄
27	B004	悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合	悪	全体 「その他」欄
28	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料1（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投1	全体 「その他」欄
29	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料1（イ以外の必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管1	全体 「その他」欄
30	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料2（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投2	全体 「その他」欄
31	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料2（イ以外の必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管2	全体 「その他」欄
32	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料3（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投3	全体 「その他」欄
33	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料3（イ以外の必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管3	全体 「その他」欄
34	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料の連携充実加算を算定した場合	連充	全体 「その他」欄
35	B004-2	手術前医学管理料を算定した場合	手前	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
36	B004-3	手術後医学管理料を算定した場合	手後	全体 「その他」欄
37	B004-6-2	歯科治療時医療管理料を算定した場合	医管	管理・リハ 「その他」欄
38	B005	開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合	開Ⅰ	全体 「その他」欄
39	B006	開放型病院共同指導料(Ⅱ)を算定した場合	開Ⅱ	全体 「その他」欄
40	B006-3-4	療養・就労両立支援指導料を算定した場合	就労	全体 「その他」欄
41	B006-3-5	こころの連携指導料(Ⅰ)を算定した場合	こ連Ⅰ	全体 「その他」欄
42	B006ー4	歯科遠隔連携診療料を算定した場合	歯遠隔	全体 「その他」欄
43	B007	退院前訪問指導料を算定した場合	退前	全体 「その他」欄
44	B008	薬剤管理指導料「1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合」を算定した場合	薬管1	全体 「その他」欄
45	B008	薬剤管理指導料「2 1の患者以外の患者に対して行う場合」を算定した場合	薬管2	全体 「その他」欄
46	B008	薬剤管理指導料に係る麻薬管理指導加算を算定した場合	麻加	全体 「その他」欄
47	B008-2	薬剤総合評価調整管理料を算定した場合	薬総評管	全体 「その他」欄
48	B009	診療情報提供料(Ⅰ)を算定した場合	情Ⅰ	全体 「その他」欄
49	B009	診療情報提供料(Ⅰ)に係る退院患者の紹介の加算を算定した場合	情Ⅰ加1	全体 「その他」欄
50	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の基本診療料に係る歯科診療特別対応加算1、2又は3若しくは歯科訪問診療料を算定している患者の紹介に係る加算(区分B009　注6)を算定した場合	情Ⅰ加2	全体 「その他」欄
51	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の基本診療料に係る歯科診療特別対応加算1、2又は3若しくは歯科訪問診療料を算定している患者の紹介に係る加算(区分B009　注7)を算定した場合	情Ⅰ加3	全体 「その他」欄
52	B009	診療情報提供料(Ⅰ)に係る検査・画像情報提供加算の「イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合」を算定した場合	情Ⅰ加4イ	全体 「その他」欄
53	B009	診療情報提供料(Ⅰ)に係る検査・画像情報提供加算の「ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合」を算定した場合	情Ⅰ加4ロ	全体 「その他」欄
54	B009-2	電子的診療情報評価料を算定した場合	電診情評	全体 「その他」欄
55	B010	診療情報提供料(Ⅱ)を算定した場合	情Ⅱ	全体 「その他」欄
56	B011	診療情報等連携共有料1	情共1	全体 「その他」欄
57	B011	診療情報等連携共有料2	情共2	全体 「その他」欄
58	B011-2	連携強化診療情報提供料	連情	全体 「その他」欄
59	B011-5	がんゲノムプロファイリング評価提供料を算定した場合	がんゲ評	全体 「その他」欄
60	B012	傷病手当金意見書交付料を算定した場合	傷	全体 「その他」欄
61	B013-3	広範囲顎骨支持型補綴物管理料1を算定した場合	特イ管1	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
62	B013-3	広範囲顎骨支持型補綴物管理料2を算定した場合	特イ管2	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
63	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療1を算定した場合	歯訪1	全体 「その他」欄
64	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療2を算定した場合	歯訪2	全体 「その他」欄
65	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療3を算定した場合	歯訪3	全体 「その他」欄
66	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療4を算定した場合	歯訪4	全体 「その他」欄
67	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療5を算定した場合	歯訪5	全体 「その他」欄
68	C000	歯科訪問診療料の緊急歯科訪問診療加算を算定した場合	緊訪	全体 「その他」欄
69	C000	歯科訪問診療料の夜間歯科訪問診療加算を算定した場合	夜訪	全体 「その他」欄
70	C000	歯科訪問診療料の深夜歯科訪問診療加算を算定した場合	深訪	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
71	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算（イの（1）同一建物居住者以外の場合）を算定した場合	訪補助イ（1）	全体 「その他」欄
72	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算（イの（2）同一建物居住者の場合）を算定した場合	訪補助イ（2）	全体 「その他」欄
73	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算（ロの（1）同一建物居住者以外の場合）を算定した場合	訪補助ロ（1）	全体 「その他」欄
74	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算（ロの（2）同一建物居住者の場合）を算定した場合	訪補助ロ（2）	全体 「その他」欄
75	C000	区分番号C000の注15に規定する歯科訪問診療料「イ 初診時」を算定した場合	歯訪診（初）	全体 「その他」欄
76	C000	区分番号C000の注15に規定する歯科訪問診療料「ロ 再診時」を算定した場合	歯訪診（再）	全体 「その他」欄
77	C000	歯科訪問診療に係る在宅歯科医療推進加算を算定した場合	在推進	全体 「その他」欄
78	C000	歯科訪問診療に係る歯科訪問診療移行加算を算定した場合	訪移行	全体 「その他」欄
79	C000	区分番号C000の注19に規定する歯科訪問診療料「イ 初診時」を算定した場合	特歯訪診（初）	全体 「その他」欄
80	C000	区分番号C000の注19に規定する歯科訪問診療料「ロ 再診時」を算定した場合	特歯訪診（再）	全体 「その他」欄
81	C000	歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して歯科訪問診療を行い、周術期等口腔機能管理及び周術期等口腔機能管理に伴う治療行為を行った場合	周術期等連携	「摘要」欄
82	C000	歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して歯科訪問診療を行い、回復期等口腔機能管理及び回復期等口腔機能管理に伴う治療行為を行った場合	回復期等連携	「摘要」欄
83	C000	同一の患家において2人以上の患者を診察(診療時間が20分以上の場合に限る。)し、患者の1人に対して歯科訪問診療1を算定する場合	同一世帯（1）	「摘要」欄
84	C000	歯科訪問診療に係る通信画像情報活用加算を算定した場合	ICT加算	全体 「その他」欄
85	C000	在宅医療DX情報活用加算を算定した場合	在DX	全体 「その他」欄
86	C001	訪問歯科衛生指導料（1　単一建物診療患者が1人の場合）を算定した場合	訪衛指1	全体 「その他」欄
87	C001	訪問歯科衛生指導料（2　単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合）を算定した場合	訪衛指2	全体 「その他」欄
88	C001	訪問歯科衛生指導料（3　1及び2以外の場合）を算定した場合	訪衛指3	全体 「その他」欄
89	C001	訪問歯科衛生指導料に係る複数名訪問歯科衛生指導加算を算定した場合	複訪	全体 「その他」欄
90	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合	歯在管	全体 「その他」欄
91	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る文書提供加算を算定した場合	文	全体 「その他」欄
92	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅総合医療管理加算を算定した場合	歯総管	全体 「その他」欄
93	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療連携加算1を算定した場合	医連1	全体 「その他」欄
94	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療連携加算2を算定した場合	医連2	全体 「その他」欄
95	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
96	C001-4-2	在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した場合	在歯管	全体 「その他」欄
97	C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した場合	訪問口腔リハ	全体 「その他」欄
98	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る口腔管理体制強化加算を算定した場合	口管強	全体 「その他」欄
99	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科診療所加算1を算定した場合	歯援診1	全体 「その他」欄
100	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科診療所加算2を算定した場合	歯援診2	全体 「その他」欄
101	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科病院加算を算定した場合	歯援病	全体 「その他」欄
102	C001-3	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療連携加算1を算定した場合	医連1	全体 「その他」欄
103	C001-3	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療連携加算2を算定した場合	医連2	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
104	C001-3	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
105	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した場合	小訪問口腔リハ	全体 「その他」欄
106	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る小児在宅歯科医療連携加算1を算定した場合	小医連1	全体 「その他」欄
107	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る小児在宅歯科医療連携加算2を算定した場合	小医連2	全体 「その他」欄
108	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
109	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1を算定した場合	NST1	全体 「その他」欄
110	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2を算定した場合	NST2	全体 「その他」欄
111	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3を算定した場合	NST3	全体 「その他」欄
112	C002	救急搬送診療料の重症患者搬送加算を算定した場合	搬送重	全体 「その他」欄
113	C003	在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合	訪問薬剤	全体 「その他」欄
114	C003	在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る麻薬加算を算定した場合	麻	全体 「その他」欄
115	C004	退院前在宅療養指導管理料を算定した場合	前	全体 「その他」欄
116	C005	在宅麻薬等注射指導管理料を算定した場合	在麻	全体 「その他」欄
117	D002-6	口腔細菌定量検査2を算定した場合	口菌検2	X線・検査 「その他」欄
118	D010	歯冠補綴時色調採得検査を算定した場合	色調	X線・検査「色調」欄
119	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能1イ（前）	X線・検査 「その他」欄
120	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能1ロ（前）	X線・検査 「その他」欄
121	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能1イ（後）	X線・検査 「その他」欄
122	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能1ロ（後）	X線・検査 「その他」欄
123	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能2イ（前）	X線・検査 「その他」欄
124	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「ロ 咬合圧測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能2ロ（前）	X線・検査 「その他」欄
125	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能2イ（後）	X線・検査 「その他」欄
126	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「ロ 咬合圧測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能2ロ（後）	X線・検査 「その他」欄
127	D011-2	咀嚼能力検査1を算定した場合	咀嚼1	X線・検査 「その他」欄
128	D011-2	咀嚼能力検査2を算定した場合	咀嚼2	X線・検査 「その他」欄
129	D011-3	咬合圧検査1を算定した場合	咬合圧1	X線・検査 「その他」欄
130	D011-3	咬合圧検査2を算定した場合	咬合圧2	X線・検査 「その他」欄
131	D011-4	小児口唇閉鎖力検査を算定した場合	小口唇	X線・検査 「その他」欄
132	D012	舌圧検査を算定した場合	舌圧	X線・検査 「その他」欄
133	D013	精密触覚機能検査を算定した場合	精密触覚	X線・検査 「その他」欄
133	第4部通則4	画像診断において時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合	緊画	X線・検査 「その他」欄
134	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「イ 歯科エックス線撮影」を算定した場合	電	X線・検査 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
135	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ロ 歯科パノラマ断層撮影」を算定した場合	パ電	X線・検査 「その他」欄
136	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ハ 歯科用3次元エックス線断層撮影」を算定した場合	CT電	X線・検査 「その他」欄
137	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ニ 歯科部分パノラマ断層撮影」を算定した場合	部パ電	X線・検査 「その他」欄
138	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ホ その他」を算定した場合	他電	X線・検査 「その他」欄
139	第4部通則6	区分番号E000（1のイ及び3に係るものを除く。）及びE200について歯科画像診断管理加算1を算定した場合	画診加1	X線・検査 「その他」欄
140	第4部通則7	区分番号E000（3に係るものに限る。）又は医科点数表の区分番号E203について歯科画像診断管理加算2を算定した場合	画診加2	X線・検査 「その他」欄
141	第4部通則8 第4部通則9	遠隔画像診断を行った場合	遠画診	X線・検査 「その他」欄
142	E100	歯科エックス線撮影の全顎撮影（デジタル撮影）を算定した場合	全デジ	X線・検査 「その他」欄
143	E100	歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）を算定した場合	単デジ	X線・検査 「その他」欄
144	E100	歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）を算定した場合	パデジ	X線・検査 「その他」欄
145	E100	歯科部分パノラマ断層撮影（デジタル撮影）を算定した場合	部パデジ	X線・検査 「その他」欄
146	E100	歯科用3次元エックス線断層撮影を算定した場合	歯CT	X線・検査 「その他」欄
147	E200	基本的エックス線診断料を算定した場合	基エ	X線・検査 「その他」欄
148	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算1を算定した場合	外後使1	全体 「その他」欄
149	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算2を算定した場合	外後使2	全体 「その他」欄
150	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算3を算定した場合	外後使3	全体 「その他」欄
151	F100 F400	処方料及び処方せん料に係る特定疾患処方管理加算を算定した場合であって、処方期間が28日以上の場合	特処長	全体 「その他」欄
152	F100 F400	処方料及び処方せん料に係る特定疾患処方管理加算を算定した場合であって、処方期間が28日未満の場合	特処	全体 「その他」欄
153	F200	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合	薬評	「摘要」欄
154	F200	常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合	減	「摘要」欄 薬剤名の前
155	F400	7種類以上の内服薬の投薬に係る処方せんを発行した場合	処方せん	投薬・注射 余白
156	F400	処方せん料に係る一般名処方加算1を算定した場合	一般名処方加算1	全体 「その他」欄
157	F400	処方せん料に係る一般名処方加算2を算定した場合	一般名処方加算2	全体 「その他」欄
158	F500	調剤技術基本料を算定した場合	調基	全体 「その他」欄
159	F500	調剤技術基本料に係る院内製剤加算を算定した場合	院	全体 「その他」欄
160	第6部通則6	区分番号G001からG005及びG006について外来化学療法加算1を算定した場合	化1	「摘要」欄
161	第6部通則6	区分番号G001からG005及びG006について外来化学療法加算2を算定した場合	化2	「摘要」欄
162	第6部通則7	バイオ後続品導入初期加算を算定した場合	バイオ	「摘要」欄
163	G004 G005	点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤加算を算定した場合	血漿	「摘要」欄
164	G020	無菌製剤処理料1を算定した場合	菌1	「摘要」欄
165	G020	無菌製剤処理料2を算定した場合	菌2	「摘要」欄
166	G020	無菌製剤処理料1の「イ 閉鎖式接続器具を使用した場合」を算定した場合	菌1器具	「摘要」欄
167	H －	「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを実施した場合	リハ選	「摘要」欄
168	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「2 舌接触補助床の場合」を算定した場合	歯リハ1（2）	全体 「その他」欄
169	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「3 その他の場合」を算定した場合	歯リハ1（3）	全体 「その他」欄
170	H001-4	歯科口腔リハビリテーション料3「1 口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合」を算定した場合	歯リハ3（1）	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
171	H001-4	歯科口腔リハビリテーション料3「2 口腔機能の低下を来している患者の場合」を算定した場合	歯リハ3（2）	全体 「その他」欄
172	I004	失活歯髄切断を算定した場合	失切	処置・手術 「その他」欄
173	I005	歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内に抜髄を行った場合	抜温	処置・手術 「その他」欄
174	I005	直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に抜髄を行った場合	抜直	処置・手術 「その他」欄
175	I005 I008	抜髄及び根管充填を同時に行った場合	抜髄即充	処置・手術 「その他」欄
176	I006 I008	感染根管処置及び根管充填を同時に行った場合	感根即充	処置・手術 「その他」欄
177	I006	抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合	消炎拡大	処置・手術 「その他」欄
178	I007	抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合	根貼	処置・手術 「その他」欄
179	I010	糖尿病を有する患者に対して、スケーリング・ルートプレーニングと並行して歯周病処置を行う場合	P処（糖）	「摘要」欄
180	I017	口腔内装置1を算定した場合	OAp1	処置・手術 「その他」欄
181	I017	口腔内装置2を算定した場合	OAp2	処置・手術 「その他」欄
182	I017	口腔内装置3を算定した場合	OAp3	処置・手術 「その他」欄
183	I017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置1を算定した場合	SAS－OAp1	処置・手術 「その他」欄
184	I017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2を算定した場合	SAS－OAp2	処置・手術 「その他」欄
185	I017-1-3	舌接触補助床を製作又は旧義歯を用いた場合	PAP	処置・手術 「その他」欄
186	I017-1-4	術後即時顎補綴装置を製作した場合	術後即時顎補綴装置	処置・手術 「その他」欄
187	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「イ　口腔内装置調整1」を算定した場合	OAp調1	処置・手術 「その他」欄
188	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「ロ　口腔内装置調整2」を算定した場合	OAp調2	処置・手術 「その他」欄
189	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「ハ　口腔内装置調整3」を算定した場合	OAp調3	処置・手術 「その他」欄
190	I017-2	口腔内装置調整・修理の「2　口腔内装置修理」を算定した場合	OAp修	処置・手術 「その他」欄
191	I029	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した患者に対して術前に周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛（前）	処置・手術 「その他」欄
192	I029	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した患者に対して術後に周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛（後）	処置・手術 「その他」欄
193	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛1（Ⅲ）	処置・手術 「その他」欄
194	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置2を行った場合	術口衛2(Ⅲ)	処置・手術 「その他」欄
195	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛1（Ⅳ）	処置・手術 「その他」欄
196	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置2を行った場合	術口衛2(Ⅳ)	処置・手術 「その他」欄
197	I029-1-2	回復期等口腔機能管理料を算定した患者に対して回復期等専門的口腔衛生処置を行った場合	回口衛	処置・手術 「その他」欄
198	I029-2	在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した場合	在口衛	処置・手術 「その他」欄
199	I029-3	口腔粘膜処置を算定した場合	口処	処置・手術 「その他」欄
200	I030-2	非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した場合	非経口処	処置・手術 「その他」欄
201	I030-3	口腔バイオフィルム除去処置を算定した場合	バイオ除	処置・手術 「その他」欄
202	第9部通則10	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者に対し、医科点数表の区分番号L008、L002又はL004を伴う手術を算定した場合	感	処置・手術 「その他」欄
203	J004	歯根端切除手術「2 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合」を算定した場合	根切顕微	処置・手術 「その他」欄
204	J053 J087 J087-2	区分番号J053（2及び3）、J087及びJ087－2において内視鏡下加算を算定した場合	内	処置・手術 「その他」欄
205	J109	広範囲顎骨支持型装置埋入手術を算定した場合	特イ術	処置・手術 「その他」欄
206	J110	広範囲顎骨支持型装置掻爬術を算定した場合	特イ掻	処置・手術 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
207	J200-4-2	レーザー機器加算	レーザー機器加算	処置・手術 「その他」欄
208	K002	吸入鎮静法を算定した場合	IS	麻酔 「その他」欄
209	K003	静脈内鎮静法を算定した場合	静鎮	麻酔 「その他」欄
210	M000-3	広範囲顎骨支持型補綴診断料を算定した場合	特イ診	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
211	M002	支台築造「1 間接法」「ロ ファイバーポストを用いた場合」を算定した場合	ファイバー(間)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
212	M002	支台築造「2 直接法」「イ ファイバーポストを用いた場合」を算定した場合	ファイバー(直)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
213	M003-4	光学印象を算定した場合	光imp	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
214	M005	脱離した歯冠修復物の再装着を算定した場合	再装	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
215	M005	脱離又は修理したブリッジを再装着した場合	Br再装	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
216	M010 M017	歯科鋳造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復を算定した場合	14K	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
217	M015	レジンインレーを算定した場合	RIn	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
218	M015-2	CAD/CAM冠の「1　2以外の場合」について、CAD/CAM冠用材料(Ⅴ)を用いた場合	歯CAD(Ⅴ)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
219	M015-2	CAD/CAM冠の「2　エンドクラウンの場合」について、CAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を用いた場合	エンクラ	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
220	M016-2	小児保隙装置を算定した場合	保隙	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
221	M017-2	高強度硬質レジンブリッジを算定した場合	HRBr	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
222	M021-2	金銀パラジウム合金を用いたコンビネーション鉤を算定した場合	コンビCl(金パラ)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
223	M025-2	広範囲顎骨支持型補綴を算定した場合	特イ補	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
224	M029 M030	有床義歯修理又は有床義歯内面適合法において歯科技工加算2を算定した場合	歯技工2	「摘要」欄
225	M030	軟質材料を用いた有床義歯内面適合法を算定した場合	床適合(軟)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
226	M041	広範囲顎骨支持型補綴物修理を算定した場合	特イ修	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
227	-	都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合の療養担当手当を算定した場合	療担手当	全体 「その他」欄
228	-	患者が要介護者又は要支援者の場合に、介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合	介	「摘要」欄
229	P100	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)初診時を算定した場合	歯外ベアⅠ初	全体 「その他」欄
230	P100	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)再診時等を算定した場合	歯外ベアⅠ再	全体 「その他」欄
231	P100	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)歯科訪問診療時のイを算定した場合	歯外ベアⅠ訪イ	全体 「その他」欄
232	P100	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)歯科訪問診療時のロを算定した場合	歯外ベアⅠ訪ロ	全体 「その他」欄
233	P101	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1～8の初診又は歯科訪問診療を算定した場合	歯外ベアⅡ● (※●は1から8までの算定する数字を記載)	全体 「その他」欄
234	P101	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1～8の再診時等を算定した場合	歯外ベアⅡ再● (※●は1から8までの算定する数字を記載)	全体 「その他」欄
235	P102	入院ベースアップ評価料1～165を算定した場合	入ベア● (※●は1から165までの算定する数字を記載)	全体 「その他」欄

別表Ⅳ　調剤行為名称等の略号一覧

項番	区分	項目	略称	記載欄
1	区分番号01	麻薬加算を算定した場合	麻	「加算料」欄
2	区分番号01	向精神薬加算を算定した場合	向	「加算料」欄
3	区分番号01	覚醒剤原料加算を算定した場合	覚原	「加算料」欄
4	区分番号01	毒薬加算を算定した場合	毒	「加算料」欄
5	区分番号01	薬剤調製料に係る時間外加算を算定した場合	薬時	「加算料」欄
6	区分番号01	薬剤調製料に係る休日加算を算定した場合	薬休	「加算料」欄
7	区分番号01	薬剤調製料に係る深夜加算を算定した場合	薬深	「加算料」欄
8	区分番号01	薬剤調製料に係る時間外加算の特例を算定した場合	薬特	「加算料」欄
9	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合	調時	「加算料」欄
10	区分番号01	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合	調休	「加算料」欄
11	区分番号01	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合	調深	「加算料」欄
12	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合	調特	「加算料」欄
13	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合	自	「加算料」欄
14	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合：錠剤を分割する場合（100分の20に該当する場合）	分自	「加算料」欄
15	区分番号01	計量混合調剤加算を算定した場合	計	「加算料」欄
16	区分番号01	予製剤加算を算定した場合	予	「加算料」欄
17	区分番号01	無菌製剤処理加算を算定した場合	菌	「加算料」欄
18	区分番号00	調剤基本料1の場合	基A	「調剤基本料」欄
19	区分番号00	調剤基本料2の場合	基B	「調剤基本料」欄
20	区分番号00	調剤基本料3のイの場合	基C	「調剤基本料」欄
21	区分番号00	調剤基本料3のロの場合	基D	「調剤基本料」欄
22	区分番号00	調剤基本料3のハの場合	基E	「調剤基本料」欄
23	区分番号00	特別調剤基本料Aの場合	特基A	「調剤基本料」欄
24	区分番号00	特別調剤基本料Bの場合	特基B	「調剤基本料」欄
25	区分番号00	調剤基本料注3（受付2回目以降）に該当する場合	同	「調剤基本料」欄
26	区分番号00	調剤基本料注4（未妥結減算等）に該当する場合	妥減	「調剤基本料」欄
27	区分番号00	地域支援体制加算1を算定した場合	地支A	「調剤基本料」欄
28	区分番号00	地域支援体制加算2を算定した場合	地支B	「調剤基本料」欄
29	区分番号00	地域支援体制加算3を算定した場合	地支C	「調剤基本料」欄
30	区分番号00	地域支援体制加算4を算定した場合	地支D	「調剤基本料」欄
31	区分番号00	連携強化加算を算定した場合	連強	「調剤基本料」欄
32	区分番号00	地域支援体制加算3を算定した場合：100分の10に該当する場合	地敷C	「調剤基本料」欄
33	区分番号00	地域支援体制加算4を算定した場合：100分の10に該当する場合	地敷D	「調剤基本料」欄
34	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算1を算定した場合	後A	「調剤基本料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
35	区分番号００	後発医薬品調剤体制加算２を算定した場合	後Ｂ	「調剤基本料」欄
36	区分番号００	後発医薬品調剤体制加算３を算定した場合	後Ｃ	「調剤基本料」欄
37	区分番号００	後発医薬品調剤体制加算１を算定した場合：100分の10に該当する場合	後敷Ａ	「調剤基本料」欄
38	区分番号００	後発医薬品調剤体制加算２を算定した場合：100分の10に該当する場合	後敷Ｂ	「調剤基本料」欄
39	区分番号００	後発医薬品調剤体制加算３を算定した場合：100分の10に該当する場合	後敷Ｃ	「調剤基本料」欄
40	区分番号００	調剤基本料注８（後発医薬品減算）に該当する場合	後減	「調剤基本料」欄
41	区分番号００	在宅薬学総合体制加算１を算定した場合	在総Ａ	「調剤基本料」欄
42	区分番号００	在宅薬学総合体制加算２を算定した場合	在総Ｂ	「調剤基本料」欄
43	区分番号００	在宅薬学総合体制加算１を算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷Ａ	「調剤基本料」欄
44	区分番号００	在宅薬学総合体制加算２を算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷Ｂ	「調剤基本料」欄
45	区分番号００	医療ＤＸ推進体制整備加算を算定した場合	薬ＤＸ	「調剤基本料」欄
46	区分番号００	調剤基本料の加減算を行うと３点以下になり３点を算定した場合	基一定	「調剤基本料」欄
47	区分番号００	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数２回のうち、１回目の調剤を行う場合	リ1/2	「時間外等加算」欄
48	区分番号００	リフィル処方箋による調剤を行う場合；総使用回数２回のうち、２回目の調剤を行う場合	リ2/2	「時間外等加算」欄
49	区分番号００	リフィル処方箋による調剤を行う場合；総使用回数３回のうち、１回目の調剤を行う場合	リ1/3	「時間外等加算」欄
50	区分番号００	リフィル処方箋による調剤を行う場合；総使用回数３回のうち、２回目の調剤を行う場合	リ2/3	「時間外等加算」欄
51	区分番号００	リフィル処方箋による調剤を行う場合；総使用回数３回のうち、３回目の調剤を行う場合	リ3/3	「時間外等加算」欄
52	区分番号００	調剤基本料に係る時間外加算を算定した場合	時	「時間外等加算」欄
53	区分番号００	調剤基本料に係る休日加算を算定した場合	休	「時間外等加算」欄
54	区分番号００	調剤基本料に係る深夜加算を算定した場合	深	「時間外等加算」欄
55	区分番号００	調剤基本料に係る時間外加算の特例を算定した場合	特	「時間外等加算」欄
56	区分番号０１	薬剤調製料に係る夜間・休日等加算を算定した場合	夜	「時間外等加算」欄
57	区分番号０１	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調時	「時間外等加算」欄
58	区分番号０１	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調休	「時間外等加算」欄
59	区分番号０１	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調深	「時間外等加算」欄
60	区分番号０１	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調特	「時間外等加算」欄
61	区分番号１０の２	調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算のイを算定した場合	防Ａ	「薬学管理料」欄
62	区分番号１０の２	調剤管理料を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	調管	「薬学管理料」欄
63	区分番号１０の２	調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算のロを算定した場合	防Ｂ	「薬学管理料」欄
64	区分番号１０の２	調剤管理料の調剤管理加算のイを算定した場合	調管Ａ	「薬学管理料」欄
65	区分番号１０の２	調剤管理料の調剤管理加算のロを算定した場合	調管Ｂ	「薬学管理料」欄
66	区分番号１０の２	調剤管理料の医療情報取得加算１を算定した場合	医情Ａ	「薬学管理料」欄
67	区分番号１０の２	調剤管理料の医療情報取得加算２を算定した場合：電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合	医情Ｂ	「薬学管理料」欄
68	区分番号１０の２	調剤管理料の医療情報取得加算１を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析、評価等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	医情Ａ	「薬学管理料」欄
69	区分番号１０の２	調剤管理料の医療情報取得加算２を算定した場合：電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合（：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合）	医情Ｂ	「薬学管理料」欄
70	区分番号１０の３	服薬管理指導料１を算定した場合：３月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	薬Ａ	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
71	区分番号10の3	服薬管理指導料2を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	薬B	「薬学管理料」欄
72	区分番号10の3	服薬管理指導料2を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	薬C	「薬学管理料」欄
73	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	薬3A	「薬学管理料」欄
74	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	薬3B	「薬学管理料」欄
75	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	薬3C	「薬学管理料」欄
76	区分番号10の3	服薬管理指導料4を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	薬オA	「薬学管理料」欄
77	区分番号10の3	服薬管理指導料4を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	薬オB	「薬学管理料」欄
78	区分番号10の3	服薬管理指導料4を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	薬オC	「薬学管理料」欄
79	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	特1A	「薬学管理料」欄
80	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	特1B	「薬学管理料」欄
81	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	特1C	「薬学管理料」欄
82	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり））	特1オA	「薬学管理料」欄
83	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし））	特1オB	「薬学管理料」欄
84	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者以外）	特1オC	「薬学管理料」欄
85	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（59点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	特2A	「薬学管理料」欄
86	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（59点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	特2B	「薬学管理料」欄
87	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（59点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	特2C	「薬学管理料」欄
88	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（59点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり））	特2オA	「薬学管理料」欄
89	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（59点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし））	特2オB	「薬学管理料」欄
90	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（59点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者以外）	特2オC	「薬学管理料」欄
91	区分番号10の3	服薬管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
92	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算1のイを算定した場合	特管Aイ	「薬学管理料」欄
93	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算1のロを算定した場合	特管Aロ	「薬学管理料」欄
94	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算2を算定した場合	特管B	「薬学管理料」欄
95	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算3のイを算定した場合	特管Cイ	「薬学管理料」欄
96	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算3のロを算定した場合	特管Cロ	「薬学管理料」欄
97	区分番号10の3	服薬管理指導料の乳幼児服薬指導加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
98	区分番号10の3	服薬管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
99	区分番号10の3	服薬管理指導料の吸入薬指導加算を算定した場合	吸	「薬学管理料」欄
100	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合	薬指	「薬学管理料」欄
101	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合：情報通信機器を用いた場合	薬指オ	「薬学管理料」欄
102	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
103	区分番号10の3	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算1のイを算定した場合	特管Aイ	「薬学管理料」欄
104	区分番号10の3	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算1のロを算定した場合	特管Aロ	「薬学管理料」欄
105	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2を算定した場合	特管B	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
106	区分番号10の3	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算3のイを算定した場合	特管Cイ	「薬学管理料」欄
107	区分番号10の3	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算3のロを算定した場合	特管Cロ	「薬学管理料」欄
108	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の乳幼児服薬指導加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
109	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
110	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の吸入薬指導加算を算定した場合	吸	「薬学管理料」欄
111	区分番号13の3	かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合	薬包	「薬学管理料」欄
112	区分番号13の3	かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合：情報通信機器を用いた場合	薬包オ	「薬学管理料」欄
113	区分番号14の2	外来服薬支援料1を算定した場合	支A	「薬学管理料」欄
114	区分番号14の2	外来服薬支援料2を算定した場合	支B	「加算料」欄
115	区分番号14の2	外来服薬支援料2を算定した場合：在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	支B	「薬学管理料」欄
116	区分番号14の2	施設連携加算を算定した場合	施連	「薬学管理料」欄
117	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料1を算定した場合	剤調A	「薬学管理料」欄
118	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料2のイを算定した場合	剤調B	「薬学管理料」欄
119	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料2のロを算定した場合	剤調C	「薬学管理料」欄
120	区分番号14の4	調剤後薬剤管理指導料1を算定した場合	調後A	「薬学管理料」欄
121	区分番号14の4	調剤後薬剤管理指導料2を算定した場合	調後B	「薬学管理料」欄
122	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料1を算定した場合	訪A	「薬学管理料」欄
123	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料2を算定した場合	訪B	「薬学管理料」欄
124	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料3を算定した場合	訪C	「薬学管理料」欄
125	区分番号15	在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定した場合	在オ	「薬学管理料」欄
126	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
127	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
128	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
129	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
130	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
131	区分番号15	在宅患者オンライン薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻オ	「薬学管理料」欄
132	区分番号15	在宅患者オンライン薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳オ	「薬学管理料」欄
133	区分番号15	在宅患者オンライン薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特オ	「薬学管理料」欄
134	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定した場合	緊訪A	「薬学管理料」欄
135	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定した場合	緊訪B	「薬学管理料」欄
136	区分番号15の2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定した場合	緊在オ	「薬学管理料」欄
137	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
138	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
139	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
140	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
141	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
142	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の夜間訪問加算を算定した場合	夜訪	「薬学管理料」欄
143	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の休日訪問加算を算定した場合	休訪	「薬学管理料」欄
144	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の深夜訪問加算を算定した場合	深訪	「薬学管理料」欄
145	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を「注10」に基づき算定した場合	感訪	「薬学管理料」欄
146	区分番号15の2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻オ	「薬学管理料」欄
147	区分番号15の2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳オ	「薬学管理料」欄
148	区分番号15の2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特オ	「薬学管理料」欄
149	区分番号15の2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を「注10」に基づき算定した場合	感オ	「薬学管理料」欄
150	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合	緊共	「薬学管理料」欄
151	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
152	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
153	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
154	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
155	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
156	区分番号15の4	退院時共同指導料を算定した場合	退共	「薬学管理料」欄
157	区分番号15の5	服薬情報等提供料1を算定した場合	服A	「薬学管理料」欄
158	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のイを算定した場合	服Bイ	「薬学管理料」欄
159	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のロを算定した場合	服Bロ	「薬学管理料」欄
160	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のハを算定した場合	服Bハ	「薬学管理料」欄
161	区分番号15の5	服薬情報等提供料3を算定した場合	服C	「薬学管理料」欄
162	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1のイを算定した場合	在防Aイ	「薬学管理料」欄
163	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1のロを算定した場合	在防Aロ	「薬学管理料」欄
164	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料2のイを算定した場合	在防Bイ	「薬学管理料」欄
165	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料2のロを算定した場合	在防Bロ	「薬学管理料」欄
166	区分番号15の7	経管投薬支援料を算定した場合	経	「薬学管理料」欄
167	区分番号15の8	在宅移行初期管理料を算定した場合	在初	「薬学管理料」欄

※略称については、麻 等と四角囲みをし記載することとするが、電子計算機の場合は、□を省略しても差し支えないこと。

別紙２

診療録等の記載上の注意事項

第１　一般的事項

１　診療録、歯科診療録及び処方箋（以下「診療録等」という。）の様式については、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和 32 年厚生省令第 15 号）によるものであること。保険薬局に分割調剤を指示する場合は、様式第二号の二を用いること。

２　処方箋の用紙は、Ａ列５番を標準とすること。なお、診療録及び歯科診療録の用紙については、用紙の大きさに特段の定めはないが、Ａ列４番とすることが望ましいものであること。

３　医療保険単独の者に係る診療録等については公費負担医療に係る欄は空欄のままとし、公費負担医療単独の者に係る診療録等については療養の給付に係る欄は空欄のままとして差し支えないこと。

４　公費負担医療に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのは公費負担医療の担当医療機関と、「保険医氏名」とあるのは公費負担医療の担当医氏名と読み替えるものであること。

第２　診療録等の記載上の注意事項（共通）

１　「公費負担者番号」欄について

（１）　医療券等に記入されている公費負担者番号８桁を記載すること（別添２「保険者番号、公費負担者番号・公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領（以下「設定要領」という。）の第２を参照）。

（２）　１種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、当該公費負担医療に係る分は左上部の該当欄に記載すること（以下左上部の該当欄に記載される公費負担医療を「第１公費」という。）。

（３）　２種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第１公費」とし、後順位の公費負担医療に係る分は右下部の該当欄（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第２公費」という。）。

（４）　公費負担医療単独の場合は、左上部の該当欄に記載すること。

（５）　公費負担医療のみが２種併用される場合は、第１公費に係るものは左上部の該当欄に、第２公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

なお、特例的に、生活保護法による医療扶助、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等の３種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、生活保護法による医療扶助に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は左上部の該当欄に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

（６）　同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号が変更となった場合は、変更前の公費負担医療に係る分は第１公費とし、変更後の公費負担医療に係る分は第２公費として取り扱うものとすること。

なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

２　「公費負担医療の受給者番号」欄について

（１）　医療券等に記入されている受給者番号７桁を記載すること（別添２「設定要領」の第３を参照）。

（２）　その他は、１の（２）から（６）までと同様であること。

３　「保険者番号」欄について

（１）　設定された保険者番号８桁（国民健康保険については６桁）を記載すること（別添２「設定要領」の第１を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

（２）　公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

（３）　月の途中において保険者番号の変更があった場合は「備考」欄に変更後の保険者番号を記載すること。

４　「被保険者証・被保険者手帳」欄の「記号・番号」欄（処方箋にあっては、「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄）について

健康保険被保険者証、国民健康被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「被保険者証等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。

なお、被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、枝番も併せて記載すること。

また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の被保険者番号を記載すること。

第３　診療録の記載上の注意事項

１　「受診者」欄について

（１）　「氏名」欄には、受診者の姓名を記載すること。

（２）　「生年月日」及び「性別」欄には、受診者の生年月日を記載するとともに、性別の該当するものを〇で囲むこと。

（３）　「住所」欄には、受診者の住所及び電話番号を記載すること。

なお、電話番号については記載を省略しても差し支えないこと。

（４）　「職業」欄には、受診者の職種名を記載すること。

なお、業務上の疑いがない場合等、特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

（５）　「被保険者との続柄」欄には、被保険者と受診者との続柄を記載すること。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等、特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

２　「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について

被保険者証等の有効期限を記載すること。

３　「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載すること。

４　「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

５　「事業所（船舶所有者）」欄について

（１）　「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号を記載することでも差し支えないこ

と。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

（２）　「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の名称を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

６　「保険者」欄について

（１）　「所在地」欄には、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

（２）　「名称」欄には、被保険者が管掌されている保険者名を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

７　「傷病名」欄について

傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（令和４年４月 22 日付保発 0422 第１号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。）別添３に規定する傷病名を用いること。

８　「職務」欄について

（１）　「上」には、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に〇で囲むこと。

（２）　「外」には、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に〇で囲むこと。

９　「開始」欄について

受診者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載すること。

10　「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載すること。

11　「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について該当するものを〇で囲むこと。

12　「労務不能に関する意見」欄について

（１）　「意見書に記入した労務不能期間」欄には被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載すること。

（２）　「意見書交付」欄には、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載すること。

13　「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載すること。

14　「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合には、当該傷病名及び当該傷病原因を記載すること。

15　「備考」欄について

保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載すること。

16　「既往症・原因・主要症状・経過等」欄について

受診者の病歴、受診に係る傷病の原因、傷病に関する主要症状及び受診中の経過等について必要な事項を記載すること。

17　「処方・手術・処置等」欄について

受診者に対し行った診療行為について内容を記載すること。

18　「診療の点数等」欄について

（１）　「月日」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載すること。

（２）　「種別」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った診療行為名を記載し、算定した点数を記載すること。

なお、「月日」欄と「種別」欄の配置を縦横逆にしても差し支えないこと。

（３）　「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数の合計を記載すること。

（４）　「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載すること。

（５）　「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

（６）　「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。

（７）　「備考」欄について

療養の給付等につき算定した点数の計等を記載すること。

19　その他

様式第１号（１）の２及び（１）の３を一葉にまとめること、（１）の３の記載事項を上下２欄に分けること等は差し支えないこと。

第４　歯科診療録の記載上の注意事項

１　「受診者」欄について

（１）　「氏名」欄は、受診者の姓名を記載する。

（２）　「生年月日」及び「性別」欄は、受診者の生年月日を記載し、該当する性別を〇で囲む。

（３）　「住所」欄は、受診者の住所及び電話番号を記載する。

なお、電話番号は、記載を省略して差し支えない。

（４）　「職業」欄は、受診者の職種名を記載する。

なお、業務上の疑いがない場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

（５）　「被保険者との続柄」欄は、被保険者と受診者との続柄を記載する。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

２　「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について

被保険者証等の有効期限を記載する。

３　「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載する。

４　「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支

えない。

５　「事業所（船舶所有者）」欄について

（１）　「所在地」欄は、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

（２）　「名称」欄は、被保険者の勤務する事業所の名称の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の名称の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

６　「保険者」欄について

（１）　「所在地」欄は、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

（２）　「名称」欄は、被保険者が管掌されている保険者名の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

７　「部位」欄について

傷病のある部位をそれぞれ記載する。

ただし、同一傷病名は、同一欄に一括して記載して差し支えない。

８　「傷病名」欄について

傷病名は、わが国で通常用いられている傷病名を記載する。

９　「職務」欄について

（１）　「上」は、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に〇で囲む。

（２）　「外」は、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に〇で囲む。

10　「開始」欄について

被保険者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載する。

11　「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載する。

12　「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について、「治ゆ」「死亡」「中止」のうち該当するものを記載する。なお、予め「治ゆ」「死亡」「中止」を印刷し、該当するものを〇で囲むことにより記載しても差し支えない。

13　「　　上
右 ―┼― 左　欄について
　　下　　」

（１）　予め歯の配列図等を印刷して差し支えない。

（２）　必要がある場合、口腔診察の所見等を記載する。

14　「〔主訴〕その他摘要」欄について

主訴及び参考となる事項を記載する。

15　「労務不能に関する意見」欄について

（１）　「意見書に記入した労務不能期間」欄は、被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載する。

（２）　「意見書交付」欄は、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載する。

16　「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載する。

17　「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合は、当該傷病名及び当該傷病原因を記載する。

18　「備考」欄について

保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載する。

19　「月日」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載する。

20　「療法・処置」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに療法及び処置について必要な事項を記載する。

21　「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数を記載する。

22　「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載する。

23　「食事療養・生活療養算定額」欄について

診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載する。

24　「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載する。

25　その他

「受診者」欄を右欄に配置換えをする等は差し支えない。

第５　処方箋の記載上の注意事項

１　「患者」欄について

（１）　氏名

投薬を受ける者の姓名を記載すること。

（２）　生年月日

投薬を受ける者の生年月日を記載すること。

（３）　男・女

投薬を受ける者の性別について該当するものを〇で囲むこと。

（４）　区分

該当するものを〇で囲むこと。

２　「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

３　「電話番号」欄について

保険医療機関の電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

４　「保険医氏名㊞」欄について

処方箋を発行した保険医（以下「処方医」という。）が署名するか、又は処方医の姓名を記載し、押印すること。

４の２　「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」欄について

「都道府県番号」欄には、保険医療機関の所在する都道府県番号２桁（診療報酬明細書に記載する都道府県番号と同様の番号）を記載すること。「点数表番号」欄には、医科は１を、歯科は３を記載すること。「医療機関コード」欄には、それぞれの医療機関について定められた医療機関コード７桁（診療報酬明細書に記載する医療機関コードと同様の番号）を記載すること。また、健康保険法第 63 条第３項第２号及び第３号に規定する医療機関については、「医療機関コード」欄に「9999999」の７桁を記載すること。

５　「交付年月日」欄について

患者に処方箋を交付した年月日を記載すること。

６　「処方箋の使用期間」欄について

（１）　交付の日を含めて４日以内の場合は、記載する必要がないこと。

（２）　患者の長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合に、交付の日を含めて３日以内又は交付の日を含めて４日を超えた日より調剤を受ける必要がある場合には、年月日を記載すること。この場合において、当該処方箋は当該年月日の当日まで有効であること。

（３）　様式第二号の二に基づく処方箋（以下「分割指示に係る処方箋」という。）の場合は、分割の１回目に係る使用期限を記載することとし、当該使用期限が交付の日を含めて４日以内の場合は、記載する必要がないこと。

７　「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

（１）　医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名（屋号）を付加しないこと。

なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、２以上の規格単位がある場合には、当該規格単位を併せて記載すること。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

（２）　分量は、内服薬については１日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については１回分量を記載すること。

（３）　用法及び用量は、１回当たりの服用（使用）量、１日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。特に鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）については、１回当たりの使用量及び１日当たりの使用回数又は投与日数を必ず記載すること。

なお、分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数（回数）を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数（回数）を付記すること。

（４）　特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針又は「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成 20 年厚生労働省告示第 61 号）の別表のⅠに規定されている特定保険医療材料）を保険薬

局より支給させる場合は名称及びセット数等を記載すること。

（５） 処方医が処方箋に記載した医薬品の一部又はすべてについて、医療上の必要性があるため、後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。この場合において、「患者希望」欄には「✓」又は「×」は記載しないこと。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。

（６） 処方医が処方箋に記載した医薬品のうち（５）に基づいて「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形（※）の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。

ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

（７） 患者の希望を踏まえ、長期収載品を銘柄名処方する場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。

（８） リフィル処方を行う場合には、「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」を記載するとともに、総使用回数（上限３回）を記載すること。なお、「処方」欄には、リフィル処方箋１回の使用による投与日数（回数）等を記載すること。

（９） 外用薬をリフィル処方する場合について、１回当たりの使用量及び１日当たりの使用回数を記載した場合であっても、必ず投与日数を記入すること。

(10) なお、内服薬の処方箋への記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」（平成 22 年１月 29 日付医政発 0129 第３号・薬食発 0129 第５号）も参考にされたい。

８ 「備考」欄について

（１） 保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。

（２） 麻薬を処方する場合には、麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第 27 条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。

（３） 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が１回 14 日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって 14 日を超えて投与した場合は、その理由を記載すること。

（４） 未就学者である患者の場合は「６歳」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であ

って一般・低所得者の患者の場合は「高一」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって７割給付の患者の場合は「高７」と記載すること。なお、後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者については、令和４年 10 月１日以降、８割給付の患者の場合は「高８」、９割給付の患者の場合は「高９」と記載すること。

（５） 処方医が、処方箋に記載した医薬品について、医療上の必要性があるため、後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

なお、後発医薬品を処方する際に、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載する場合においては、その理由を記載すること。また、電子処方箋を発行する際は、「薬品補足レコード」内の「薬品補足情報」欄に、後発品変更不可の理由を記載した場合は、「備考」欄の記載は省略しても差し支えない。

（６） 入院中の患者以外の患者に対する処方について、患者の服薬管理が困難である等の理由により、保険薬局に分割調剤を指示する場合には、分割の回数及び当該分割ごとの調剤日数を記載すること。

なお、この場合において、保険薬局に指示しておくべき事項等があれば具体的に記載すること。

（７） １処方につき 63 枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）を投与する場合は、当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。

（８） 保険薬局が調剤時に患者の残薬を確認した際に、当該保険薬局に対して、「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」すること又は「保険医療機関へ情報提供」することを指示する場合には、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載すること。

（９） 地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料を算定している患者について、保険薬局に対してその旨を情報提供するに当たって、処方箋への書面の添付によらない場合には、当該加算を算定している旨を本欄に記載すること。

(10) 情報通信機器を用いた診療の実施に伴い処方箋を発行する場合については、「情報通信」と記載すること。

９ 「分割指示に係る処方箋」について

（１） 分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に相当するかを右上の所要欄に記載すること。

（２） 別紙の発行保険医療機関情報には、保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載すること。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載すること。

10 その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方箋に以下の事項を記載すること。

（１） 「調剤済年月日」欄について

処方箋が調剤済となった場合の年月日を記載すること。その調剤によって、当該処方箋が調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方箋に記載すること。

（２） 「保険薬局の所在地及び名称」欄について

保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

（３）　「保険薬剤師氏名　㊞」欄について

調剤を行った保険薬剤師が署名するか又は保険薬剤師の姓名を記載し、押印すること。

（４）　その他次の事項を「備考」欄又は「処方」欄に記入すること。

ア　処方箋を交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方箋に記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容

イ　医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容

（５）　分割指示に係る処方箋に基づき調剤した場合は、別紙の「受付保険薬局情報」欄に保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入すること。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えないこと。

（６）　「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」が記載されている処方箋（以下「リフィル処方箋」という。）に基づき調剤した場合は、「調剤実施回数」欄に調剤回数に応じて、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。

（７）　保険薬局においてリフィル処方箋による調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、リフィル処方箋に薬剤師法（昭和 35 年法律第 146 号）第 26 条に規定する事項及び次回調剤予定日等の必要な事項を記入し、当該リフィル処方箋の写しを調剤録と共に保管すること。

別添１

診療報酬請求書等一覧表

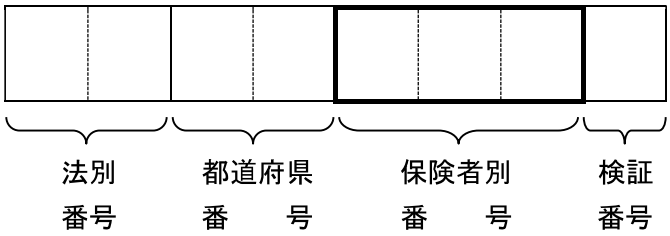
区　　分			様式番号
診療報酬請求書	医科・歯科、入院・入院外併用（国保の被保険者及び後期高齢者を除く）		様式第１（１）
	医科、入院外　（　〃　）		〃（２）
	歯科、入院外　（　〃　）		〃（３）
	医科・歯科　（国保の被保険者に限る）		様式第６
	医科、歯科　（後期高齢者に限る）		様式第８
診療報酬明細書	算定告示別表第１（医科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（医科の例による場合）	入　院 入院外	様式第２（１） 様式第２（２）
	算定告示別表第２（歯科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（歯科の例による場合）	――	様式第３
調剤報酬請求書	（国保の被保険者及び後期高齢者を除く）		様式第４
	（国保の被保険者に限る）		様式第７
	（後期高齢者に限る）		様式第９
調剤報酬明細書	算定告示別表第３（調剤）	――	様式第５

別添２

保険者番号、公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領

第１　保険者番号

１　保険者番号は、次のように法別番号２桁、都道府県番号２桁、保険者(市町村)別番号３桁、検証番号１桁、計８桁の算用数字を組み合わせたものとする。ただし、国民健康保険の保険者番号については、都道府県番号２桁、保険者(市町村)別番号３桁、検証番号１桁、計６桁の算用数字を組み合わせたものとする。



２　法別番号は、医療保険制度の各区分ごとに別表１の(１)に定める番号とする。

３　都道府県番号は、４の保険者等の所在地の都道府県ごとに別表２に定める番号とする。

なお、コードについては、都道府県ごと左に掲げるコード（例：北海道の場合「01」）から設定することとし、当該コードにおいて設定可能な保険者別番号がなくなり次第、右に掲げるコード（例：　　北海道の場合「51」）を設定することとする。

４　保険者(市町村)別番号は、協会管掌健康保険にあっては協会の都道府県支部ごとに厚生労働省保険局が、船員保険にあっては厚生労働省保険局が、国民健康保険にあっては国民健康保険事業を行う市町村又は国民健康保険組合ごとに都道府県が、また、組合管掌健康保険にあっては健康保険組合(社会保険診療報酬支払基金に対して支払を行う従たる事務所を含む。)ごとに地方厚生（支）局が、後期高齢者医療にあっては後期高齢者医療広域連合が、共済組合及び自衛官等の療養の給付にあっては各主管官庁が定める番号とする。

５　検証番号は、次により算出した番号とする。

（１）　法別番号、都道府県番号及び保険者別番号の各数に末尾の桁を起点として順次２と１を乗じる。

（２）　(１)で算出した積の和を求める。ただし、積が２桁となる場合は、１桁目と２桁目の数字の和とする。

（３）　10 と(２)で算出した数字の下１桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、１の位の数が０のときは検証番号を０とする。

例

法別番号	都道府県番号	保険者(市町村)別番号	
０　６	１　３	０　４　⑧	←― 起点
×　×	×　×	×　×　×	
２　１	２　１	２　１　２	

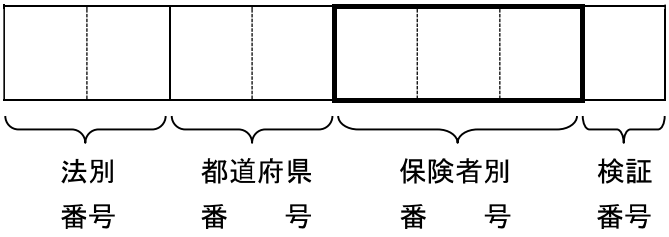
０ ＋ ６ ＋ ２ ＋ ３ ＋ ０ ＋ ４ ＋ （１ ＋ ６）＝ 22

○10－２＝ 8 ……検証番号

６　保険者番号の管理は、厚生労働省保険局、都道府県知事、地方厚生（支）局、後期高齢者医療広域連合又は主管官庁において行うものとし、保険者番号の設定変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとする。ただし、国民健康保険にあっては、都道府県知事から所在地の国民健康保険団体連合会及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとし、後期高齢者医療にあっては、後期高齢者広域連合から社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に対して速やかに連絡するものとする。

第２　公費負担者番号

１　公費負担者番号は、次のように法別番号２桁、都道府県番号２桁、実施機関番号３桁、検証番号１桁、計８桁の算用数字を組み合わせたものとする。



２　法別番号は、公費負担医療制度の種類ごとに別表１の(３)に定める番号とする。

３　都道府県番号は、４の公費負担医療実施機関の所在地の都道府県ごとに、別表２に定める番号とする。

なお、コードについては、都道府県ごと左に掲げるコード（例：北海道の場合「01」）から設定することとし、当該コードにおいて設定可能な実施機関番号がなくなり次第、右に掲げるコード（例：北海道の場合「51」）を設定することとする。

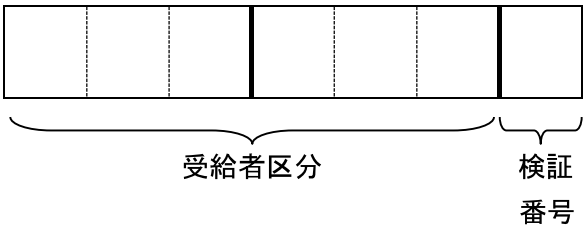
４　実施機関番号は、公費負担医療制度の種類ごとに公費負担医療主管行政庁又は公費負担医療実施機関が定める。

５　検証番号は、第１の５の例により定める。

６　公費負担者番号の管理は、各公費負担医療に係る第２の４の実施機関番号設定者において行うこととし、公費負担者番号の設定変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

第３　公費負担医療の受給者番号

１　公費負担医療の受給者番号は、次のように受給者区分６桁、検証番号１桁、計７桁の算用数字を組み合わせたものとする。

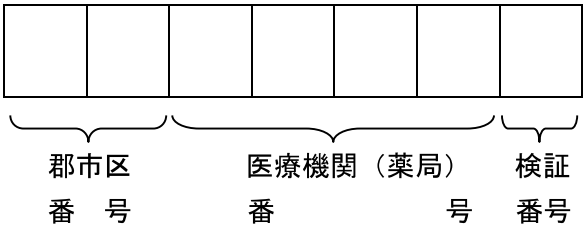


２　受給者区分は、各公費負担医療の受給者ごとに公費負担医療主管行政庁若しくは公費負担医療実施機関が定める。

３　検証番号は、第１の５の例により定める。

第４　医療機関コード及び薬局コード

１　医療機関コード及び薬局コード（以下「医療機関等コード」という。）は、次のように郡市区番号２桁、医療機関（薬局）番号４桁、検証番号１桁、計７桁の算用数字を組み合わせたものとする。



２　郡市区番号は、都道府県ごとに、郡、市及び区を単位として、地方厚生（支）局長が定めるものとする。ただし、独立行政法人国立病院機構等の各施設を一般の医療機関等と区別する必要があるときは、地方厚生（支）局長において郡市区番号にかえて、これらを１単位とした２桁の番号を定めても差し支えないものとする。

３　医療機関(薬局)番号は、医療機関について、医科にあっては 1,000 から 2,999、歯科にあっては 3,000 から 3,999、薬局にあっては 4,000 から 4,999 の一連番号を前記２の郡市区ごとに、地方厚生（支）局長がこれを定めるものとする。ただし、４桁の医療機関(薬局)番号のうち、中２桁又は下２桁が 90 となる番号は欠番とするものとする。

なお、医科と歯科が併設される医療機関にあっては、医科、歯科それぞれの医療機関番号を定

めるものとする。

4　同一の医療機関及び薬局において、保険医療機関、保険薬局並びに公費負担医療を担当する医療機関及び薬局のうち、２以上の指定を受けているものについては、同一の医療機関等コードを付すものとする。

5　検証番号は、次により算出した番号とする。

（1）　都道府県番号、点数表番号、郡市区番号及び医療機関番号の各数に末尾の桁を起点として順次２と１を乗じる。この場合の都道府県番号は別表２に定める番号とし、また、点数表番号は医科１、歯科３、薬局４とするものとする。

（2）　（1）で算出した積の和を求める。ただし、積が２桁となる場合は１桁目と２桁目の数字の和とするものとする。

（3）　10 と（2）で算出した数字の下１桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、１の位の数が０のときは検証番号を０とする。

例

都道府県番号	点数表番号	郡市区番号	医療機関（薬局）番号				
３	４	１	０	７	１	２	３	⑥ ← 起点
×	×	×	×	×	×	×	×	×
２	１	２	１	２	１	２	１	２

６＋４＋２＋０＋（１＋４）＋１＋４＋３＋（１＋２）＝２８

○10－８＝ 2 ……検証番号

○医療機関等コード　　07,1236,2

6　医療機関等コードの管理は、地方厚生（支）局長において行うものとし、医療機関等コードの変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

別表１

法別番号及び制度の略称表

（１）

	区分		法別番号	制度の略称
社会保険制度	全国健康保険協会管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）		０１	（協会）
	船員保険		０２	（船）
	日雇特例被保険者の保険	○一般療養（法第 129 条、第 131 条及び第 140 条関係）	０３	（日）
		○特別療養費（法第 145 条関係）	０４	（日　特） 又は（特）
	組合管掌健康保険		０６	（組）
	防衛省職員給与法による自衛官等の療養の給付（法第 22 条関係）		０７	（自）
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付		３９	（高）
	国家公務員共済組合		３１	（共）
	地方公務員等共済組合		３２	
	警察共済組合		３３	
	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		３４	
	特定健康保険組合		６３	（退）
	国家公務員特定共済組合		７２	
	地方公務員等特定共済組合		７３	
	警察特定共済組合		７４	
	公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		７５	

（注）　63・72～75 は、特例退職被保険者、特例退職組合員及び特例退職加入者に係る法別番号である。

（２）

	区分		法別番号	制度の略称
公費負担医療	戦傷病者特別援護法による	○療養の給付（法第 10 条関係）	１３	－
		○更生医療（法第 20 条関係）	１４	－
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○認定疾病医療（法第 10 条関係）	１８	－
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○新感染症の患者の入院(法第 37 条関係)	２９	－
		○新感染症外出自粛対象者の医療（法第 50 条の３関係）		－
	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第 81 条関係）		３０	－
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○結核患者の適正医療（法第 37 条の２関係）	１０	（感 37 の２）
		○結核患者の入院（法第 37 条関係）	１１	（結核入院）
	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による	○措置入院（法第 29 条関係）	２０	（精 29）
	障害者総合支援法による	○精神通院医療（法第５条関係）	２１	（精神通院）
		○更生医療（法第５条関係）	１５	－
		○育成医療（法第５条関係）	１６	－
		○療養介護医療（法第 70 条関係）及び基準該当療養介護医療（法第 71 条関係）	２４	－
	麻薬及び向精神薬取締法による入院措置（法第 58 条の８関係）		２２	－
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○一類感染症等の患者の入院(法第 37 条関係)	２８	（感染症入院）
		○新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者の医療（法第 44 条の３の２関係）		－
	児童福祉法による	○療育の給付（法第 20 条関係）	１７	－
		○肢体不自由児通所医療（法第 21 条の 5 の 29 関係）及び障害児入所医療（法第 24 条の 20 関係）	７９	－

療	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○一般疾病医療費（法第 18 条関係）	１９	―
	母子保健法による養育医療（法第 20 条関係）		２３	―
	児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援（法第 19 条の２関係）		５２	―
	難病の患者に対する医療等に関する法律による	○特定医療（法第５条関係）	５４	―
制	特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康影響による治療研究費		５１	―
	肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療に係る医療費の支給		３８	―
	児童福祉法の措置等に係る医療の給付		５３	―
度	石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給（法第４条関係）		６６	―
	特定Ｂ型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措置法による定期検査費及び母子感染症防止医療費の支給（法第 12 条第１項及び第 13 条第１項関係）		６２	―
	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第 14 条第４項に規定する医療支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律附則第４条第２項において準用する場合を含む。）		２５	―
	生活保護法による医療扶助（法第 15 条関係）		１２	（生保）

別表２

都道府県番号表

都道府県名	コード	都道府県名	コード	都道府県名	コード
北　海　道	01 又は 51	石　　川	17 又は 67	岡　　山	33 又は 83
青　　森	02 又は 52	福　　井	18 又は 68	広　　島	34 又は 84
岩　　手	03 又は 53	山　　梨	19 又は 69	山　　口	35 又は 85
宮　　城	04 又は 54	長　　野	20 又は 70	徳　　島	36 又は 86
秋　　田	05 又は 55	岐　　阜	21 又は 71	香　　川	37 又は 87
山　　形	06 又は 56	静　　岡	22 又は 72	愛　　媛	38 又は 88
福　　島	07 又は 57	愛　　知	23 又は 73	高　　知	39 又は 89
茨　　城	08 又は 58	三　　重	24 又は 74	福　　岡	40 又は 90
栃　　木	09 又は 59	滋　　賀	25 又は 75	佐　　賀	41 又は 91
群　　馬	10 又は 60	京　　都	26 又は 76	長　　崎	42 又は 92
埼　　玉	11 又は 61	大　　阪	27 又は 77	熊　　本	43 又は 93
千　　葉	12 又は 62	兵　　庫	28 又は 78	大　　分	44 又は 94
東　　京	13 又は 63	奈　　良	29 又は 79	宮　　崎	45 又は 95
神　奈　川	14 又は 64	和　歌　山	30 又は 80	鹿　児　島	46 又は 96
新　　潟	15 又は 65	鳥　　取	31 又は 81	沖　　縄	47 又は 97
富　　山	16 又は 66	島　　根	32 又は 82		

別添２

「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成 18 年３月 30 日保医発第 0330007 号）

別紙

診療報酬請求書等の記載要領

Ⅰ　一般的事項

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年８月７日保険発第 82 号。以下「一般記載要領」という。）別紙１のⅠと同様であること。

Ⅱ　診療報酬明細書（様式第 10）の記載要領

１　診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙１のⅡ第３の１の（１）、（２）、（４）及び（９）と同様であること。

（１）　同一の被保険者等が２以上の傷病について診療を受けた場合においても、１件の診療報酬明細書（以下「明細書」という。）に併せて記載すること。

（２）　月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証若しくは後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

なお、月の途中にかかわらず上記変更が生じ、別の明細書を作成する場合、変更前の明細書の「出来高部分」欄及び変更後の明細書の「包括評価部分」欄にその旨（例　社本より国保　〇年〇月〇日）を記載すること。また、変更後の明細書に変更前の明細書の「患者基礎情報」欄及び「包括評価部分」欄の内容を記載すること。

２　明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙１のⅡ第３の２の（１）から（９）まで、(11)から(13)まで、(21)から(23)まで及び(25)から(27)までと同様であること。この場合、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあっては、入院分の記載に係る例によること。

（１）　「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

（２）　「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について

「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄には厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 93 号）別表 19 に掲げる「診断群分類番号」並びに「傷病名」、「手術名」、「手術・処置等１」、「手術・処置等２」、「定義副傷病」及び「重症度等」の内容のうち該当するもの全て記載すること。

（３）　「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について

「傷病名」欄には診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名（医療

資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名）」及びその対応するＩＣＤコード（５桁まで（５桁目が存在しない場合は４桁まで、４桁目が存在しない場合は３桁まで）。以下同じ。）を記載すること。「副傷病名」欄には、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（令和６年３月21日保医発0321第６号）（以下「留意事項通知」という。）の別添２定義テーブルに掲げる「定義副傷病」名及びその対応するＩＣＤコードを記載すること。

なお、傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（令和２年４月28日保発0428第３号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。以下同じ。）の別添３に規定する傷病名を用いること。また、別添３に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（令和６年３月27日医療課事務連絡）（以下「傷病名コードの統一の推進について」という。）に取りまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

（４）　「今回入院年月日」欄について

入院年月日（ＤＰＣ算定対象となる病棟等以外の病棟（以下「対象外病棟」という。）からＤＰＣ算定対象となる病棟等に転棟した場合は転棟年月日）を和暦により記載すること。また、退院時には診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定することとなった場合は当該入院の年月日を記載すること。

なお、留意事項通知の第３の１の（７）同一傷病等での再入院に係る取扱いに基づく７日以内の再入院があった場合（以下「７日以内の再入院」という。）には前回入院と一連の入院とみなした入院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上２桁が同一の傷病で転院した場合又は７日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした入院年月日を記載し、併せて「出来高部分」欄に「特別」と記載すること。

（５）　「今回退院年月日」欄について

退院年月日を和暦により記載すること。ただし、診断群分類点数表等による診療報酬額の算定を終了する場合には、当該終了日を記載すること。

なお、７日以内の再入院があった場合には、前回入院と一連の入院とみなした退院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上２桁が同一の傷病で転院した場合又は７日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした退院年月日を記載し、併せて「出来高部分」欄に「特別」と記載すること。

（６）　「診療実日数」欄について

①　「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第１公費及び第２公費に係る診療実日数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の診療実日数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第１公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る診療実日数を省略しても差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る診療実日数が第１公費に係る診療実日数と同じ場合は、第２公費に係る診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

②　診療実日数は、入院日数を記載することとし、入退院日は、それぞれ１日として数えること。なお、７日以内の再入院があった場合には、当該退院日の翌日から再入院の前日までの日数は含めないこと。

（７）　「転帰」欄について

当該患者の退院時における転帰については、以下の左に掲げる状態に応じ、右の番号及び状態を記載すること。

医療資源を最も投入した傷病が治癒したと判断される場合	１　治癒
医療資源を最も投入した傷病が軽快したと判断される場合	２　軽快
医療資源を最も投入した傷病が寛解したと判断される場合	３　寛解
医療資源を最も投入した傷病が不変と判断される場合	４　不変
医療資源を最も投入した傷病が増悪したと判断される場合	５　増悪
医療資源を最も投入した傷病による死亡の場合	６　死亡
医療資源を最も投入した傷病以外による死亡の場合	７　外死亡
ＤＰＣ算定対象となる病棟等以外又は入院日Ⅲを超えている等に該当し対象外となった場合	９　その他

（８）　「傷病情報」欄について

①　「傷病情報」欄については、次のア及びイに掲げる事項については必ず記載し、ウからオまでに掲げる事項については該当がある場合は順次記載すること。

ア　「主傷病名」

医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として１つ記載すること。

イ　「入院の契機となった傷病名」

今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を１つ記載すること。

ウ　「医療資源を２番目に投入した傷病名」

医療資源を２番目に投入した傷病名を記載すること。

エ　「入院時併存傷病名」

入院時に併存している傷病名（重要なものから最大４つまで記載すること。ただし、３つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

オ　「入院後発症傷病名」

入院後に発症した傷病名（重要なものから最大４つまで記載すること。ただし、３つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

②　心身医学療法を算定する場合にあっては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載すること。なお、この際のＩＣＤコードは、身体的傷病に対応するコードによること。

③　「転帰」欄に「７　外死亡」と記載した場合には、死亡診断書に記入した死因を記載すること。その際、傷病名の前に「死因」と明記すること。

（注）「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、診断群分類区分の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は、記載する必要があること。この場合「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、当月分の出来高算定部分の記載内容にも配意しつつ、重要なものからそれぞれ最大４つまで記載すること。

なお、退院時処方の投与の原因となった傷病については、当該傷病名欄に記載可能な傷病名数の範囲において、処方内容に配意しつつ、重要なものから記載すること。

傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に規定する傷病名を用いるとともに、併せてＩＣＤコード

を用いること。さらに、別添３に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」を参照し、原則として傷病名コードに記載されたものを用いること。

（９）　「入退院情報」欄について

「入退院情報」欄については、次の②に掲げる事項については必ず記載し、①、③及び④に掲げる事項については該当がある場合は順次記載すること。

①　「ＤＰＣ算定対象となる病棟等以外の病棟移動の有無」について

対象外病棟へ転棟又は対象外病棟からＤＰＣ算定対象となる病棟等へ転棟した場合は、「有」と記載すること。

②　「予定・緊急入院区分」について

予め当該医療機関に入院すること（入院日）が決まっていて、その日に入院した場合は「１　予定入院」、「１　予定入院」以外の場合は「２　緊急入院」と記載すること。ただし、緊急入院等の場合のうち、救急自動車又はドクターヘリにより搬入された場合は「３　緊急入院（２以外の場合）」と記載すること。

③　「前回退院年月日」について

当該医療機関において入院歴がある場合は、前回の退院年月日を和暦で記載すること。

なお、７日以内の再入院があった場合には前回入院を一連の入院とみなし、それ以前の退院年月日を記載すること。

④　「前回同一傷病での入院の有無」について

当該医療機関において、今回入院時の入院契機病名と前回入院時に最も医療資源を投入した傷病名が同一（診断群分類の上２桁が同一）である場合に「有」を記載すること。

(10)　「診療関連情報」欄について

診断群分類区分を決定するために必要な以下の事項を定義テーブルの定めに従い記載すること。

①　入院時年齢、出生時体重、120170 早産、切迫早産においては「入院時の妊娠週数」、120260 分娩の異常においては「分娩時出血量」、ＪＣＳ（Japan Coma Scale）及び Burn Index

（記載例）

※120170 早産、切迫早産の場合

例）

妊娠週数　32

②　手術、手術・処置等１、手術・処置等２について、名称（医科点数表において区分・名称が定められている場合にあっては、その区分及び名称）及び実施日（実施予定として診断群分類区分を決定した場合には実施予定日）

なお、手術・処置等１及び手術・処置等２において、同一の処置等が複数回実施された場合には、実施日に代え、当該入院における処置等の開始日を記載すること。

③　診断群分類点数表における重症度等に該当する場合にあっては、重症度等

なお、010060 脳梗塞においては「発症時期」、040080 肺炎等においては「市中肺炎への該当の有無」及び「A-DROP スコア」、050030 急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞、050050 狭心症、慢性虚血性心疾患、050130 心不全及び 160800 股関節・大腿近位の骨折においては「他の病院・診療所の病棟からの転院・転院以外」、060300 肝硬変（胆汁性肝硬変を含む。）においては「Child-Pugh 分類」を記載すること。

（記載例）

※040080 肺炎等の場合

例１）

市中肺炎かつ１５歳以上６５歳未満

ＡーＤＲＯＰスコア　０

例２）

入院時年齢：20 歳

市中肺炎

ＡーＤＲＯＰスコア　０

(11)　「包括評価部分」欄について

①　「包括評価部分」欄については、診断群分類点数表等に基づき、各月の算定式を記載すること。（記載例参照）

②　入院月が複数月ある場合は、退院するまでの各月診療分を全て記載すること。

③　退院月に適用する診断群分類区分が入院中の診断群分類区分と異なる場合は、退院月の「診療分」の下段に「調整分」と記載し、当該調整に係る調整点数を月毎に記載すること。その上で、退院月の診療分と調整分の合計点数を「○月請求分」として記載すること。

④　診療報酬改定日以降の診療報酬明細書については、診療報酬改定日以前の請求月分までの算定式の記載を省略して差し支えないこと。

⑤　外泊した場合は、「外泊」と記載し、外泊した日を記載すること。また、連続した２日を超える場合は、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。なお、算定に当たっては、「出来高部分」欄に記載すること。

⑥　７日以内の再入院については、「７日以内の再入院までの日　○日、○日」、転棟した日から起算して７日以内の再転棟については、「７日以内の再転棟までの日　○日、○日」と記載すること。なお、当該診療年月の月末日に退院（転棟）した後、翌月７日以内に当該傷病名による再入院（転棟）を行う予定がある場合には、「翌月再入院（転棟）予定あり」と記載すること。

（記載例）

※　入院日Ⅰ以下：入Ⅰ

入院日Ⅰを超えて入院日Ⅱ以下：入Ⅱ

入院日Ⅱを超えて入院日Ⅲ以下：入Ⅲ

１点未満については四捨五入

例１：脳腫瘍　頭蓋内腫瘍摘出術等　手術・処置等２　１あり　定義副傷病　あり

（６月３日入院、８月４日退院の場合）の例（８月診療分）

1	93	６月診療分 入Ⅰ　3,436×24＝小計 … a 入Ⅱ　2,154×　4＝小計 … b （a＋b）×６月医療機関別係数＝合計 ７月診療分 入Ⅱ　2,154×19＝小計 … c 入Ⅲ　1,831×12＝小計 … d （c＋d）×７月医療機関別係数＝合計 ８月診療分 入Ⅲ　1,831×4＝小計 … e

		e×８月医療機関別係数＝合計

例２：急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞　経皮的冠動脈形成術等
手術・処置等１　なし、１あり　手術・処置等２　なし　定義副傷病　なし
→　急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞　経皮的冠動脈形成術等
手術・処置等１　５あり　手術・処置等２　なし　に変更の場合
（６月 17 日入院、７月３日診断群分類区分変更、７月 12 日退院の場合）の例
（７月診療分）

		６月診療分
		入Ⅰ　3,103×　5＝小計 … a
		入Ⅱ　2,201×　6＝小計 … b
		入Ⅲ　1,871×　3＝小計 … c
		（a＋b＋c）×６月医療機関別係数＝合計… Ａ
		７月診療分
		入Ⅲ　1,890×　12＝小計 … d
		d ×７月医療機関別係数＝合計… Ｂ
		調整分
1	93	入Ⅰ　3,134×　7＝小計 … e
		入Ⅱ　2,223×　7＝小計 … f
		（（e＋f）×６月医療機関別係数)－Ａ＝合計… Ｃ
		７月請求分　Ｂ＋Ｃ＝合計

(12)　「出来高部分」欄について

①　算定した医科点数表における所定点数の名称及び点数を記載すること。なお、その記載は一般記載要領別紙１のⅡ第３の２の(20)の例によるものとすること。

②　特定入院料を算定する治療室に係る加算の記載については以下による。

ア　特定入院料を算定する治療室に係る加算を算定した場合は、当該項目名及び点数を記載すること。

なお、救命救急入院料を算定している患者、特定集中治療室管理料を算定している患者及び小児入院医療管理料を算定している患者について加算がある場合にあっては、それぞれの加算後の点数を記載すること。

イ　特定入院料に係る名称、回数及び点数以外の記載すべき事項等について、「一般記載要領」別紙１の次のものを参照し、「出来高部分」欄に記載すること。

（ア）　別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）」

（イ）　別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」

（ウ）　別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）」

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰから別表Ⅲまでの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰから別表Ⅲにおいて、令和６年６月１日適用の旨が表示されたコードについては、令和６年 10 月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。

③　電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求

を行う場合については、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求するものとし、各規定により「出来高部分」欄に算定日（初回算定日及び前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く。）を記載することとされている点数については、その記録を省略することができる。

(13)　明細書提出時における診療行為内容の添付について

①　明細書については、その診療行為の内容がわかる情報（以下「コーディングデータ」という。）を別添様式により添付すること。その場合の具体的な取扱いについては以下のとおりとする。

ア　明細書及びコーディングデータについては、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」により提出すること。ただし、当該提出方法が困難な場合であって明細書を紙媒体により提出する場合についても、コーディングデータは別添様式によりオンライン送信又は電子媒体にて提出すること。

イ　コーディングデータについては、明細書の該当月における包括評価による算定を行った期間の診療行為、医薬品（退院時処方の薬剤を除く。）及び特定器材の情報（以下「診療行為等」という。）を医科点数表の項目に従い入力すること。なお、特定入院料等を算定している期間については、当該特定入院料等に包括される診療行為等のうち、コーディングに係る診療行為等も併せて入力すること。

②　診断群分類 120290 産科播種性血管内凝固症候群及び 130100 播種性血管内凝固症候群（以下「ＤＩＣ」という。）によって請求する場合、以下の内容を「出来高部分」欄に記載すること。

ア　ＤＩＣの原因と考えられる基礎疾患

イ　厚生労働省ＤＩＣ基準によるＤＩＣスコア又は急性期ＤＩＣ診断基準（日本救急医学会ＤＩＣ特別委員会）によるＤＩＣスコア

ウ　入院期間中に実施された治療内容（ＤＩＣ及びＤＩＣの原因と考えられる基礎疾患に対する治療を含む。）及び検査値等の推移

(14)　その他について

①　「包括評価部分」欄及び「出来高部分」欄について、医療保険と公費負担医療の併用又は公費負担医療と公費負担医療の併用の場合は、左側から負担区分、診療行為の診療識別の順に、該当する「負担区分コード番号」及び「診療識別コード番号」を順次記載すること。

②　「出来高部分」欄の記載については、それぞれの診療行為を診療識別コード番号の昇順に順次記載すること。

③　明細書の「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄及び「包括評価部分」欄並びに「出来高部分」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例：１社・国　１単独　１本入）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄、「包括評価部分」欄、「出来高部分」欄の順に該当する所定の内容を記載し、続紙として、これを当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

④　当該病院における入院医療について、同一月において診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合は、明細書を総括表とし、「医科入院（様式第２(一)）」明細書若しくは明細書又はこれらの明細書と同じ大きさの用紙（以下「出来高明細書」という。）を続紙として添付し、１件の明細書を作成すること。この場合、総括表の記載方法は、一般記載要領別紙１のⅡ第３の２の(１)から(９)まで、(11)から(13)まで及び(18)並びに本通知Ⅱの２の(１)と同様に記載し、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄に当該明細書１件の請求額等の合計額がわかるよう記載すること。

⑤　留意事項通知の第２の１の（１）に規定する、診断群分類区分に該当しないと判断された患者等、診断群分類点数表により診療報酬を算定しない患者については、医科点数表に基づき算定することとなった理由を出来高明細書の「摘要」欄の最上部に記載し、当該患者のうち以下に該当するものに限り、併せてＤＰＣコードを記載すること。

ア　厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成 20 年厚生労働省告示第 140 号）第２号に該当した患者

イ　診断群分類点数表に定める入院日Ⅲを超えた患者

ウ　医科点数表算定コードに該当した患者

エ　地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟した患者

なお、当該記載に当たっては、原則、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」の別添１－１又は別添１－２により記載を行うものであること。

（参考：令和６年４月公表予定の記録条件仕様）

- 別添１－１「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（医科用）」第１章の３の（４）の「ウ　レセプト情報」
- 別添１－２「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（ＤＰＣ用）」第１章の３の（４）の「ウ　レセプト総括情報」

（エ）包括評価対象外理由レコード

項　目	ﾓｰﾄﾞ	最大ﾊﾞｲﾄ	項目形式	記　録　内　容	備　考
レコード識別情報	英数	２	固定	″ＧＲ″を記録する。	平成28年９月診療以前分は、記録を省略する。
医科点数表算定理由	数字	２	固定	医科点数表算定理由コード（別表）を記録する。	
ＤＰＣコード	英数	１４	可変	１　医科点数表算定理由コード（別表）の「０８：厚生労働大臣が別に定める者（告示別表に掲げる薬剤）の患者であるため」、「０９：医科点数表算定コードに該当するため」、「１０：入院期間３を超えて入院しているため」及び「１１：地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟したため」に該当する場合は、別に定めるＤＰＣコードを記録する。 ２　ＤＰＣコードの″X″、″A″、″B″、″C″、″D″及び、″E″は半角大文字を記録する。	

				３　医科点数表算定理由コード（別表）の「０１：入院後２４時間以内に死亡したため」から「０６：厚生労働大臣が別に定める者（特定の手術等）の患者であるため」までに該当する場合は、記録を任意とする。	

別表　医科点数表算定理由コード

コ　ー　ド　名	コ　ー　ド	内　　容
医科点数表算定理由コード	０１	入院後２４時間以内に死亡したため
	０２	生後１週間以内に死亡したため
	０３	評価療養又は患者申出療養を受ける患者であるため
	０４	臓器移植を受ける患者であるため
	０５	包括評価の対象とならない入院料を算定する患者であるため
	０６	厚生労働大臣が別に定める者（特定の手術等）の患者であるため
	０８	厚生労働大臣が別に定める者（告示別表に掲げる薬剤）の患者であるため
	０９	医科点数表算定コードに該当するため
	１０	入院期間３を超えて入院しているため
	１１	地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟したため

⑥　当該病院における入院医療について、同一月に診断群分類点数表等に基づき費用を算定する入院医療が複数回ある場合は、④及び⑤の例により記載すること。

なお、総括表の「出来高部分」欄に入院医療が複数回となった理由を記載すること。

⑦　④及び⑥の場合において、各種（減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・３月超）のいずれかに○をする場合には、総括表及び明細書のいずれにも○をすること。

⑧　入院中にやむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「出来高部分」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、他医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為等の近傍に他と記載すること。

⑨　留意事項通知の第３の１の（７）同一傷病等での再入院に係る取扱い①のまた書きに規定する、直近の入院における「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上２桁が異なる場合であって、直近の入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」

と再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上２桁が同一である場合については、再入院時の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容と経過について「出来高部分」欄に記載すること。

⑩　留意事項通知の第３の１の（７）同一傷病等での再入院に係る取扱い②に規定する、化学療法の実施日（予定日）及び化学療法の概要を「出来高部分」欄に記載すること。

⑪　留意事項通知の第３の１の（９）地域包括ケア入院医療管理料１から４までを算定する病室に転室する場合等の取扱いに規定する、入院していた患者が退院の翌日から起算して７日以内に地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に再入院（転室）する場合については、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類を決定し、「出来高部分」欄に記載すること。

なお、当該再入院（転室）が一連の入院に該当しない場合は、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室への再入院(転室）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について「摘要」欄に記載すること。

⑫　留意事項通知の第３の１の(10）地域包括ケア病棟入院料１から４までを算定する病棟に転棟する場合等の取扱いに規定する、入院していた患者が退院の翌日から起算して７日以内に地域包括ケア病棟入院料を算定する病室に再入院（転棟）する場合については、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類を決定し、「出来高部分」欄に記載すること。

なお、当該再入院（転棟）が一連の入院に該当しない場合は、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟への再入院（転棟）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について「摘要」欄に記載すること。

⑬　五号告示第３号の規定により、医療資源を最も投入した傷病名が U07.1 又は U07.2 に該当し医科点数表に基づき算定する場合、出来高明細書の「摘要」欄に「U07.1」又は「U07.2」と記載すること。

別添様式

コーディングデータに係る記録条件仕様

令和６年６月版

目　　次

頁

第１章　電子情報処理組織の使用によるコーディングデータの提出に関する事項 …… 1
１　電気通信回線 …… 1
２　厚生労働大臣が定める事項 …… 1
３　厚生労働大臣が定める方式 …… 1
（１）記録形式 …… 1
（２）ファイル構成 …… 1
（３）情報表記仕様 …… 1
ア　提出ファイルの構成 …… 1
イ　提出ファイル構成イメージ …… 2
ウ　レコード形式 …… 3
エ　内容を表現する文字の符号 …… 3
（４）各種レコードの記録要領に関する事項 …… 4
ア　医療機関情報 …… 4
医療機関情報レコード …… 4
イ　レセプト共通情報 …… 5
レセプト共通レコード …… 5
ウ　レセプト情報 …… 6
（ア）保険者レコード …… 6
（イ）公費レコード …… 7
エ　コーディングデータ情報 …… 8
コーディングデータレコード …… 8
オ　診療報酬請求書情報 …… 8
診療報酬請求書レコード …… 8

第２章　光ディスク等を用いたコーディングデータの提出に関する事項 …… 9
１　光ディスクに関する事項 …… 9
（１）マグネットオプティカルディスク（ＭＯ） …… 9
ア　媒体関連仕様 …… 9
（ア）媒体及び物理フォーマット …… 9
（イ）論理フォーマット …… 9
（ウ）ファイル構成 …… 9
イ　情報表記仕様 …… 9
（ア）提出ファイルの構成 …… 9
（イ）提出ファイル構成イメージ …… 9
（ウ）レコード形式 …… 9
（エ）内容を表現する文字の符号 …… 9
ウ　各種レコードの記録要領に関する事項 …… １０
（ア）医療機関情報 …… １０
（イ）レセプト共通情報 …… １０
（ウ）レセプト情報 …… １０
（エ）コーディングデータ情報 …… １０
（オ）診療報酬請求書情報 …… １０
（２）コンパクトディスク（ＣＤ－Ｒ） …… １０
ア　媒体関連仕様 …… １０
（ア）媒体及び物理フォーマット …… １０
（イ）論理フォーマット …… １０
（ウ）ファイル構成 …… １０
イ　情報表記仕様 …… １０
（ア）提出ファイルの構成 …… １０
（イ）提出ファイル構成イメージ …… １０
（ウ）レコード形式 …… １０
（エ）内容を表現する文字の符号 …… １０

ウ　各種レコードの記録要領に関する事項 …… １０
（ア）医療機関情報 …… １０
（イ）レセプト共通情報 …… １０
（ウ）レセプト情報 …… １０
（エ）コーディングデータ情報 …… １０
（オ）診療報酬請求書情報 …… １０
２　フレキシブルディスク（ＦＤ）に関する事項 …… １１
（１）媒体関連仕様 …… １１
ア　媒体及び物理フォーマット …… １１
（ア）媒体 …… １１
（イ）物理フォーマット …… １１
イ　論理フォーマット …… １１
ウ　ファイル構成 …… １１
（２）情報表記仕様 …… １１
ア　提出ファイルの構成 …… １１
イ　提出ファイル構成イメージ …… １１
ウ　レコード形式 …… １１
エ　内容を表現する文字の符号 …… １１
（３）各種レコードの記録要領に関する事項 …… １１
ア　医療機関情報 …… １１
イ　レセプト共通情報 …… １１
ウ　レセプト情報 …… １１
エ　コーディングデータ情報 …… １１
オ　診療報酬請求書情報 …… １１

別　表　各種コードに関する事項 …… １２
別表　１　審査支払機関コード …… １２
別表　２　都道府県コード …… １３
別表　３　点数表コード …… １３
別表　４　診療科名コード …… １４
別表　５　削除 …… １４
別表　６　レセプト種別コード（ＤＰＣ） …… １５
別表　７　男女区分コード …… １６
別表　８　診療識別コード …… １６
別表　９　特定器材単位コード …… １７

別　添　電子媒体への表記 …… １９

第１章　電子情報処理組織の使用によるコーディングデータの提出に関する事項

審査支払機関の使用に係る電子計算機と、保険医療機関の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織を使用したコーディングデータの提出を行う場合の電気通信回線及び厚生労働大臣の定める事項並びに方式については本章の定めるところによる。

１　電気通信回線

電気通信回線は、ISDN回線を利用したダイヤルアップ接続、閉域IP網を利用したIP-VPN接続またはオープンなネットワークにおいてはIPsec(IETF(Internet Engineering Task Force)において標準とされた、IP(Internet Protocol)レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称)とIKE(Internet Key Exchange;IPsecで用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル)を組み合わせた接続とする。

２　厚生労働大臣が定める事項

診療報酬明細書情報及び診療報酬請求書情報とする。

３　厚生労働大臣が定める方式

（１）　記録形式

ＣＳＶ形式とする。

（２）　ファイル構成

ファイル名を“CODING”とし、拡張名を“DPC”とする。

（３）　情報表記仕様

ア　提出ファイルの構成

ファイルの構成は、次のとおりとする。

（ア）　ファイルは１ボリューム１ファイルとする。

（イ）　１ボリュームに収まらないような保険医療機関単位のレセプトは、レセプト単位に分割して別ボリュームに記録する。

（ウ）　ファイルは改行コードにより複数レコードに分割し、レコードの組み合わせにて構成する。

（エ）　１ファイル内のレコードの種類及び記録順は、次の表のとおりとする。

レコードの種類		識別情報	備　　考	記録
医療機関情報	医療機関情報レコード	ＩＲ	１ファイル単位の先頭に記録	必須
レセプト	(別記)	(別記)	１ファイル単位内に１以上記録	必須
診療報酬請求書情報	診療報酬請求書レコード	ＧＯ	１ファイル単位の最後に記録	必須

（オ）　レセプトファイルを構成するレセプトは、ＤＰＣレセプト及び総括対象ＤＰＣレセプトとする。

区　　分	内　　容
ＤＰＣレセプト	診断群分類適用入院レセプト
総括対象ＤＰＣレセプト	総括レセプトの明細情報である診断群分類適用入院レセプト

注　ＤＰＣレセプト及び総括対象ＤＰＣレセプトは同一ファイルに記録する。

（カ）　１レセプト内のレコードの種類及び記録順は、次の表のとおりとする。

レコードの種類		識別情報	備　　考	記録	複数
レセプト共通レコード		ＲＥ	レセプト単位データの先頭に記録	必須	不可
レセプト情報	保険者レコード	ＨＯ	医療保険レセプトの場合に記録	(別記)	不可
	公費レコード	ＫＯ	公費負担医療レセプトの場合に記録	(別記)	(別記)
コーディングデータレコード		ＣＤ	包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報を出来高部分に係る診療行為の情報も含め記録	必須	可

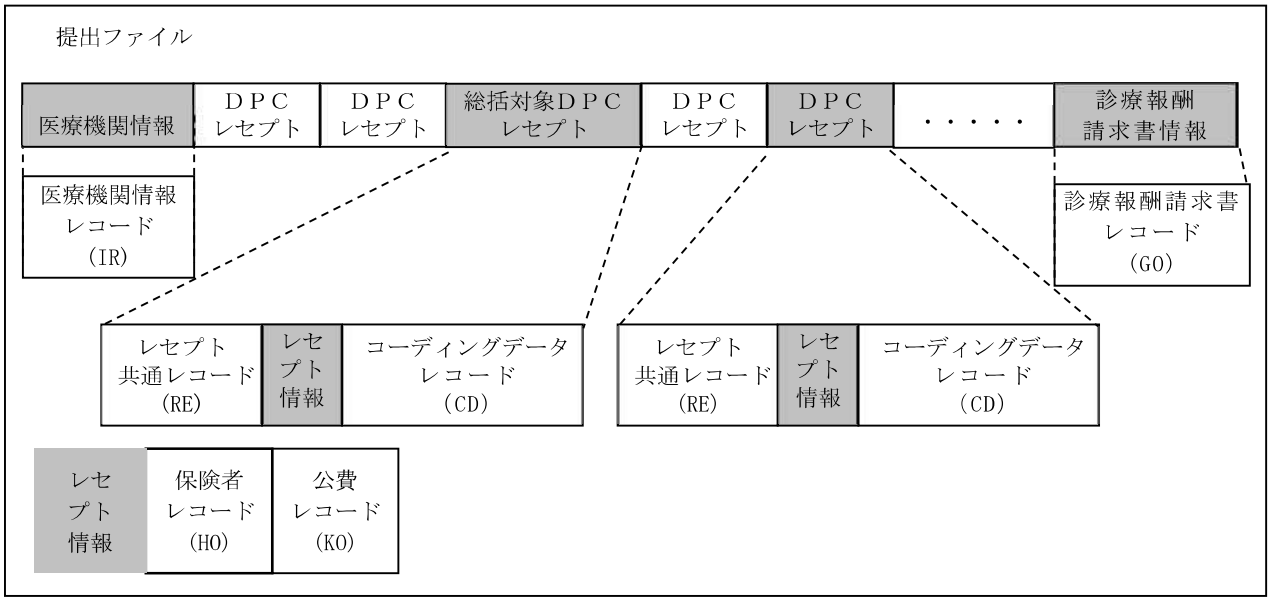
（キ）　レセプト情報は、レセプト種別ごとに必要なレコードを記録する。
　　明細情報単位に記録が必要なレセプト情報は、次のとおりとする。

レセプト種別	保険者ﾚｺｰﾄﾞ	公費ﾚｺｰﾄﾞ
医療保険単独	○	×
医療保険と１～４種の公費負担医療の併用	○	○（１～４ﾚｺｰﾄﾞ記録）
公費負担医療単独	×	○（１ﾚｺｰﾄﾞ記録）
２～４種の公費負担医療の併用	×	○（２～４ﾚｺｰﾄﾞ記録）

注１　国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。
　　なお、令和６年４月診療以降分の退職者医療については、記録しない。
２　○は記録必須を、×は記録不可を示す。
３　公費レコードを複数記録する場合は、「法別番号及び制度の略称表」（診療報酬請求書等の記載要領）に示す順番により、先順位の公費負担医療を第一公費として最初に記録し、後順位の公費負担医療を第二公費、第三公費、第四公費として順次記録する。

（ク）　ファイル最終レコードの最終部分は、改行コードの後にファイルの終わりを示す１バイトの文字列（以下「ＥＯＦコード」という。）を記録する。

イ　提出ファイル構成イメージ



ウ　レコード形式

（ア）　レコード形式は可変長レコードとし、各レコードの末尾には改行コードを入れる。

（イ）　レコード内の各項目間は、コンマで区切る。（数値項目の編集に、位取り用のコンマを使用しない。）

（ウ）　各項目は最大バイト数を規定し、項目形式が固定の項目については最大バイト数で記録し、可変の項目については有効桁（文字）までの記録とする。

なお、有効桁（文字）以降に継続する“スペース”は記録しない。

モード（項目形式）ごとの文字種別及び詳細内容は次のとおりとする。

ﾓｰﾄﾞ	項目形式	文字種別	詳　細　内　容
数字	可変	半角数字	上位桁のゼロ及び小数点以下の下位桁のゼロを除いた数字（小数点以下が全てゼロの場合は小数点も除く）を記録する。ただし、別表等に規定されているコードの１文字目等の“0”及び特に定める場合の“0”については記録する。 【記録例】 （誤）「01」　→（正）「1」 ※別表等に規定されているコードが“01”である場合（正）「01」 （誤）「1.0」　→（正）「1」 （誤）「1.10」→（正）「1.1」 （誤）「0.00」→（正）「0」
	固定	半角数字	最大バイト数で記録する。
英数	可変	半角英数	有効文字までの記録とする。 ただし、別表等に規定されているコードの１文字目等の“0”及び特に定める場合の“0”については記録する。 【記録例】 （誤）「01」　→（正）「1」 ※別表等に規定されているコードが“01”である場合（正）「01」
	固定	半角英数	最大バイト数で記録する。
漢字	可変	全角文字	有効文字までの記録とする。
	固定	全角文字	最大バイト数で記録する。

（エ）　対象の年の記録に当たっては西暦を使用し、時刻の記録に当たっては24時間表記を使用する。

年月日等及び時刻等に関する項目の記録方法は次のとおりとする。

項目の内容	ﾊﾞｲﾄ数	記録方法	記録桁	備　　考
年月	6	数字“YYYYMM”	全桁	YYYY…年（西暦） MM…月 DD…日 hh…時（24時間表記） mm…分 を表す。
年月日	8	数字“YYYYMMDD”	全桁	
時刻	4	数字“hhmm”	全桁	
時間（ｎ時間）	2	数字“hh”	有効桁まで	
時間（ｎ分）	5	数字“mmmmm”	有効桁まで	

エ　内容を表現する文字の符号

内容を記録する文字の符号は、ＪＩＳＸ０２０１－１９７６の８単位符号及びＪＩＳＸ０２０８－１９８３の附属書１にて規定されているシフト符号化表現（シフトＪＩＳ）によるものとする。

なお、内容を記録する文字以外の制御符号は、次のとおりとする。

符号名称	図形記号	１６進数	ﾊﾞｲﾄ数	用　　途
コンマ	,	(2C)	1	項目の区切りを表現する。
引用符	″	(22)	1	使用しない。
改行コード		(0D)(0A)	2	レコードの区切りを表現する。
ＥＯＦコード		(1A)	1	ファイルの終わりを表現する。
疑問符（全角）	？	(81)(48)	2	使用しない。（ＪＩＳ規定外コードが記録された場合、疑問符（全角）に置換する。）

注　１６進数は、０から９及びＡからＦを括弧でくくって表現する。

（４） 各種レコードの記録要領に関する事項

モードは入力する文字の種別、最大バイトは項目の最大バイト数、項目形式は項目長が固定長か可変長かを示す。

ア 医療機関情報

医療機関情報レコード

項　　目	ﾓｰﾄﾞ	最大ﾊﾞｲﾄ	項目形式	記　　録　　内　　容	備　　考
レコード識別情報	英数	２	固定	“IR”を記録する。	
審査支払機関	数字	１	固定	別表 1 審査支払機関コードを記録する。	
都道府県	数字	２	固定	保険医療機関の所在する 別表 2 都道府県コードを記録する。	
点数表	数字	１	固定	別表 3 点数表コードを記録する。	
医療機関コード	数字	７	固定	保険医療機関について定められた医療機関コードを記録する。	
予　備	数字	２	可変	記録を省略する。	
医療機関名称	漢字	４０	可変	地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の名称を記録する。	
請求年月	数字	６	固定	請求年月を西暦で記録する。	
予　備	数字	２	可変	記録を省略する。	
予　備	英数	１５	可変	記録を省略する。	

イ　レセプト共通情報

レセプト共通レコード

項　　目	ﾓｰﾄﾞ	最大ﾊﾞｲﾄ	項目形式	記　　録　　内　　容	備　　考
レコード識別情報	英数	2	固定	“RE”を記録する。	
レセプト番号	数字	6	可変	1　レコードが属するレセプト番号を記録する。 2　レセプト番号は、レセプト記録順に１から昇順に連続番号を記録する。	
レセプト種別	数字	4	固定	別表 6 レセプト種別コード（ＤＰＣ）を記録する。	
診療年月	数字	6	固定	診療年月を西暦で記録する。	
氏　名	英数又は漢字	４０	可変	1　姓名を記録する。 2　姓と名の間に１文字分の“スペース”を記録する。 3　英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。	モードごとの文字数の上限は次のとおりとする。 英数:４０ 漢字:２０
男女区分	数字	1	固定	別表 7 男女区分コードを記録する。	
生年月日	数字	8	固定	生年月日を西暦で記録する。	
予　備	数字	3	可変	記録を省略する。	
入院年月日	数字	8	固定	今回入院年月日を西暦で記録する。	
予　備	英数	8	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予　備	英数	１０	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	4	可変	記録を省略する。	
カルテ番号等	英数	２０	可変	カルテ番号又は患者ＩＤ番号等を記録する。	
予　備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	1	可変	記録を省略する。	
診療科コード	数字	2	可変	1　診療科を記録する場合は、別表 4 診療科名コードを記録する。 2　診療科の記録は任意とする。	
予　備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	３０	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	5	可変	記録を省略する。	
予　備	英数又は漢字	４０	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予　備	漢字	８０	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	６０	可変	記録を省略する。	

ウ　レセプト情報

（ア）　保険者レコード

項　　目	ﾓｰﾄﾞ	最大ﾊﾞｲﾄ	項目形式	記　　録　　内　　容	備　　考
レコード識別情報	英数	2	固定	“H0”を記録する。	
保険者番号	英数	8	固定	1　保険者番号を記録する。 2　保険者番号が８桁に満たない場合は、先頭から“スペース”を記録し、８桁で記録する。	
被保険者証（手帳）等の記号	英数又は漢字	３８	可変	1　健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の記号を記録する。 2　英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。 3　番号のみ設定されている場合は、記録を省略する。	記号と番号を合せた文字数の上限は、モードごとに次のとおりとする。 英数：１９ 漢字：１９
被保険者証（手帳）等の番号	英数又は漢字	３８	可変	1　健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の番号を記録する。 2　後期高齢者被保険者証の被保険者番号を記録する。 3　英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。	
予　備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予　備	英数	8	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	5	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	8	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予　備	英数	9	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	6	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	8	可変	記録を省略する。	

（イ） 公費レコード

項目		ﾓｰﾄﾞ	最大ﾊﾞｲﾄ	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報		英数	2	固定	“KO”を記録する。	
公費負担医療	負担者番号	英数	8	固定	医療券等に記入されている公費負担者番号８桁を記録する。	
	受給者番号	数字	7	可変	１　医療券等に記入されている受給者番号７桁を記録する。 ２　受給者番号が７桁に満たない場合は、先頭から“0”を記録し、７桁で記録する。 ３　医療観察法（法別３０）の場合は、記録を省略する。	
	予　備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予　備		数字	2	可変	記録を省略する。	
予　備		英数	8	可変	記録を省略する。	
予　備		英数	8	可変	記録を省略する。	
予　備		数字	6	可変	記録を省略する。	
予　備		英数	6	可変	記録を省略する。	
予　備		数字	5	可変	記録を省略する。	
予　備		数字	2	可変	記録を省略する。	
予　備		数字	8	可変	記録を省略する。	
予　備		数字	8	可変	記録を省略する。	

エ　コーディングデータ情報

コーディングデータ情報は、「診療識別の昇順」に記録する。

コーディングデータレコード

項　　目	ﾓｰﾄﾞ	最大ﾊﾞｲﾄ	項目形式	記　　録　　内　　容	備　　考
レコード識別情報	英数	2	固定	“CD”を記録する。	
実施年月日	数字	8	固定	実施年月日を西暦で記録する。	
診療識別	数字	2	固定	別表 8 診療識別コードを記録する。	
順序番号	数字	4	可変	診療識別及び一連の行為ごとに昇順に番号を記録する。	
行為明細番号	数字	3	可変	順序番号ごとの行為明細単位に昇順に番号を記録する。	
レセプト電算処理システム用コード	数字	9	固定	診療行為コード（入院料、食事療養費、生活療養費及び標準負担額は除く）、医薬品コード又は特定器材コードを記録する。	
使用量	数字	１１	可変	１　医薬品又は特定器材（酸素の補正率又はフィルム料（乳幼児）加算を除く）の場合は、使用量を記録する。 ２　整数部５桁、小数部５桁として、整数部と小数部は小数点で区切り記録する。 ３　その他の場合は、記録を省略する。	
数量データ	数字	8	可変	１　数量データの記録が必要な診療行為の場合は、数量データを記録する。 ２　その他の場合は、記録を省略する。	
単位コード	数字	3	可変	１　特定器材の場合は、 別表 9 特定器材単位コードを記録する。 ２　単位が規定されている特定器材コードの場合は、記録を省略しても差し支えない。 ３　酸素の補正率又はフィルム（乳幼児）加算の場合は、記録を省略する。 ４　診療行為又は医薬品の場合は、記録を省略する。	
回　数	数字	3	可変	診療行為、医薬品及び特定器材の回数を記録する。	
予　備	漢字	254	可変	記録を省略する。	

オ　診療報酬請求書情報

診療報酬請求書レコード

項　　目	ﾓｰﾄﾞ	最大ﾊﾞｲﾄ	項目形式	記　　録　　内　　容	備　　考
レコード識別情報	英数	2	固定	“GO”を記録する。	
総件数	数字	6	可変	レセプト共通レコードの最終レコードのレセプト番号を記録する。	
予　備	英数	１０	可変	記録を省略する。	
予　備	数字	2	可変	記録を省略する。	

第２章　光ディスク等を用いたコーディングデータの提出に関する事項

保険医療機関から審査支払機関へのコーディングデータの提出を行う場合の厚生労働大臣の定める光ディスク等に係る規格及び厚生労働大臣の定める方式については、記録形式をＭＳ－ＤＯＳフォーマットのＣＳＶ形式とする。

なお、提出については光ディスク等に所要の事項を記載したラベル（別添）を貼付する。

１　光ディスクに関する事項

（１）　マグネットオプティカルディスク（MO）

ア　媒体関連仕様

（ア）　媒体及び物理フォーマット

ＪＩＳＸ６２７５－１９９７に適合する９０ｍｍ２３０ＭＢ又はＪＩＳＸ６２７７－１９９８に適合する９０ｍｍ６４０ＭＢの光ディスクを使用する。

（イ）　論理フォーマット

光ディスクの論理フォーマットはＪＩＳＸ０６０５－１９９７に規定する情報記録方式に準拠する。

（ウ）　ファイル構成

光ディスクのファイル構成は以下に規定するものを除きＪＩＳＸ０６０５－１９９７に準拠する。

a　ルートディレクトリのディレクトリ項目は以下のとおりとする。

（ａ）　ボリュームラベル項目の有無は任意とする。

（ｂ）　サブディレクトリ指示項目はあってはならない。

（ｃ）　ディレクトリ項目のうち使用中のファイル項目を以下に示す。

文字位置	名　　前	内　　容
１～　８	名前	“CODING”
９～１１	拡張名	“DPC”
１２	属性	(00)又は(20)
１３～２２	予約	ＪＩＳＸ０６０５－１９９７に準拠
２３～２４	記録時刻	ＪＩＳＸ０６０５－１９９７に準拠
２５～２６	記録日付	ＪＩＳＸ０６０５－１９９７に準拠
２７～２８	先頭クラスタ番号	ＪＩＳＸ０６０５－１９９７に準拠
２９～３２	ファイル長	ＪＩＳＸ０６０５－１９９７に準拠

注１　文字列は、記述する文字を引用符でくくって表現する。

２　１６進数は、０から９及びＡからＦを括弧でくくって表現する。

b　その他のディレクトリ項目はすべて空きディレクトリ項目でなければならない。

イ　情報表記仕様

（ア）　提出ファイルの構成

第１章－３－（３）－アの「提出ファイルの構成」と同じ。

（イ）　提出ファイル構成イメージ

第１章－３－（３）－イの「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

（ウ）　レコード形式

第１章－３－（３）－ウの「レコード形式」と同じ。

（エ）　内容を表現する文字の符号

第１章－３－（３）－エの「内容を表現する文字の符号」と同じ。

ウ　各種レコードの記録要領に関する事項

（ア）　医療機関情報

第１章－３－（４）－アの「医療機関情報」と同じ。

（イ）　レセプト共通情報

第１章－３－（４）－イの「レセプト共通情報」と同じ。

（ウ）　レセプト情報

第１章－３－（４）－ウの「レセプト情報」と同じ。

（エ）　コーディングデータ情報

第１章－３－（４）－エの「コーディングデータ情報」と同じ。

（オ）　診療報酬請求書情報

第１章－３－（４）－オの「診療報酬請求書情報」と同じ。

（２）　コンパクトディスク（ＣＤ－Ｒ）

ア　媒体関連仕様

（ア）　媒体及び物理フォーマット

ＪＩＳ　ＴＳ　Ｘ００２５－２００５の規格に適合する１２０㎜コンパクトディスクを使用する。

（イ）　論理フォーマット

論理フォーマットはＩＳＯ９６６０形式（レベル１）に準拠する。

書き込みは、ディスクアットワンス（シングルセッション方式）方式とする。

（ウ）　ファイル構成

第２章－１－（１）－アー（ウ）の「ファイル構成」と同じ。

イ　情報表記仕様

（ア）　提出ファイルの構成

第１章－３－（３）－アの「提出ファイルの構成」と同じ。

（イ）　提出ファイル構成イメージ

第１章－３－（３）－イの「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

（ウ）　レコード形式

第１章－３－（３）－ウの「レコード形式」と同じ。

（エ）　内容を表現する文字の符号

第１章－３－（３）－エの「内容を表現する文字の符号」と同じ。

ウ　各種レコードの記録要領に関する事項

（ア）　医療機関情報

第１章－３－（４）－アの「医療機関情報」と同じ。

（イ）　レセプト共通情報

第１章－３－（４）－イの「レセプト共通情報」と同じ。

（ウ）　レセプト情報

第１章－３－（４）－ウの「レセプト情報」と同じ。

（エ）　コーディングデータ情報

第１章－３－（４）－エの「コーディングデータ情報」と同じ。

（オ）　診療報酬請求書情報

第１章－３－（４）－オの「診療報酬請求書情報」と同じ。

２　フレキシブルディスク（ＦＤ）に関する事項

（１）　媒体関連仕様

ア　媒体及び物理フォーマット

（ア）　媒体

ＪＩＳＸ６２２３－１９８７の規格に適合するフレキシブルディスクを使用する。

（イ）　物理フォーマット

物理フォーマットはＪＩＳＸ６２２５－１９９５に規定する情報記録方式に準拠する。

イ　論理フォーマット

論理フォーマットはＪＩＳＸ０６０５－１９９７に規定する情報記録方式に準拠する。

ウ　ファイル構成

第２章－１－（１）－ア－（ウ）の「ファイル構成」と同じ。

（２）　情報表記仕様

ア　提出ファイルの構成

第１章－３－（３）－アの「提出ファイルの構成」と同じ。

イ　提出ファイル構成イメージ

第１章－３－（３）－イの「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

ウ　レコード形式

第１章－３－（３）－ウの「レコード形式」と同じ。

エ　内容を表現する文字の符号

第１章－３－（３）－エの「内容を表現する文字の符号」と同じ。

（３）　各種レコードの記録要領に関する事項

ア　医療機関情報

第１章－３－（４）－アの「医療機関情報」と同じ。

イ　レセプト共通情報

第１章－３－（４）－イの「レセプト共通情報」と同じ。

ウ　レセプト情報

第１章－３－（４）－ウの「レセプト情報」と同じ。

エ　コーディングデータ情報

第１章－３－（４）－エの「コーディングデータ情報」と同じ。

オ　診療報酬請求書情報

第１章－３－（４）－オの「診療報酬請求書情報」と同じ。

各種コードに関する事項

別表 1 審査支払機関コード

コ　ー　ド　名	コ　　ー　　ド	内　　容
審査支払機関コード	1	社会保険診療報酬支払基金
	2	国民健康保険団体連合会

別表 2 都道府県コード

コ　ー　ド　名	コ　　ー　　ド	内　　容
都　道　府　県　コ　ー　ド	０１	北　海　道
	０２	青　　森
	０３	岩　　手
	０４	宮　　城
	０５	秋　　田
	０６	山　　形
	０７	福　　島
	０８	茨　　城
	０９	栃　　木
	１０	群　　馬
	１１	埼　　玉
	１２	千　　葉
	１３	東　　京
	１４	神　奈　川
	１５	新　　潟
	１６	富　　山
	１７	石　　川
	１８	福　　井
	１９	山　　梨
	２０	長　　野
	２１	岐　　阜
	２２	静　　岡
	２３	愛　　知
	２４	三　　重
	２５	滋　　賀
	２６	京　　都
	２７	大　　阪
	２８	兵　　庫
	２９	奈　　良
	３０	和　歌　山
	３１	鳥　　取
	３２	島　　根
	３３	岡　　山
	３４	広　　島
	３５	山　　口
	３６	徳　　島
	３７	香　　川
	３８	愛　　媛
	３９	高　　知
	４０	福　　岡
	４１	佐　　賀
	４２	長　　崎
	４３	熊　　本
	４４	大　　分
	４５	宮　　崎
	４６	鹿　児　島
	４７	沖　　縄

別表 3 点数表コード

コ　ー　ド　名	コ　　ー　　ド	内　　容
点　数　表　コ　ー　ド	1	医　　科

別表 4 診療科名コード

コード名		コード	内容
診療科名コード	診療科コード	０１	内科
		０２	精神科
		０９	小児科
		１０	外科
		１９	皮膚科
		２０	ひ尿器科
		２３	産婦人科（産科又は婦人科）
		２６	眼科
		２７	耳鼻いんこう科
		３０	放射線科（放射線診断科又は放射線治療科）
		３１	麻酔科
		３４	アレルギー科
		３５	リウマチ科
		３６	リハビリテーション科
		３７	病理診断科
		３８	臨床検査科
		３９	救急科
	経過措置診療科コード	０３	神経科
		０４	神経内科
		０５	呼吸器科
		０６	消化器科
		０７	胃腸科
		０８	循環器科
		１１	整形外科
		１２	形成外科
		１３	美容外科
		１４	脳神経外科
		１５	呼吸器外科
		１６	心臓血管外科
		１７	小児外科
		１８	皮膚ひ尿器科
		２１	性病科
		２２	こう門科
		２４	産科
		２５	婦人科
		２８	気管食道科
		３３	心療内科

注　経過措置診療科コードとは、医療法施行令附則（平成２０年２月２７日政令第３６号）の第二条に掲げる診療科である。

別表 5 削除

別表 6 レセプト種別コード（ＤＰＣ）

コード名	コード	内　　容		
レセプト種別(DPC)	１１１１	医科・医保単独/国保単独	・本人/世帯主	・入院
	１１１３	〃　・　〃	・未就学者	・〃
	１１１５	〃　・　〃	・家族/その他	・〃
	１１１７	〃　・　〃	・高齢受給者一般・低所得者	・〃
	１１１９	〃　・　〃	・高齢受給者７割	・〃
	１１２１	〃　・医保/国保と１種の公費併用	・本人/世帯主	・〃
	１１２３	〃　・　〃	・未就学者	・〃
	１１２５	〃　・　〃	・家族/その他	・〃
	１１２７	〃　・　〃	・高齢受給者一般・低所得者	・〃
	１１２９	〃　・　〃	・高齢受給者７割	・〃
	１１３１	〃　・医保/国保と２種の公費併用	・本人/世帯主	・〃
	１１３３	〃　・　〃	・未就学者	・〃
	１１３５	〃　・　〃	・家族/その他	・〃
	１１３７	〃　・　〃	・高齢受給者一般・低所得者	・〃
	１１３９	〃　・　〃	・高齢受給者７割	・〃
	１１４１	〃　・医保/国保と３種の公費併用	・本人/世帯主	・〃
	１１４３	〃　・　〃	・未就学者	・〃
	１１４５	〃　・　〃	・家族/その他	・〃
	１１４７	〃　・　〃	・高齢受給者一般・低所得者	・〃
	１１４９	〃　・　〃	・高齢受給者７割	・〃
	１１５１	〃　・医保/国保と４種の公費併用	・本人/世帯主	・〃
	１１５３	〃　・　〃	・未就学者	・〃
	１１５５	〃　・　〃	・家族/その他	・〃
	１１５７	〃　・　〃	・高齢受給者一般・低所得者	・〃
	１１５９	〃　・　〃	・高齢受給者７割	・〃
	１２１１	〃　・公費単独		・〃
	１２２１	〃　・２種の公費併用		・〃
	１２３１	〃　・３種の公費併用		・〃
	１２４１	〃　・４種の公費併用		・〃
	１３１７	〃　・後期高齢者単独	・一般・低所得者	・〃
	１３１９	〃　・　〃	・７割	・〃
	１３２７	〃　・後期高齢者と１種の公費併用	・一般・低所得者	・〃
	１３２９	〃　・　〃	・７割	・〃
	１３３７	〃　・後期高齢者と２種の公費併用	・一般・低所得者	・〃
	１３３９	〃　・　〃	・７割	・〃
	１３４７	〃　・後期高齢者と３種の公費併用	・一般・低所得者	・〃
	１３４９	〃　・　〃	・７割	・〃
	１３５７	〃　・後期高齢者と４種の公費併用	・一般・低所得者	・〃
	１３５９	〃　・　〃	・７割	・〃
	１４１１	医科・退職者単独	・本人	・入院
	１４１３	〃　・　〃	・未就学者	・〃
	１４１５	〃　・　〃	・家族	・〃
	１４２１	〃　・退職者と１種の公費併用	・本人	・〃
	１４２３	〃　・　〃	・未就学者	・〃
	１４２５	〃　・　〃	・家族	・〃
	１４３１	〃　・退職者と２種の公費併用	・本人	・〃
	１４３３	〃　・　〃	・未就学者	・〃
	１４３５	〃　・　〃	・家族	・〃
	１４４１	〃　・退職者と３種の公費併用	・本人	・〃
	１４４３	〃　・　〃	・未就学者	・〃
	１４４５	〃　・　〃	・家族	・〃
	１４５１	〃　・退職者と４種の公費併用	・本人	・〃
	１４５３	〃　・　〃	・未就学者	・〃
	１４５５	〃　・　〃	・家族	・〃

注　「コード」欄の「１４１１」～「１４５５」は、「「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」の公布について（通知）」（令和５．５．１９　保医発0519第1号）に基づき、令和６年４月診療以降分は記録しない。

別表 7 男女区分コード

コード名	コード	内容
男女区分コード	1	男
	2	女

別表 8 診療識別コード

コード名	コード	内容	
診療識別コード	１１	初　診	
	１３	医学管理	
	１４	在　宅	
	２１	投薬	内　服
	２２	投薬	屯　服
	２３	投薬	外　用
	２４	投薬	調　剤
	２６	投薬	麻　毒
	２７	投薬	調　基
	２８	投薬	投薬その他
	３１	注射	皮下筋肉内
	３２	注射	静脈内
	３３	注射	注射その他
	３９	薬剤料減点	
	４０	処　置	
	５０	手　術	
	５４	麻　酔	
	６０	検査・病理	
	７０	画像診断	
	８０	その他	

別表 9 特定器材単位コード

コ　ー　ド　名	コ　　ー　　ド	内　　容
特定器材単位コード	００１	分
	００２	回
	００３	種
	００４	箱
	００５	巻
	００６	枚
	００７	本
	００８	組
	００９	セット
	０１０	個
	０１１	裂
	０１２	方向
	０１３	トローチ
	０１４	アンプル
	０１５	カプセル
	０１６	錠
	０１７	丸
	０１８	包
	０１９	瓶
	０２０	袋
	０２１	瓶（袋）
	０２２	管
	０２３	シリンジ
	０２４	回分
	０２５	テスト分
	０２６	ガラス筒
	０２７	桿錠
	０２８	単位
	０２９	万単位
	０３０	フィート
	０３１	滴
	０３２	ｍｇ
	０３３	ｇ
	０３４	ｋｇ
	０３５	ｃｃ
	０３６	ｍＬ
	０３７	Ｌ
	０３８	ｍＬＶ
	０３９	バイアル
	０４０	ｃｍ
	０４１	cm^2
	０４２	ｍ
	０４３	μＣｉ
	０４４	ｍＣｉ
	０４５	μｇ

コ　ー　ド　名	コ　　ー　　ド	内　　容
特定器材単位コード	０４６	管（瓶）
	０４７	筒
	０４８	ＧＢｑ
	０４９	ＭＢｑ
	０５０	ＫＢｑ
	０５１	キット
	０５２	国際単位
	０５３	患者当り
	０５４	気圧
	０５５	缶
	０５６	手術当り
	０５７	容器
	０５８	ｍＬ（ｇ）
	０５９	ブリスター
	０６０	シート
	０６１	カセット

別添

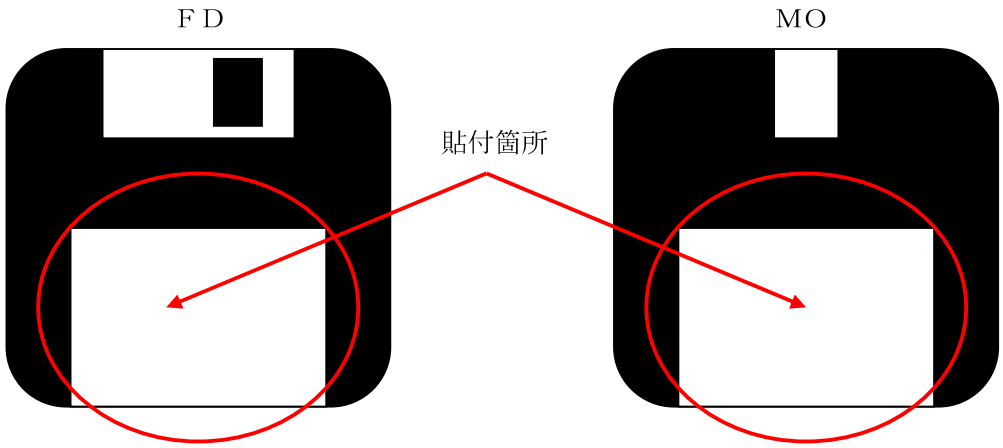
電子媒体への表記

電子媒体への表記については、ファイル名（コーディングデータ）、医療機関コード、保険医療機関名称、診療月分及び提出年月日並びに支払基金又は国保連の別を記載する。

1　ＦＤ・ＭＯへの貼付ラベル

コーディングデータ	支払基金 ・ 国 保 連
医療機関コード	
保険医療機関名称	
診療月分　　年　　月分	
提出年月日　　年　　月　　日	

ＦＤ及びＭＯへのラベルの貼付箇所



２　ＣＤ－Ｒへの表記

レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入すること。



別添３

「訪問看護療養費請求書等の記載要領について」（平成 18 年３月 30 日保医発第 0330008 号）

別紙

訪問看護療養費請求書等の記載要領

Ⅰ　一般的事項

１　訪問看護療養費請求書及び訪問看護療養費明細書（以下「請求書等」という。）については、「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（令和４年厚生労働省告示第 87 号）による改正後の「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条のニの規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式」（平成 20 年厚生労働省告示第 127 号）に定める様式により扱うものであること。

２　請求書等の用紙の大きさはＡ列４番とし、白色紙黒色刷りとすること。

ただし、電子計算機により作成する場合にあっては、Ａ列４番と±６ｍｍ（縦方向）、＋６ｍｍからー４ｍｍ（横方向）程度の差は差し支えないものであること。

３　請求書等は、次の表の区分によるものであること。

訪問看護療養費請求書	国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者に係るものを除く場合	様式第一
	国民健康保険の被保険者に係るものの場合 後期高齢者医療の被保険者に係るものの場合	様式第二 様式第三
訪問看護療養費明細書	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成４年厚生省令第５号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行う体制を有している場合であって、同条に規定する指定訪問看護事業者の使用に係る電子計算機から出力した書面による請求を行う場合	様式第四
	様式第四により請求を行う場合以外の場合	様式第四の二

４　訪問看護療養費を請求しようとするときは、指定訪問看護事業者（以下「事業者」という。）の当該指定に係る事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）ごとに様式第一、様式第二又は様式第三の訪問看護療養費請求書（以下「請求書」という。）に様式第四又は様式第四の二のいずれかの訪問看護療養費明細書（以下「明細書」という。）を添えて審査支払機関に提出すること。

５　同一の指定訪問看護の利用者が指定訪問看護の終了した月と同一の月に再度指定訪問看護の利

用を開始した場合においては、１枚の明細書に併せて記載すること。

６　月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

７　同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、それぞれに係る指定訪問看護が区分できない場合に限り職務上として１枚の明細書の取扱いとすること。

８　電子計算機の場合は、以下によること。

（１）　欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢から〇を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略することとして差し支えないこと。

（２）　枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

（３）　記載する文字は、ＪＩＳＸ０２０８において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

９　請求書等に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載すること。

なお、請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用すること。

10　「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

11　１枚の明細書に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、指定訪問看護の行われた年月、訪問看護ステーションコード、氏名、保険種別（例：１社・国　２本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担番号）、被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

Ⅱ　請求書等の記載要領

第１　請求書に関する事項（様式第一関係）

１　「令和　年　月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。したがって、年月の異なる指定訪問看護に係る明細書がある場合には、それぞれの指定訪問看護が行われた年月分について請求書を作成すること。

なお、指定訪問看護が行われた年月の異なる明細書でも、返戻分の再請求等やむを得ない事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

２　「ステーションコード」欄について

別添１「訪問看護ステーションコード設定要領」により、それぞれの訪問看護ステーションについて定められた訪問看護ステーションコード７桁を記載すること。

３　「別記　　殿」欄について

保険者名、市町村（特別区を含む。）名及び公費負担者名を下記例のとおり「備考」欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

〔例〕　別記　　全国健康保険協会理事長
　　千代田区長
　　東京都知事

４　「令和　年　月　日」欄について

当該請求書を提出する年月日を記載すること。

５　「訪問看護ステーションの所在地及び名称、指定訪問看護事業者氏名」欄について

訪問看護ステーションの所在地及び名称並びに指定訪問看護事業者氏名については、事業者の指定申請の際に地方厚生（支）局長に届け出た当該訪問看護ステーションの所在地、名称及び事業者名を記載すること。

６　「医療保険」欄について

（１）　指定訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち指定訪問看護に係る分及び指定訪問看護単独の者に係る明細書について記載することとし、指定訪問看護単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添２「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

（２）　「件数」欄には明細書の指定訪問看護に係る件数の合計を、「日数」欄には明細書の訪問看護の「実日数」欄の「保険」の項の日数の合計を、「金額」欄には明細書の「合計」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「負担金額」欄には明細書の「合計」欄の「保険」の項に係る「負担金額」の項の合計を記載すること。

なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

（３）　「①合計」欄には、「医保（７０以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上一般・低所得」欄の「小計」欄と、「医保（７０以上７割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（６歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」の「小計」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

７　「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

（１）　指定訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添２「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

（２）　「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、指定訪問看護と２種の公費負担医療（例えば、感染症の

予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号。以下「感染症法」という。）による結核患者の適正医療と障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成 17 年法律第 123 号。以下「障害者総合支援法」という。）による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療（以下「精神通院医療等」という。））の併用の場合は、１枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は２件となること。

（３） 「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「医保」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

（４） 「控除額」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「負担金額」の項に記載されている金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

８ 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

（１） 公費負担医療のみで２種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。公費負担医療が２種の場合、例えば生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）による医療扶助に係る分とその他の公費負担医療に係る分とを併せて請求する場合には「 12(生保) 」欄に記載することとし、これ以外の公費負担医療の組合せについて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法による医療扶助、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等の３種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

（２） 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、１枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、２件ないし３件となること。

（３） 「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した金額が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に３種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法による医療扶助に係る点数は「医保」の「請求」の項の金額を合計して記載すること。

（４） 「控除額」欄の記載方法は、７の（４）と同様であること。

９ 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

（１） 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を

記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号は、別添２「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

（２） 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（３） 「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（４） 「控除額」欄の記載方法は、７の（４）と同様であること。

10 「②合計」欄について

「公費と医保の併用」欄、「公費と公費の併用」欄及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

11 「総件数①＋②」欄について

「① 合計」欄及び「② 合計」欄の請求件数の合計を記載すること。

第１の２ 請求書に関する事項（様式第三関係）

後期高齢者医療の被保険者に係るものの場合の記載要領については、次に掲げる事項を除き、第１の例によること。

１ 「別記　　殿」欄について

各広域連合殿と読み替えるものとすること。

２ 「後期高齢者医療」欄について

（１） 指定訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち指定訪問看護に係る分及び指定訪問看護単独の者に係る明細書について記載すること。

（２） 「件数」欄、「日数」欄及び「金額」欄については、Ⅱの第１の６の（２）と同様であること。

第２の１ 明細書に関する事項（様式第四関係）

１ 「令和　年　月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。

２ 「都道府県番号」欄（様式第四の「県番」欄）について

別添１「訪問看護ステーションコード設定要領」の別表に掲げる都道府県番号表に従い、訪問看護ステーションの所在する都道府県の番号を記載すること。

３ 「訪問看護ステーションコード」欄（様式第四の「訪コ」欄）について

Ⅱの第１の２と同様であること。

４ 「保険種別１」、「保険種別２」及び「本人・家族」欄について

（１） 「保険種別１」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号及び保険種別１のうち１つを記載すること。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険

…… １　社・国

公費負担医療（健康保険、国民健康保険又は後期高齢者医療との併用の場合を除く。）

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２　公費

後期高齢者医療 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ３　後期

（２）「保険種別２」欄については、「保険種別１」欄のそれぞれについて、以下の左に掲げる種別に応じ、右の番号及び保険種別２のうち１つを記載すること。

単独 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １　単独

１種の公費負担医療との併用 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２　２併

２種以上の公費負担医療との併用 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ３　３併

（注）公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ訪問看護医療費を請求するものに限る。）を含むものであること。

（３）「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号及び利用者種別のうち１つを記載すること。なお、未就学者である利用者（６歳に達する日以後最初の３月31 日以前の利用者をいう。以下同じ。）は「４　六歳」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「８　高齢ー」又は「０　高齢７」を記載することとし、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「２　本人」、被保険者（その他（未就学者である利用者及び高齢受給者を除く。））は「６　家族」を記載することとし、それ以外（未就学者である利用者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を記載すること。

２　本人 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２　本人

４　未就学者 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ４　六歳

６　家族 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ６　家族

８　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ８　高齢ー

０　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ０　高齢７

（注）後期高齢者医療一般のうち、１割負担の者と、２割負担の者の判別については、「特記」欄に記載される所得区分により行うため、特段の記載は必要ない。

５　「保険者番号又は公費負担者番号」の「保険」欄について

（１）設定された保険者番号８桁（国民健康保険については６桁）を記載すること（「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年８月７日保険発第 82 号）の別添２（以下「設定要領」という。）の第１を参照）。

（２）公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、記載しないこと。

６　「記号・番号または公費受給者番号」の「保険」欄について

（１）健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「被保険者証等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて「枝番」欄に「枝番」を記載すること。

なお、電子資格確認の場合は、オンラインにより提供された資格情報から、これらの記載

を行うこと。

（２） 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「ー」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。

（３） 被保険者が、月の途中において、記号若しくは番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号又は番号を記載すること。

７ 「実日数」欄について

（１） 「保険」、「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」の項に、「保険」については医療保険、「公①」については第１公費、「公②」については第２公費、「公③」については第３公費、「公④」については第４公費に係る指定訪問看護を行った実日数を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合の第１公費に係る分については、「公①」の項に記載すること。ただし、第１公費に係る分が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る分を省略しても差し支えないこと。また、第２公費以降がある場合において、当該第２公費以降に係る分が第１公費に係る分と同じ場合は、第２公費以降に係る分の記載を省略しても差し支えないこと。

（２） 同一日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合であっても、１日として記載すること。

８ 「請求」及び「一部負担金額」の「保険」、「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」欄について

（１） 「請求」の項には、「保険」、「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」の項に、それぞれ医療保険、第１公費、第２公費、第３公費及び第４公費に係る金額（「摘要」欄の金額の合計をいう。）を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の金額は、「公①」の項に記載すること。ただし、第１公費に係る金額が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第２公費以降がある場合において、当該第２公費以降に係る金額が第１公費に係る金額と同じ場合は、第２公費以降に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。

（２） 「一部負担金額」の「保険」、「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」欄の項については、以下によること。

ア 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）については、以下によること。

医療保険の場合は、利用者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載すること。

利用者の負担額が免除される場合は「免除」、支払が猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。

イ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療については、以下によること。

（ア） 高額療養費が現物給付された者に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担

金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（　）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

（イ）　健康保険法施行令第 43 条第１項並びに同条第５項、国民健康保険法施行令（昭和 33 年政令第 362 号）第 29 条の４第１項並びに同条第３項又は高齢者の医療の確保に関する法律施行令（（平成 19 年政令第 318 号。以下「高齢者医療確保法施行令」という。））第 16 条第１項並びに同条第３項の規定が適用される者の場合は、これらの規定により算定した額（この額に１円未満の端数がある場合において、その端数金額が 50 銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が 50 銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

（ウ）　医療保険の場合は、利用者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、「一部負担金額」の項の減額割合を記載して、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載すること。

　利用者の負担額が免除される場合は「一部負担金額」の項に「免除」、支払が猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。

（エ）　後期高齢者医療の場合で、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「高齢者医療確保法」という。）第 69 条第１項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、「一部負担金額」の項の減額割合を記載して、「円」単位で減額される場合は、減額後の一部負担金の金額を記載すること。また、負担額が免除される場合は「免除」、支払いが猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。

ウ　「一部負担金額」の項中「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」の項については、それぞれ第１公費、第２公費、第３公費及び第４公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る利用者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る利用者の負担額を下回る場合で、「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合はイの(ア)により記載した額を、金額の記載を要しないものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法との併用の場合には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（すなわち、窓口で徴収した額）を記載すること。

　また、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る利用者の負担額については、10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50

号。以下「難病法」という。）による特定医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）に、10 円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る利用者の負担額は「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」の項には記載することを要しないこと。

エ　高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって難病法による特定医療及び肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の２割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る利用者の負担額を下回る場合は、当該２割相当の額（「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入する前の額。）を記載すること。

９　「保険者番号又は公費負担者番号」の「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」欄について

（１）　医療券等に記入されている公費負担者番号８桁を記載すること（設定要領の第２を参照）。

（２）　別添２「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公①」欄に（以下「公①」欄に記載される公費負担者番号を「第１公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公②」欄（以下「公②」欄に記載される公費負担者番号を「第２公費」という。）、「公③」欄（以下「公③」欄に記載される公費負担者番号を「第３公費」という。）、「公④」欄に（以下「公④」欄に記載される公費負担者番号を「第４公費」という。）記載すること。

（３）　保険者番号及び受給者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第１公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第２公費，第３公費及び第４公費として取り扱うものとすること。

10　「記号・番号又は公費受給者番号」の「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」欄について

医療券等に記入されている受給者番号７桁を、第１公費については「公①」欄に、第２公費については「公②」欄に、第３公費については「公③」欄に、第４公費については「公④」欄に記載すること（設定要領の第３を参照）。

11　「特記」欄について

次の表の内容に該当する特記事項を記載する場合は、コードと略称を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	略称	内　　容
０１	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和 48 年 10 月 30 日付保発第 42 号、庁保発第 26 号）による公費負担医療が行われる療養に要

		する費用の額が、健康保険法施行令（大正 15 年勅令第 243 号）第 42 条及び高齢者医療確保法施行令第 15 条に規定する額を超える場合
０２	長	以下のいずれかに該当する場合 ①　高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した利用者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第１号に規定する金額を超えた場合（ただし、利用者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ②　後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した利用者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第 15 条第６項に規定する金額を超えた場合（ただし、利用者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
０４	後保	公費負担医療単独及び公費負担医療併用の場合、請求金額を訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法によった場合
１０	第三	利用者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
１６	長２	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した利用者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第２号に規定する金額を超えた場合（ただし、利用者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
２１	高半	月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が 75 歳に到達した月に訪問看護を受けた者の場合
２６	区ア	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。）、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合

		70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（３割））の提示のみの場合 ②　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
２７	区イ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ｖ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
２８	区ウ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
２９	区エ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合

		①　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみの場合 ②　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
３０	区オ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ））が提示された場合 ②　「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示された場合 ②　「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
４１	区カ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ①　課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみの場合 ②　課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
４２	区キ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ①　課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）又は課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 2

		00 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））の提示のみの場合 ②　課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）又は課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合

※　「区カ」及び「区キ」については、令和４年 10 月１日から適用する。令和４年９月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあっては従前どおり「区エ」を使用されたい。

12　「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「１　職務上」、「２　下船後３月以内」又は「３　通勤災害」のうち該当するものを記載すること。ただし、「１　職務上」及び「３　通勤災害」については、災害発生時が平成 21 年 12 月 31 日以前のものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後３月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「２　下船後３月以内」の番号を記載すること。

なお、次のとおり略称により記載することとしても差し支えないこと。

１　職上（職務上）」、２　下３（下船後３月以内）、 ３　通災（通勤災害）

13　「給付割合」欄について

国民健康保険の場合、該当する給付割合を「給付割合」欄に記載すること。ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

14　「一部負担金区分」欄について

医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療については、以下によること。

（１）　健康保険法施行令第 43 条第１項第２号へ、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号へに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項第１号へに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「一部負担金区分」に「低Ⅰ（低所得１）」と記載すること。

（２）　健康保険法施行令第 43 条第１項第２号ホに掲げる者、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号ホに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項第１号ホに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「一部負担金区分」に「低Ⅱ（低所得Ⅱ）」と記載すること。

15　「訪問看護ステーションの所在地及び名称」欄について

事業者の指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た当該訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

16　「主治医」欄について

（１）　「医療機関」の項に、「名称」として当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の所属する保険医療機関等の名称を記載すること。

「コード」として、「県番」欄に別添１「訪問看護ステーションコード設定要領」の別表に掲げる都道府県番号表に従い、当該保険医療機関が所在する都道府県の番号を記載すること。また、「点数表」欄に当該保険医療機関等が使用する点数表（例えば、医科であれば「１」を記載すること）を、「医療機関コード」欄に当該保険医療機関等のコードをそれぞれ記載すること。

なお、主治医の医療機関等コードについては記載することが望ましいが、確認できなかった場合は空欄でも差し支えないこと。

（２）　「氏名」の項に、当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の氏名を記載すること。

（３）　「直近報告年月日」の項に、訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した主治医に対して、訪問看護計画書若しくは訪問看護報告書又は精神訪問看護計画書若しくは精神訪問看護報告書により報告をした場合には、その最終報告年月日を記載すること。

（４）　月の途中で主治医が変更になった等の事情により、主治医を複数記録する必要がある場合は、一人目の主治医にかかる「名称」、「コード」、「氏名」及び「直近報告年月日」を「主治医」欄へ記載し、二人目以降についての記載は「摘要」欄へ見出しとして＜主治医＞を記載し、「名称」、「コード」、「氏名」及び「直近報告年月日」を記載すること。

17　「氏名」欄について

（１）　指定訪問看護を受けた者の姓名を記載すること。ただし、健康保険、船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

（1）による姓名とは別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

（２）　性別は、「１　男」又は「２　女」のうち該当するものを記載すること。

（３）　生年月日は生まれた年月日を記載すること。なお、元号については「１　明」、「２　大」、「３　昭」、「４　平」又は「５　令」と記載すること。

18　「訪問した場所」欄について

訪問した場所が自宅の場合は「１　自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「２　施設」を、上記に該当しない場合は「５　その他」をそれぞれ記載すること。

なお、月の途中で訪問した場所に変更があった場合等、訪問した場所が複数ある場合は、訪問した場所及び変更した年月日を19(８)「その他」に全て記載すること。

また、訪問した場所については、「２　施設」に該当する場合にあっては、次の表に掲げるコード及び施設等を、「５　その他」に該当する場合にあっては、その場所を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	施設等
０１	社会福祉施設及び身体障害者施設
０２	小規模多機能型居宅介護
０３	複合型サービス
０４	認知症対応型グループホーム
０５	特定施設
０６	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設

19　「情報」欄について

「情報」欄に記載する事項等は次の（１）から（８）まで及び別表Ｉのとおりであること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ｉの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（令和４年４月 22 日付保発 0422 第１号）（本通知が改正された場合は改正後の通知によること。）に基づき、該当するコードを選択すること。

また、「情報」欄の記載順は、「主たる傷病名」、「心身の状態」、「指示期間」、「訪問開始年月日及び終了年月日」、「訪問終了等の状況」、「情報提供」、「特記事項」、「専門の研修」及び「その他」の順で記載すること。

（１）　「主たる傷病名」について

指定訪問看護の利用者の主たる傷病名については、見出しとして＜主たる傷病名＞を記載し、当該指定訪問看護に係る主治医の交付した訪問看護指示書に基づいて、主傷病、副傷病の順に項番及び傷病名をそれぞれ記載すること。

なお、傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（令和４年４月 22 日付保発 0422 第１号）（本通知が改正された場合は改正後の通知によること。）別添３に規定する傷病名を用いること。別添３に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（令和６年３月 27 日医療課事務連絡）に取りまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

（２）　「心身の状態」について

指定訪問看護の利用者の心身の状態については、見出しとして＜心身の状態＞を記載し、訪問看護療養費の算定要件において必要な利用者の状態や日常生活動作（ＡＤＬ）の状態等を具体的に記載すること。

「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（平成 18 年厚生労働省告示第 103 号）第２の１に規定する疾病等の有無について、「１　別表７」、「２　別表８」又は「３　無」の該当するものを記載すること。また、利用者の状態等が別表７、別表８又は同告示第２の３の（２）に規定する超重症児若しくは準超重症児に該当する者は、その利

用者が該当する全ての疾病等について、次の表に掲げる該当するコード及び疾病、状態等を「該当する疾病等」として記載すること。

ｺｰﾄﾞ		疾病、状態等
０１	別表７	末期の悪性腫瘍
０２		多発性硬化症
０３		重症筋無力症
０４		スモン
０５		筋萎縮性側索硬化症
０６		脊髄小脳変性症
０７		ハンチントン病
０８		進行性筋ジストロフィー症
０９		パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））
１０		多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）
１１		プリオン病
１２		亜急性硬化性全脳炎
１３		ライソゾーム病
１４		副腎白質ジストロフィー
１５		脊髄性筋萎縮症
１６		球脊髄性筋萎縮症
１７		慢性炎症性脱髄性多発神経炎
１８		後天性免疫不全症候群
１９		頸髄損傷
２０		人工呼吸器を使用している状態の者
４１	別表８	在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態にある者
４２		在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態にある者
４３		在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者
４４		在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
４５		気管カニューレを使用している状態にある者
４６		留置カテーテルを使用している状態にある者
４７		在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者
４８		在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者
４９		在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者
５０		在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者
５１		在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者

５２		在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者
５３		在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者
５４		在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者
５５		在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者
５６		在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
５７		人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
５８		真皮を越える褥瘡の状態にある者
５９		在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
９１	他	超重症児
９２		準超重症児

精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定した場合は、当該月の初日の指定訪問看護時におけるＧＡＦ尺度により判定した値に対応する次の表に掲げるコードと判定した年月日を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	ＧＡＦ尺度により判定した値
０１	ＧＡＦ尺度１００－９１
０２	ＧＡＦ尺度９０－８１
０３	ＧＡＦ尺度８０－７１
０４	ＧＡＦ尺度７０－６１
０５	ＧＡＦ尺度６０－５１
０６	ＧＡＦ尺度５０－４１
０７	ＧＡＦ尺度４０－３１
０８	ＧＡＦ尺度３０－２１
０９	ＧＡＦ尺度２０－１１
１０	ＧＡＦ尺度１０－１
１１	ＧＡＦ尺度０
２０	家族への訪問看護でありＧＡＦ尺度による判定が行えなかった（当該月に利用者本人への訪問看護を行わなかった）

（３）　「指示期間」について

ア　訪問看護指示又は精神科訪問看護指示の指示期間については、見出しとして＜指示期間＞又は＜精神指示期間＞を記載し、当該指定訪問看護に係る主治医の交付した最新の訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書の指示有効期間（訪問看護療養費又は精神科訪問看護療養費）を示す年月日を記載すること。

なお、指示年月日の記載がない場合は、指示書の有効期間を交付後１か月とみなすこと。

イ　主治医から、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である旨の特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受けた場合は、見出しとして

＜特別指示期間＞又は＜精神特別指示期間＞を記載し、に特別指示の有効期間を示す年月日を記載すること。

なお、請求を行う月の前月に特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、当該請求月においても引き続き当該特別指示による訪問看護を実施した場合にあっては、特別指示があった前月の年月日についても「特別指示期間」又は「精神特別指示期間」欄に記載すること。

（４）「訪問開始年月日及び終了年月日」について

ア「訪問開始年月日」について

（ア）見出しとして＜訪問開始年月日＞と記載し、当該指定訪問看護を開始した年月日を記載すること。

（イ）同一の利用者に対する指定訪問看護の継続中に、当該訪問看護ステーションにおいて、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該訪問看護ステーションの指定訪問看護の内容の継続性が認められて継続して訪問看護ステーションの指定を受けた場合を除き、新たに訪問看護ステーションの指定を受けた日を訪問開始年月日として記載し、「その他」として、その旨を記載すること。

（ウ）同月中に保険種別等の変更があった場合には、その変更があった日を訪問開始年月日として記載し、「その他」として、その旨を記載すること。

イ「終了年月日」ついて

当該指定訪問看護を終了した場合は「訪問終了年月日」、「訪問終了時刻」及び「訪問終了の状況」を記載すること。

（ア）訪問終了年月日については、見出しとして＜訪問終了年月日＞を記載し、訪問終了年月日を記載すること。

（イ）訪問終了時刻については、見出しとして＜訪問終了時刻＞を記載し、最後に訪問した時刻を記載すること。

ウ「訪問終了等の状況」について

（ア）訪問終了の状況については、見出しとして＜訪問終了の状況＞を記載し、症状の軽快により指定訪問看護を必要としなくなった場合は「１　軽快」、介護老人保健施設等に入所した場合は「２　施設」、保険医療機関等に入院した場合は「３　医療機関」又は死亡した場合は「４　死亡」をそれぞれ記載すること。また、上記に該当しない場合は「５　その他」と記載し、その内容を記載すること。

（イ）訪問看護ターミナルケア療養費を算定した場合は、「死亡年月日」、「死亡時刻」及び「死亡した場所」を記載すること。

ａ　死亡年月日については、見出しとして＜死亡年月日＞を記載し、死亡年月日を記載すること。

ｂ　死亡時刻については、見出しとして＜死亡時刻＞を記載し、死亡時刻を記載すること。

ｃ　死亡した場所については、見出しとして＜死亡した場所＞を記載し、死亡した場所が自宅の場合は「１　自宅」、介護保険施設等の場合は「２　施設」、病院の場合は「３　病院」、診療所の場合は「４　診療所」をそれぞれ記載すること。上記

に該当しない場合には、「５　その他」と記載し、その場所を記載すること。

また、死亡した場所が「２　施設」に該当する場合にあっては、18「訪問した場所」に係る表に掲げる施設等のうち該当するコード及び施設等を記載すること。

（５）「情報提供」について

ア　訪問看護情報提供療養費１を算定する場合は、見出しとして＜情報提供先　１市（区）町村等＞を記載し、市町村等への情報提供に係る算定の場合は「１　市（区）町村等」、指定特定相談支援事業者への情報提供に係る算定の場合は「２　指定特定相談支援事業者」を記載すること。

イ　訪問看護情報提供療養費２を算定する場合は、見出しとして＜情報提供先　２学校等＞を記載し、「前回算定年月」として、当該療養費を算定した前回の年月を記載すること（ただし、初めて算定する場合を除く。）。

また、各年度１回までの算定とは別に、入園又は入学に係る算定の場合は「１　入園・入学」、転園又は転学に係る算定の場合は「２　転園・転学」又は医療的ケアの実施方法の変更に係る算定の場合は「３　医療的ケアの変更」を記載すること。

ウ　訪問看護情報提供療養費３を算定する場合は、見出しとして＜情報提供先　３保険医療機関等＞を記載し、利用者の診療を行っている保険医療機関の紹介先が、保険医療機関の場合は「１　保険医療機関」、介護老人保健施設の場合は「２　介護老人保健施設」又は介護医療院の場合は「３　介護医療院」を記載すること。

（６）「特記事項」について

特記事項を記載する場合は、見出しとして＜特記事項＞を記載すること。

ア　指定訪問看護の利用者が、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等第２の１に規定する疾病等の利用者等であって他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「１　他①」、他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「１　他①」及び「２　他②」のそれぞれを記載すること。また、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称を、（８）「その他」に記載すること。

イ　従たる訪問看護ステーションに勤務する看護師等が指定訪問看護を行った場合は、「３　従」を記載すること。

ウ　特別地域訪問看護加算を算定した場合は、「４　特地」を記載し、利用者の住所及び通常の場合訪問に要する時間（片道）を併せて記載すること。

エ　要介護被保険者等で、訪問看護を医療保険（健康保険、国民健康保険及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）で算定している場合は、「５　介」を記載すること。

オ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が 24 時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、往診担当医や訪問看護担当者氏名、担当日等を文書により提供している利用者の場合は、「６　支援」を記載すること。

カ　複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、

「７　同一緊急」を記載するとともに、当該加算のみを算定した日の直前に訪問看護基本療養費または精神科訪問看護基本療養費を算定した年月日を記載すること。また、当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名所を、（８）「その他」に記載すること。

キ　退院支援指導加算を算定した場合であって、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合は、「８　退支」を記載し、死亡日又は再入院日を併せて記載すること。

ク　看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、「９　連」を記載し、介護職員等と同行訪問した日を併せて記載すること。

ケ　緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算を算定した場合は、「10　緊急訪問看護の理由」を記載し、緊急の訪問看護を実施した日と緊急訪問看護の理由を、当該加算を算定した日ごとに併せて記載すること。

（７）「専門の研修」について

専門の研修を記載する場合は、見出しとして＜専門の研修＞を記載すること。

ア　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行い、訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した場合は、基本療養費Ⅰ・Ⅱ（１　緩和ケア）、基本療養費Ⅰ・Ⅱ（２　褥瘡ケア）、基本療養費Ⅰ・Ⅱ（３　人工肛門・人工膀胱ケア）又は基本療養費Ⅰ・Ⅱ（４　特定行為（０１　創傷管理関連））のいずれかを記載すること。

イ　専門管理加算を算定した場合は、以下の項目を記載すること。

（ア）　専門管理加算のイに該当する場合

専門管理加算（１　緩和ケア）、専門管理加算（２　褥瘡ケア）又は専門管理加算（３人工肛門・人工膀胱ケア）のいずれかを記載すること。

（イ）　専門管理加算のロに該当する場合

ａ　専門管理加算（４　特定行為）を記載の上、次の表に掲げる特定行為のうち該当するコードを記載すること。

ｂ　「手順書交付年月日」として、手順書が交付された年月日を記載すること。

ｃ　「直近見直し年月日」として、利用者の主治医とともに、手順書の妥当性を検討した年月日を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	特定行為
０１	気管カニューレの交換
０２	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
０３	膀胱ろうカテーテルの交換
０４	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
０５	創傷に対する陰圧閉鎖療法
０６	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
０７	脱水症状に対する輸液による補正

（８）　「その他」について

ア　（６）のア及びカにおいて、その他に記載することとした他の訪問看護ステーションの所在地及び名称については、以下のとおり記載すること。

（ア）　他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、見出しとして＜他の訪問看護ステーション１＞を記載し、当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。

（イ）　他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、前（ア）と併せて＜他の訪問看護ステーション２＞を記載し、当該２つ目の他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。

イ　月の途中で訪問した場所に変更があった場合等、複数訪問した場所がある場合は、見出しとして＜訪問した場所＞を記載し、訪問した場所を全て記載すること。

また、訪問した場所の変更年月日を記載すること。

20　「訪問日」欄について

（１）　訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定する場合は、指定訪問看護を行った日について、日付の欄に「○」を記載すること。ただし、１日に２回訪問を行った場合は「◎」、１日に３回以上訪問を行った場合は「◇」を記載すること。

（２）　以下の場合にあっては日付の欄に「☆」を記載すること。

ア　訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は訪問看護基本療養費（Ⅱ）における悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合

イ　専門管理加算を算定した場合

緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師が指定訪問看護を行った日については、全ての日付を記載すること。

（３）　特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に基づき指定訪問看護を行った場合は、日付の欄に「△」を記載すること。

（４）　長時間訪問看護加算又は長時間精神科訪問看護加算を算定した場合は、日付の欄に「□」を記載すること。

（５）　複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算を算定した場合は、日付の欄に「▽」を記載すること。

（６）　訪問看護基本療養費（Ⅱ）又は精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）を算定した場合は、日付の欄に「▲」を記載すること。

（７）　複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、日付の欄に「▼」を記載すること。

21　「摘要欄」について

（1）　「負担」欄について

摘要欄に、算定した訪問看護療養費の名称を記載した場合は、当該訪問看護療養費の左側の「負担」欄内に、次の表に掲げる負担区分のうち、当該訪問看護療養費に係る負担区分に該当する負担区分コードを記載すること。

		負担区分コード	医保・国保	公費①	公費②	公費③	公費④
医保・国保と公費又は公費と公費の併用	１者	1	○				
		5		○			
		6			○		
		B				○	
		C					○
	２者	2	○	○			
		3	○		○		
		E	○			○	
		G	○				○
		7		○	○		
		H		○		○	
		I		○			○
		J			○	○	
		K			○		○
		L				○	○
	３者	4	○	○	○		
		M	○	○		○	
		N	○	○			○
		O	○		○	○	
		P	○		○		○
		Q	○			○	○
		R		○	○	○	
		S		○	○		○
		T		○		○	○
		U			○	○	○
	４者	V	○	○	○	○	
		W	○	○	○		○
		X	○	○		○	○

		Y	○		○	○	○
		Z		○	○	○	○
	５者	9	○	○	○	○	○

（２） 訪問看護基本療養費（Ⅰ）を算定する場合

ア　保健師、助産師又は看護師が週３日までの指定訪問看護を行った場合は「区分」に 10 及び 11、「名称」に訪問看護基本療養費１(看護師等)（週３日目まで)、准看護師が行った場合は「区分」に 10 及び 12、「名称」に訪問看護基本療養費１(准看護師)(週３日目まで)、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合は「区分」に 10 及び 14、「名称」に訪問看護基本療養費１(理学療法士等)（週３日目まで)を記載すること。

また、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載し、週４日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。

さらに、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅰ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合は「区分」に 10 及び 13、「名称」に訪問看護基本療養費１(専門の研修を受けた看護師)、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載すること。

また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅰ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

ウ　電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

（３） 訪問看護基本療養費（Ⅱ）を算定する場合

ア　同一建物居住者(「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」(平成 20 年厚生労働省告示第 67 号)に規定するものをいう。以下「同一建物居住者」という。)に対し、週３日までの指定訪問看護を保健師、助産師又は看護師が行った場合は「区分」に 10 及び 15、「名称」に訪問看護基本療養費２(看護師等)(週３日目まで)、准看護師が行った場合は「区分」に 10 及び 16、「名称」に訪問看護基本療養費２(准看護師)(週３日目まで)、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った「区分」に 10 及び 18、「名称」に訪問看護基本療養費２(理学療法士等)（週３日目まで)を記載すること。

また、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載し、週４日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一日に２人に対して訪問した場合は「２人」、同一日に３人以上に対して訪問した場合は「３人以上」を記載し同様に記載すること。

さらに、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅱ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　同一建物居住者に対し、悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合は

「区分」に 10 及び 17、「名称」に訪問看護基本療養費２(専門の研修を受けた看護師)、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載すること。

また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

ウ　電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

（４）　精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)を算定する場合

ア　保健師又は看護師が週３回までの指定訪問看護を行った場合には、１回の指定訪問看護の実施時間に基づき、「区分」に 30 及び 31、「名称」に精神科訪問看護基本療養費１(看護師等)(週３日目まで)、「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれか、作業療法士が行った場合は「区分」に 30 及び 32、「名称」に精神科訪問看護基本療養費１(作業療法士)(週３日目まで)、「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれか、准看護師が行った場合は「区分」に 30 及び 33、「名称」に精神科訪問看護基本療養費１(准看護師等)(週３日目まで)、「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかを記載すること。

また、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載し、週４日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。

さらに、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

（５）　精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定する場合

ア　同一建物居住者に対して、週３回までの指定訪問看護を保健師又は看護師が行った場合には、１回の指定訪問看護の実施時間に基づき、「区分」に 30 及び 34、「名称」に精神科訪問看護基本療養費３(看護師等)(週３日目まで)、「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれか、作業療法士が行った場合は「区分」に 30 及び 35、「名称」に精神科訪問看護基本療養費３(作業療法士)(週３日目まで)、「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれか、准看護師が行った場合は「区分」に 30 及び 36、「名称」に精神科訪問看護基本療養費３(准看護師)(週３日目まで)、「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかを記載すること。

また、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載し、週４日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。同一日に２人に対して訪問した場合は「２人」、同一日に３人以上に対して訪問した場合は「３人以上」を記載し同様に記載すること。

さらに、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

（６）　訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)の加算並びに精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)

の加算について

ア　末期の悪性腫瘍等の利用者又は特別訪問看護指示書が交付された者に対して、必要に応じて１日に２回指定訪問看護を行った場合は、「区分」に 10 及び 19、「名称」に難病等複数回訪問加算（１日に２回の場合）、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月において複数回訪問した日数を記載し、１日に３回以上指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一建物居住者の人数に応じて、「１人又は２人」又は「３人以上」の行に分けて記載すること。

　また、精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者に対して、必要に応じて１日に２回指定訪問看護を行った場合は、「区分」に 30 及び 42、「名称」に精神科複数回訪問加算（１日に２回の場合）、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月において複数回訪問した日数を記載し、１日に３回以上指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一建物居住者の人数に応じて、「１人又は２人」又は「３人以上」の行に分けて記載すること。

　電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを訪問回数に応じて選択すること。

イ　訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合は以下によること。

（ア）　緊急訪問看護加算の場合、「区分」に 10 及び 20、「名称」に緊急訪問看護加算(14 日目まで)又は緊急訪問看護加算(15 日目以降)、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。なお、当該月に算定する日数に応じて、「14 日目まで」又は「15 日目以降」の行に分けて記載すること。

（イ）　精神科緊急訪問看護加算の場合、「区分」に 30 及び 37、「名称」に精神科緊急訪問看護加算(14 日目まで)又は精神科緊急訪問看護加算(15 日目以降)、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。なお、当該月に算定する日数に応じて、「14 日目まで」又は「15 日目以降」の行に分けて記載すること。

ウ　別に厚生労働大臣の定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が 90 分を超える訪問看護を実施した場合は以下によること。

（ア）　長時間訪問看護加算の場合、「区分」に 10 及び 21、「名称」に長時間訪問看護加算、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

（イ）　長時間精神科訪問看護加算の場合、「区分」に 30 及び 38、「名称」に長時間精神科訪問看護加算、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

エ　訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）において、６歳未満の利用者に対して指定訪問看護を実施した場合は以下によること。

（ア）　乳幼児加算(別に厚生労働大臣が定める者を除く。)の場合、「区分」に 10 及び 22、「名称」に乳幼児加算、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問

した日数を記載すること。

（イ） 乳幼児加算(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)の場合、「区分」に 10 及び 22、「名称」に乳幼児加算(厚生労働大臣が定める者)、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

オ 訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)において、別に厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者に対して、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師に保健師、助産師若しくは看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が同行し同時に訪問看護を行った場合は以下によること。

（ア） 「区分」に 10 及び 23、「名称」に複数名訪問看護加算(他の看護師等(准看護師を除く。)と同時)、准看護師が同時に行った場合は「区分」に 10 及び 23、「名称」に複数名訪問看護加算(他の准看護師と同時)、その他職員が同行しハを算定する場合は「区分」に 10 及び 23、「名称」に複数名訪問看護加算(その他職員と同時(別に厚生労働大臣が定める場合を除く。))、その他職員が同行しニを算定する場合は「区分」に 10 及び 23、「名称」に複数名訪問看護加算(その他職員と同時(別に厚生労働大臣が定める場合に限る。))を記載すること。

（イ） 「金額（円）」に該当する金額、「日数（日）」に当該月に訪問した日数を記載すること。その他職員が同行しニを算定する場合は、１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「１日に１回」、「１日に２回」又は「１日に３回以上」の行に分けて記載すること。なお、同一建物居住者の人数に応じて、「１人又は２人」又は「３人以上」の行に分けて記載すること。

（ウ） 電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した複数の者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

カ 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)において、訪問看護ステーションの保健師又は看護師に保健師、看護師又は作業療法士が同行し同時に訪問看護を行った場合は以下によること。

（ア） 「区分」に 30 及び 39、「名称」に複数名精神科訪問看護加算(他の保健師、看護師又は作業療法士と同時)、准看護師が同時に行った場合は「区分」に 30 及び 39、「名称」に複数名精神科訪問看護加算(准看護師と同時)、看護補助者又は精神保健福祉士が同時に行った場合は「区分」に 30 及び 39、「名称」に複数名精神科訪問看護加算(看護補助者又は精神保健福祉士と同時)を記載すること。

（イ） 「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。複数名精神科訪問看護加算(他の保健師、看護師又は作業療法士と同時)及び複数名精神科訪問看護加算(准看護師と同時)を算定する場合には、１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「１日に１回」、「１日に２回」又は「１日に３回以上」の行に分けて記載すること。なお、同一建物居住者の人数に応じて、「１人又は２人」又は「３人以上」の行に分けて記載すること。

（ウ） 電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した複数の者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

キ 夜間(午後６時から午後 10 時まで)又は早朝(午前６時から午前８時まで)に指定訪問看

護を行った場合は以下によること。

（ア） 夜間・早朝訪問看護加算(訪問看護基本療養費)の場合、「区分」に 10 及び 24、「名称」に夜間・早朝訪問看護加算(訪問看護基本療養費)、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

（イ） 夜間・早朝訪問看護加算(精神科訪問看護基本療養費)の場合、「区分」に 30 及び 40、「名称」に夜間・早朝訪問看護加算(精神科訪問看護基本療養費)、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

ク 深夜(午後 10 時から午前６時まで)に指定訪問看護を行った場合は以下によること。

（ア） 深夜訪問看護加算(訪問看護基本療養費)の場合、「区分」に 10 及び 25、「名称」に深夜訪問看護加算(訪問看護基本療養費)、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

（イ） 深夜訪問看護加算(精神科訪問看護基本療養費)の場合、「区分」に 30 及び 41、「名称」に深夜訪問看護加算(精神科訪問看護基本療養費)、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

（７） 訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定する場合

ア 訪問看護基本療養費(Ⅲ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている利用者に対して、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問看護を行った場合には「区分」10 及び 26、「名称」に訪問看護基本療養費３、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定した回数を記載すること。

イ 精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている利用者に対して、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士が指定訪問看護を行った場合には「区分」30 及び 43、「名称」に精神科訪問看護基本療養費４、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定した回数を記載すること。

ウ 電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

（８） 月の途中で、利用者の住所変更等の理由により加算の算定の有無に異動があった場合には、行を改めて、それぞれの場合について、算定額、当該月に行った指定訪問看護を行った日数を記載すること。

（９） 同一の指定訪問看護において複数の者が行った場合は、主として指定訪問看護を提供した１人の者についてのみ１日として記載すること(難病等複数回訪問加算及び精神科複数回訪問加算並びに複数名訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護加算の算定日を除く。)。

(10) 「管理療養費」について

ア 次により記載すること。

（ア） 月の初日の訪問の場合は、「区分」に 50 及び 51、「名称」に訪問看護管理療養費(月の初日の訪問の場合)(機能強化型訪問看護管理療養費１)、(機能強化型訪問看護管理療養費２)、(機能強化型訪問看護管理療養費３)又は(イからハまで以外)、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

（イ） 月の２日目以降の訪問の場合は、「区分」に 50 及び 51、「名称」に訪問看護管理療養費(月の２日目以降の訪問の場合)(訪問看護管理療養費１)又は(訪問看護管理療養費２)、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に訪問した日数から１を引いた数を記載すること。

イ　管理療養費の各加算については、当該月に算定した加算の内容を次のとおり記載すること。

（ア） 24 時間対応体制加算を算定した場合には、「区分」に 50 及び 52、「名称」に 24 時間対応体制加算(看護業務の負担軽減の取組を行っている場合)又は 24 時間対応体制加算(イ以外の場合)、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

（イ） 特別管理加算を算定した場合には、「区分」に 50 及び 53、「名称」に特別管理加算又は特別管理加算(特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者)、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

（ウ） 退院時共同指導加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 54、「名称」に退院時共同指導加算、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に退院時共同指導加算を算定した回数を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても１回に限り算定すること。

さらに、当該利用者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者で特別管理指導加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 54、「名称」に特別管理指導加算、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に特別管理指導加算を算定した回数を記載すること。特別管理指導加算は、厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については当該入院中に２回に限り算定できる。

電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指導を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

（エ） 退院支援指導加算を算定した場合は、次により記載すること。

ａ　退院支援指導加算(長時間行った場合を除く。)を算定した場合は、「区分」に 50 及び 55、「名称」に退院支援指導加算、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に該当月に算定した回数を記載すること。

ｂ　退院支援指導加算(長時間行った場合に限る。)を算定した場合は、「区分」に 50 及び 55、「名称」に退院支援指導加算(別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者)、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に該当月に算定した回数を記載すること。

ｃ　電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指導を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

（オ） 在宅患者連携指導加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 56、「名称」に在宅患者連携指導加算、「金額(円)」該当する金額と記載すること。

電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指導を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

（カ） 在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 57、

「名称」に在宅患者緊急時等カンファレンス加算、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した回数を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても１回に限り算定すること。

電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、カンファレンスに参加し、療養上必要な指導を行った者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(キ) 精神科重症患者支援管理連携加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 58、「名称」に精神科重症患者支援管理連携加算、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(ク) 看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 59、「名称」に看護・介護職員連携強化加算、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、支援を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(ケ) 専門管理加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 60、「名称」に専門管理加算(緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合)又は専門管理加算(特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合)、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(コ) 訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 61、「名称」に訪問看護医療ＤＸ情報活用加算、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(11) 「訪問看護情報提供療養費」について

当該月において、当該指定訪問看護の利用者の指定訪問看護の状況等の情報を提供した場合は、「区分」に 70 及び 70、「名称」に訪問看護情報提供療養費１、訪問看護情報提供療養費２又は訪問看護情報提供療養費３、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(12) 「訪問看護ターミナルケア療養費」について

ア 訪問看護ステーションが、在宅で死亡した利用者について、死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に２回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定(退院支援指導加算を含む)し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制について利用者及びその家族に対して説明を行った上でターミナルケアを行った場合は、「区分」に 80 及び 81、「名称」にターミナルケア療養費１又はターミナルケア療養費２、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

イ 遠隔死亡診断補助加算を算定した場合は、「区分」に 80 及び 82、「名称」に遠隔死亡診断補助加算、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(13) 「訪問看護ターミナルケア療養費」について

ア 訪問看護ステーションが、在宅で死亡した利用者について、死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に２回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定(退院支援指導加算を含む)し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制につ

いて利用者及びその家族に対して説明を行った上でターミナルケアを行った場合は、「区分」に 80 及び 81、「名称」にターミナルケア療養費１又はターミナルケア療養費２、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

イ　遠隔死亡診断補助加算を算定した場合は、「区分」に 80 及び 82、「名称」に遠隔死亡診断補助加算、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

電子レセプトによる請求の場合、(15)に記載する表に掲げる職種等のうち、医師の死亡診断の補助を行った者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(14)　「訪問看護ベースアップ評価料」について

ア　訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)を算定した場合には、「区分」に 90 及び 91、「名称」に訪問看護ベースアップ評価料(１)、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

イ　訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)を算定した場合には、「区分」に 90 及び 92、「名称」に訪問看護ベースアップ評価料(２)１から 18 までのいずれか、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(15)　(１)から(14)までのうち、該当する職種の職種等コードを選択することとしているものについては、次の表に掲げる職種等コードを記載すること。

ｺｰﾄﾞ						内容	
１回目		２回目		３回目以降			
０１	５１	１１	６１	２１	７１	保健師	・同日複数回の指定訪問看護を実施し、訪問回ごとの職種等コードを記録する場合は、それぞれ「１回目」から「３回目以降」の該当する列のコードを使用して記録する。 ・同日に４回以上の指定訪問看護を実施した場合は、３回目以降の任意の訪問回の職種を「３回目以降」のコードを使用して記録する。
０２	５２	１２	６２	２２	７２	助産師	
０３	５３	１３	６３	２３	７３	看護師（悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師を除く）	
０４	５４	１４	６４	２４	７４	理学療法士	
０５	５５	１５	６５	２５	７５	作業療法士	
０６	５６	１６	６６	２６	７６	言語聴覚士	
０７	５７	１７	６７	２７	７７	准看護師	
０８	５８	１８	６８	２８	７８	悪性腫瘍の利用者に対す	

						る緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師	・上記以外の場合は、「１回目」の列のコードを使用して記録する。 ・従たる訪問看護ステーションに勤務する者が指定訪問看護を行った場合は、「５１」～「８０」のいずれかを記録する。
０９	５９	１９	６９	２９	７９	看護補助者	
１０	６０	２０	７０	３０	８０	精神保健福祉士	

22　後期高齢者医療におけるその他

高齢者医療確保法第 50 条第２号に該当する者(65 歳から 75 歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者)が 75 歳に到達した月に療養を受けた場合(自己負担限度額が２分の１とならない場合)には、19(６)「特記事項」として「11　障害」と記載すること。

第２の２　明細書に関する事項（様式第四の二関係）

１　「令和　年　月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。

２　「都道府県番号」欄について

別添１「訪問看護ステーションコード設定要領」の別表に掲げる都道府県番号表に従い、訪問看護ステーションの所在する都道府県の番号を記載すること。

３　「訪問看護ステーションコード」欄について

Ⅱの第１の２と同様であること。

４　「６訪問」における「１　社・国　２　公費　３　後期」（以下「保険種別１」という。）、「１　単独　２　２併　３　３併」（以下「保険種別２」という。）及び「２　本人４　六歳　６　家族」欄について

（１）　「保険種別１」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、該当する番号を○で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険
…… １　社・国

公費負担医療（健康保険、国民健康保険又は後期高齢者医療との併用の場合を除く。）
…… ２　公費

後期高齢者医療
…… ３　後期

（２）　「保険種別２」欄については、「保険種別１」欄のそれぞれについて、以下の左に掲げる

種別に応じ、該当する番号を〇で囲むこと。

単独 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １　単独

１種の公費負担医療との併用 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２　２併

２種以上の公費負担医療との併用 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ３　３併

（注）　公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業を含むものであること。

（３）　「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち１つを〇で囲むこと。なお、未就学者である利用者（６歳に達する日以後最初の３月 31 日以前の利用者をいう。以下同じ。）は「４」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「８」又は「０」を〇で囲むこととし、また、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「２」、被保険者（その他（未就学者である利用者及び高齢受給者を除く。））は「６」を〇で囲むこととし、それ以外（未就学者である利用者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を〇で囲むこと。

なお、「２　本人」（若しくは「２　本」）、「４　六歳」（若しくは「４　六」）、「６　家族」（若しくは「６　家」）、「８　高齢一」（若しくは「８　高一」）又は「０　高齢７」（若しくは「０　高７」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

２　本人 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２　本人

４　未就学者 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ４　六歳

６　家族 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ６　家族

８　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ８　高齢一

０　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ０　高齢７

（注）　後期高齢者医療一般のうち、１割負担の者と、２割負担の者の判別については、「特記」欄に記載される所得区分により行うため、特段の記載は必要ない。

（４）　電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

ア　当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

イ　選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

５　「保険者番号」欄について

（１）　設定された保険者番号８桁（国民健康保険については６桁）を記載すること（設定要領の第１を参照）。

（２）　公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

６　「給付」欄について

国民健康保険の場合、該当する給付割合を〇で囲むか、（　）の中に給付割合を記載すること。ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

７　「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

（１）　健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び

特別療養費受給票等（以下「被保険者証等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。

（２） 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「ー」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。また、枝番は「（枝番）」の後ろに記載すること。

（３） 当該記号及び番号のうち〇で囲んだ文字に代えて当該文字を（ ）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に入りきらない等の場合は、（ ）を省略しても差し支えないこと。

なお、被保険者が、月の途中において、記号若しくは番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号又は番号を記載すること。

８ 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

（１） 医療券等に記入されている公費負担者番号８桁を記載すること（設定要領の第２を参照）。

（２） 別添２「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担者番号を「第１公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担者番号を「第２公費」という。）記載すること。

（３） 保険者番号及び受給者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第１公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第２公費として取り扱うものとすること。

９ 「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について

医療券等に記入されている受給者番号７桁を、第１公費については「公費負担医療の受給者番号①」欄に、第２公費については「公費負担医療の受給者番号②」欄に記載すること（設定要領の第３を参照）。

10 「氏名」欄について

（１） 指定訪問看護を受けた者の姓名を記載すること。ただし、健康保険、船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

また、上記により記載した姓名とは別にカタカナによる姓名を記載することが望ましい。

（２） 性別は該当するものを〇で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「１　男」又は「２　女」と記載しても差し支えないこと。

（３） 生年月日は以下によること。

ア　該当する元号を〇で囲み、生まれた年月日を記載すること。

イ　電子計算機の場合は、元号については「１　明」、「２　大」、「３　昭」、「４　平」又は「５　令」と記載すること。

11　「訪問した場所」欄について

訪問した場所が自宅の場合は「１　自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「２　施設」を、上記に該当しない場合は「３　その他」をそれぞれ〇で囲むこと。

なお、月の途中で訪問した場所に変更があった場合等、複数に該当する場合については、該当するものを全て〇で囲むこと。

また、訪問した場所が「２　施設」に該当する場合にあっては、次の表に掲げる施設等のうち該当するコードを、「３　その他」に該当する場合にあってはその場所をそれぞれの（　　）に記載すること。

ｺｰﾄﾞ	施設等
０１	社会福祉施設及び身体障害者施設
０２	小規模多機能型居宅介護
０３	複合型サービス
０４	認知症対応型グループホーム
０５	特定施設
０６	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設

12　「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「１　職務上」、「２　下船後３月以内」又は「３　通勤災害」のうち該当するものを〇で囲むこと。ただし、「１　職務上」及び「３　通勤災害」については、災害発生時が平成 21 年 12 月 31 日以前のものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後３月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「２　下船後３月以内」の番号を〇で囲むこと。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

１　職上（職務上）、　　２　下３（下船後３月以内）、　　３　通災（通勤災害）

13　「特記」欄について

次の表の内容に該当する特記事項を記載する場合は、略称を記載すること。

なお、電子計算機の場合はコードと略称を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	略称	内　　容
０１	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和 48 年 10 月 30 日付保発第 42 号、庁保発第 26 号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正 15 年勅令第 243 号）第 42 条及び高齢者医療確保法施行令第 15 条に規定する額を超える場合
０２	長	以下のいずれかに該当する場合 ①　高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した利用者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第１号に規定する金額を超えた場合

		（ただし、利用者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した利用者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第 15 条第６項に規定する金額を超えた場合（ただし、利用者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
０４	後保	公費負担医療単独及び公費負担医療併用の場合、請求金額を訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法によった場合
１０	第三	利用者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
１６	長２	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した利用者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第２号に規定する金額を超えた場合（ただし、利用者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
２１	高半	月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が 75 歳に到達した月に訪問看護を受けた者の場合
２６	区ア	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示された場合 ② 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。）、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（３割））の提示のみの場合 ② 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっ

		ては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
２７	区イ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
２８	区ウ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
２９	区エ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受

		給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみの場合 ② 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
３０	区オ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ））が提示された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
４１	区カ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみの場合 ② 課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
４２	区キ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）又は課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））の提示のみの場合 ② 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）又は課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後

		期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合

※　「区カ」及び「区キ」については、令和４年 10 月１日から適用する。令和４年９月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあっては従前どおり「区エ」を使用されたい。

14　「訪問看護ステーションの住所地及び名称」欄について

事業者の指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た当該訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

15　「主治医」欄について

（１）　「医療機関の名称」の項に、当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の所属する保険医療機関等の名称を記載すること。

（２）　「氏名」の項に、当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の氏名を記載すること。

（３）　「直近報告年月日」の項に、訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した主治医に対して、訪問看護計画書若しくは訪問看護報告書又は精神訪問看護計画書若しくは精神訪問看護報告書により報告をした場合には、その最終報告年月日を記載すること。

16　「主たる傷病名」欄について

指定訪問看護の利用者の主たる傷病名については、当該指定訪問看護に係る主治医の交付した訪問看護指示書に基づいて、主傷病、副傷病の順に１から３の項目欄にそれぞれ記載するが、必要に応じて１から３の項目順以降に別途記載してもよい。

17　「心身の状態」欄について

指定訪問看護の利用者の心身の状態を記載するものとし、訪問看護療養費の算定要件において必要な利用者の状態や日常生活動作（ＡＤＬ）の状態等を具体的に記載すること。

「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（平成 18 年厚生労働省告示第 103 号）第２の１に規定する疾病等の有無について、「１　別表７」、「２　別表８」又は「３　無」の該当する数字を〇で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、〇に代えて（　　）等を使用して記載することも差し支えないこと。また、利用者の状態等が別表７、別表８又は同告示第２の３の（２）に規定する超重症児若しくは準超重症児に該当する者は、その利用者が該当する全ての疾病等について、次の表に掲げる該当するコードを「該当する疾病等」の欄に記載すること。

ｺｰﾄﾞ		疾病、状態等
０１	別表７	末期の悪性腫瘍
０２		多発性硬化症
０３		重症筋無力症
０４		スモン
０５		筋萎縮性側索硬化症

０６		脊髄小脳変性症
０７		ハンチントン病
０８		進行性筋ジストロフィー症
０９		パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））
１０		多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）
１１		プリオン病
１２		亜急性硬化性全脳炎
１３		ライソゾーム病
１４		副腎白質ジストロフィー
１５		脊髄性筋萎縮症
１６		球脊髄性筋萎縮症
１７		慢性炎症性脱髄性多発神経炎
１８		後天性免疫不全症候群
１９		頸髄損傷
２０		人工呼吸器を使用している状態の者
４１	別表８	在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態にある者
４２		在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態にある者
４３		在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者
４４		在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
４５		気管カニューレを使用している状態にある者
４６		留置カテーテルを使用している状態にある者
４７		在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者
４８		在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者
４９		在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者
５０		在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者
５１		在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者
５２		在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者
５３		在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者
５４		在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者
５５		在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者
５６		在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
５７		人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
５８		真皮を越える褥瘡の状態にある者
５９		在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
９１	他	超重症児

９２		準超重症児

また、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定した場合は、当該月の初日の指定訪問看護時におけるＧＡＦ尺度により判定した値に対応する次の表に掲げるコードと判定した年月日を「ＧＡＦ」の欄に記載すること。

ｺｰﾄﾞ	ＧＡＦ尺度により判定した値
０１	ＧＡＦ尺度１００－９１
０２	ＧＡＦ尺度９０－８１
０３	ＧＡＦ尺度８０－７１
０４	ＧＡＦ尺度７０－６１
０５	ＧＡＦ尺度６０－５１
０６	ＧＡＦ尺度５０－４１
０７	ＧＡＦ尺度４０－３１
０８	ＧＡＦ尺度３０－２１
０９	ＧＡＦ尺度２０－１１
１０	ＧＡＦ尺度１０－１
１１	ＧＡＦ尺度０
２０	家族への訪問看護でありＧＡＦ尺度による判定が行えなかった（当該月に利用者本人への訪問看護を行わなかった）

18　「訪問開始年月日」欄について

（１）　当該指定訪問看護を開始した年月日を記載すること。

（２）　同一の利用者に対する指定訪問看護の継続中に、当該訪問看護ステーションにおいて、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該訪問看護ステーションの指定訪問看護の内容の継続性が認められて継続して訪問看護ステーションの指定を受けた場合を除き、新たに訪問看護ステーションの指定を受けた日を訪問開始年月日として記載し、「特記事項」欄にその旨を記載すること。

（３）　同月中に保険種別等の変更があった場合には、その変更があった日を訪問開始年月日として記載し、「特記事項」欄にその旨を記載すること。

19　「訪問終了年月日時刻」欄について

当該指定訪問看護を終了した年月日及び最後に訪問した時刻を記載すること。

20　「訪問終了の状況」欄について

症状の軽快により指定訪問看護を必要としなくなった場合は「１　軽快」、介護老人保健施設等に入所した場合は「２　施設」、保険医療機関等に入院した場合は「３　医療機関」又は死亡した場合は「４　死亡」の該当する番号をそれぞれ〇で囲むこと。また上記に該当しない場合は「５　その他」の番号を〇で囲み、その内容を（　　）に記載すること。

21　「死亡の状況」欄について

訪問看護ターミナルケア療養費を算定した場合、「時刻」欄には死亡年月日及び時刻を記載し、「場所」欄には、死亡した場所が自宅の場合は「１　自宅」、介護保険施設等の場合は「２　施設」、病院の場合は「３　病院」、診療所の場合は「４　診療所」の該当する番号をそれぞれ○で囲むこと。上記に該当しない場合には、「５　その他」の番号を○で囲み、その場所を（　　）に記載すること。

また、死亡した場所が「２　施設」に該当する場合にあっては、11 の表に掲げる施設等のうち該当するコードを記載すること。

22　「指示期間」欄について

（１）　当該指定訪問看護に係る主治医の交付した最新の訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書の指示有効期間（訪問看護療養費又は精神科訪問看護療養費）を示す年月日を記載すること。

なお、指示年月日の記載がない場合は、指示書の有効期間を交付後１か月とみなすこと。

（２）　主治医から、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である旨の特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受けた場合は、「（特別指示期間）」又は「（精神特別指示期間）」欄に特別指示の有効期間を示す年月日を記載すること。

なお、請求を行う月の前月に特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、当該請求月においても引き続き当該特別指示による訪問看護を実施した場合にあっては、特別指示があった前月の年月日についても「（特別指示期間）」又は「（精神特別指示期間）」欄に記載すること。

23　「基本療養費Ⅰ」、「基本療養費Ⅱ」、「基本療養費Ⅰ及びⅡの加算」、「基Ⅲ」、「精神科基本療養費Ⅰ」、「精神科基本療養費Ⅲ」、「精神科基本療養費Ⅰ及びⅢの加算」及び「精Ⅳ」欄について

（１）　訪問看護基本療養費（Ⅰ）を算定する場合

ア　保健師、助産師又は看護師が週３日までの指定訪問看護を行った場合は⑪の「看護師等」の項に「×，×××」円、准看護師が行った場合は⑫の「准看護師」の項に「×，×××」円、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合は⑭の「理学療法士等」の項に「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載し、週４日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅰ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合は以下により記載すること。

（ア）　⑬の「専門の研修を受けた看護師」の項に「××，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅰ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

（イ）　「専門の研修」欄における「基本療養費Ⅰ・Ⅱ」の項について、「１　緩和ケア」、「２　褥瘡ケア」又は「３　人工肛門・人工膀胱ケア」のいずれかを○で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、上記○に代えて（　）等を使用して記載することも差

し支えないこと。

（２） 訪問看護基本療養費(Ⅱ)を算定する場合

ア 「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 67 号）に規定する同一建物居住者に対し、週３日までの指定訪問看護を保健師、助産師又は看護師が行った場合は⑮の「看護師等」の項に「×，×××」円、准看護師が行った場合は⑯の「准看護師」の項に「×，×××」円、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合は⑱の「理学療法士等」の項に「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載し、週４日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一日に３人以上に対して訪問した場合は、「３人以上」の項に同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ 「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」に規定する同一建物居住者に対し、悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合は以下によること。

（ア） ⑰の「専門の研修を受けた看護師」の項に「××，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、同一日に３人以上に対して訪問した場合は、「３人以上」の項に同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅱ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

（イ） 「専門の研修」欄における「基本療養費Ⅰ・Ⅱ」の項について、「１　緩和ケア」、「２　褥瘡ケア」又は「３　人工肛門・人工膀胱ケア」のいずれかを〇で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、上記〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

（３） 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)を算定する場合

保健師又は看護師が週３回までの指定訪問看護を行った場合には、１回の指定訪問看護の実施時間に基づき、㉛の「看護師等」の項の「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかに「×，×××」円、作業療法士が行った場合は㉜の「作業療法士」の項の「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかに「×，×××」円、准看護師が行った場合は㉝の「准看護師」の項の「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかに「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載し、週４日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

（４） 精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定する場合

「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」に規定する同一建物居住者に対して、週３回までの指定訪問看護を保健師又は看護師が行った場合には、１回の指定訪問看護の実施時間に基づき、㉞の「看護師等」の項の「30 分以上」又は「30 分未満」のい

ずれかに「×，×××」円、作業療法士が行った場合は㉟の「作業療法士」の項の「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかに「×，×××」円、准看護師が行った場合は㊱の「准看護師」の項の「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかに「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載し、週４日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一日に３人以上に対して訪問した場合は、「３人以上」の項に同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

（５） 訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）の加算並びに精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)の加算について

ア 末期の悪性腫瘍等の利用者又は特別訪問看護指示書が交付された者に対して、必要に応じて１日に２回指定訪問看護を行った場合は、⑲の「難病等複数回訪問加算」欄に、「×，×××」円、当該月において複数回訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載し、１日に３回以上指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一建物居住者の人数に応じて、「１人又は２人」又は「３人以上」の行に分けて記載すること。

また、精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者に対して、必要に応じて１日に２回指定訪問看護を行った場合は、㊷の「精神科複数回訪問加算」欄に、「×，×××」円、当該月において複数回訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載し、１日に３回以上指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一建物居住者の人数に応じて、「１人又は２人」又は「３人以上」の行に分けて記載すること。

イ 訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合は、次により⑳の「緊急訪問看護加算」欄又は㊲の「精神科緊急訪問看護加算」欄に記載すること。

（ア） 月 14 日目までの場合は、左側の「 円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（イ） 月 15 日目以降の場合は、中央の「 円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（ウ） 右側の「 円」の項には、(ア)及び(イ)により計算した合計金額を記載すること。

ウ 別に厚生労働大臣の定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が 90 分を超える訪問看護を実施した場合は、㉑の「長時間訪問看護加算」欄又は㊳の「長時間精神科訪問看護加算」欄に「×，×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

エ 訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)において、６歳未満の利用者に対して指定訪問看護を実施した場合は、次により㉒の「乳幼児加算」欄に記載すること。

（ア） 乳幼児加算（厚生労働大臣が定める者を除く。）の場合は、左側の「 円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（イ） 乳幼児加算（厚生労働大臣が定める者に限る。）の場合は、中央の「 円」の項

に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（ウ） 右側の「 円」の項には、(ア)及び(イ)により計算した合計金額を記載すること。

オ 訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)において、別に厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者に対して、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師に保健師、助産師又は看護師が同行し同時に訪問看護を行った場合は㉓の「複数名訪問看護加算」欄の「看護師等」の項に「×，×××」円、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が同時に行った場合は「理学療法士等」の項に「×，×××」円、准看護師が同時に行った場合は「准看護師」の項に「×，×××」円、その他職員が同行しハを算定する場合は「その他職員ハ」の項に「×，×××」円、その他職員が同行しニを算定する同時に行った場合は「その他職員ニ」の項に１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「×，×××」円と記載し、当該月において訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、同一建物居住者の人数に応じて、「１人又は２人」又は「３人以上」の行に分けて記載すること。

また、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)において、訪問看護ステーションの保健師又は看護師に保健師又は看護師が同行し同時に訪問看護を行った場合は㊴の「複数名精神科訪問看護加算」欄の「看護師等」の項に１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「×，×××」円、作業療法士が同時に行った場合は「作業療法士」の項に１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「×，×××」円、准看護師が同時に行った場合は「准看護師」の項に１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「×，×××」円、看護補助者が同時に行った場合は「看護補助者」の項に「×，×××」円、精神保健福祉士が同時に行った場合は「精神保健福祉士」の項に「×，×××円」と記載し、当該月において訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、同一建物居住者の人数に応じて、「１人又は２人」又は「３人以上」の行に分けて記載すること。

カ 夜間（午後６時から午後 10 時まで）又は早朝（午前６時から午前８時まで）に指定訪問看護を行った場合は㉔又は㊵の「夜間・早朝訪問看護加算」欄に「×，×××」円、深夜（午後 10 時から午前６時まで）に指定訪問看護を行った場合は㉕又は㊶の「深夜訪問看護加算」欄に「×，×××」円、それぞれ当該月において訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

（６） 訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定する場合

ア 訪問看護基本療養費(Ⅲ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている利用者に対して、保健師、助産師、看護師又は准看護師が指定訪問看護を行った場合には㉖の「看護師等」の項に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合には㉖の「理学療法士等」の項に「×，×××」円、当該月に訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

イ 精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている利用者に対して、保健師、看護師又は准看護師が指定訪問看護を行った場合には㊸の「看護師等」の項に、作業療法士が行った場合には㊸の「作業療法士」の項に「×，×××」円、当該月に精神科訪問看護基本療養費

(Ⅳ)を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

（７） 月の途中で、利用者の住所変更等の理由により加算の算定の有無に異動があった場合には、項目を縦に二分し、それぞれの場合について、算定額、当該月に行った指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

（８） 同一の指定訪問看護において複数の者が行った場合は、いずれか１人の者についてのみ１日として記載すること（複数名訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護加算の算定日を除く。）。

（９） 指定訪問看護の利用者が、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等第２の１に規定する疾病等の利用者等であって他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「特記事項」欄の「１　他①」の数字を○で囲み、他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「特記事項」欄の「１　他①」及び「２　他②」のそれぞれの数字を○で囲むとともに、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称をそれぞれ記載すること。なお、電子計算機の場合は、「１　他①」又は「２　他②」の○に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(10) 従たる訪問看護ステーションに勤務する看護師等が指定訪問看護を行った場合は、訪問看護療養費明細書の「特記事項」欄の「３　従」の数字を○で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「３　従」の○に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(11) 特別地域訪問看護加算を算定した場合は、「特記事項」欄の「４　特地」の数字を○で囲み、利用者の住所及び通常の場合訪問に要する時間（片道）を併せて記載すること。

なお、電子計算機の場合は、「４　特地」の○に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(12) 要介護被保険者等で、訪問看護を医療保険（健康保険、国民健康保険及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）で算定している場合は、「特記事項」欄の「５　介」の数字を○で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「５　介」の○に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(13) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が 24 時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、往診担当医や訪問看護担当者氏名、担当日等を文書により提供している利用者の場合は、「特記事項」欄の「６　支援」の数字を○で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「６　支援」の○に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(14) 緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算を算定した場合は、「特記事項」欄の「10　緊急訪問看護の理由」の数字を○で囲み、緊急の訪問看護を実施した日と緊急訪問看護の理由を、当該加算を算定した日ごとに併せて記載すること。

なお、電子計算機の場合は、「10　緊急訪問看護の理由」の○に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。また、緊急訪問看護の理由を「特記事項」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、指定訪問看護の行われた年

月、訪問看護ステーションコード、氏名、保険種別（例：１社・国　２本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担番号）、被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

24　「管理療養費」欄について

（１）　次により記載すること。

ア　月の初日の訪問の場合は、㊶の「管理療養費」欄の左側の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

イ　月の２日目以降の訪問の場合は、中央の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、「　　日」の項には訪問した日数から１を引いた数を記載すること。

ウ　右側の「　　円」の項には、ア及びイにより計算した合計金額を記載すること。

（２）　管理療養費の各加算については、当該月に算定した加算の内容を次のとおり記載すること。

ア　24 時間対応体制加算を算定した場合は、㊷の「24 時間対応体制加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

イ　特別管理加算を算定した場合は、㊸の「特別管理加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」と記載すること。

ウ　退院時共同指導加算を算定した場合は、㊹の「退院時共同指導加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に退院時共同指導加算を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても１回に限り算定すること。さらに、当該利用者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者で特別管理指導加算を算定した場合は、㊹の「特別管理指導加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に特別管理指導加算を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。特別管理指導加算は、厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については当該入院中に２回に限り算定できる。

エ　退院支援指導加算を算定した場合は、次により㊺の「退院支援指導加算」欄に記載すること。

（ア）　退院支援指導（長時間行った場合を除く。）を行った場合は、左側の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（イ）　退院支援指導（長時間行った場合に限る。）を行った場合は、中央の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（ウ）　右側の「　　円」の項には、（ア）及び（イ）により計算した合計金額を記載すること。

また、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合は、「特記事項」欄の「８　退支」の数字を〇で囲み、死亡日又は再入院日を併せて記載すること。なお、電子計算機の場合は、「８　退支」の〇に代えて（　）等を使

用して記載することも差し支えないこと。

オ　在宅患者連携指導加算を算定した場合は、㊻の「在宅患者連携指導加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

カ　在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合は、㊼の「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても１回に限り算定すること。

キ　精神科重症患者支援管理連携加算を算定した場合は、㊽の「精神科重症患者支援管理連携加算」欄の「　　円」の項に、「×，×××」円と記載すること。

ク　看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、㊾の「看護・介護職員連携強化加算」欄の「　　円」の項に、「×，×××」円と記載すること。

また、看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、「特記事項」欄の「９　連」の数字を〇で囲み、介護職員等と同行訪問した日を併せて記載すること。なお、電子計算機の場合は、「９　連」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

ケ　専門管理加算を算定した場合は次のとおり記載すること。

（ア）　㊿の「専門管理加算」欄の「　　円」の項に、「×，×××」円と記載すること。

（イ）　「専門の研修」欄における「専門管理加算」の項については、以下の項目を記載すること。

①　「１　緩和ケア」、「２　褥瘡ケア」又は「３　人工肛門・人工膀胱ケア」のいずれかを〇で囲むこと（専門管理加算のイに該当する場合に限る。）。

②　「４　特定行為」を〇で囲み、次の表に掲げる特定行為のうち該当するコードを（　　）に記載すること（専門管理加算のロに該当する場合に限る。）。

なお、電子計算機の場合は、上記〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

ｺｰﾄﾞ	特定行為
０１	気管カニューレの交換
０２	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
０３	膀胱ろうカテーテルの交換
０４	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
０５	創傷に対する陰圧閉鎖療法
０６	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
０７	脱水症状に対する輸液による補正

（ウ）　「専門の研修」欄の「手順書交付年月日」の項については、手順書が交付された年

月日を記載すること（専門管理加算のロに該当する場合に限る。）。

（エ） 「専門の研修」欄の「直近見直し年月日」の項については、利用者の主治医とともに、手順書の妥当性を検討した年月日を記載すること（専門管理加算のロに該当する場合に限る。）。

コ 訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した場合は、㊶の「訪問看護医療ＤＸ情報活用加算」欄の「　　円」の項に、「×，×××」円と記載すること。

25 「訪問看護情報提供療養費」欄について

（１） 当該月において、当該指定訪問看護の利用者の指定訪問看護の状況等の情報を提供した場合に、㊵の「訪問看護情報提供療養費」欄に、訪問看護情報提供療養費１の場合は「１　市（区）町村等」の項に「×，×××」円、訪問看護情報提供療養費２の場合は「２　学校等」の項に「×，×××」円、訪問看護情報提供療養費３の場合は「３　保険医療機関等」の項に「×，×××」円と記載する。

（２） 「情報提供先」欄については、以下により記載すること。

ア 訪問看護情報提供療養費１を算定する場合は、市区町村等への情報提供に係る算定の場合は「１　市（区）町村等」、指定特定相談支援事業者への情報提供に係る算定の場合は「２　指定特定相談支援事業者」の数字を〇で囲むこと。

イ 訪問看護情報提供療養費２を算定する場合は、「前回算定」の項に、当該療養費を算定した前回の年月を記載すること（ただし、初めて算定する場合を除く。）。

また、各年度１回までの算定とは別に、入園又は入学に係る算定の場合は「１　入園・入学」、転園又は転学に係る算定の場合は「２　転園・転学」又は医療的ケアの実施方法の変更に係る算定の場合は「３　医療的ケアの変更」の数字を〇で囲むこと。

ウ 訪問看護情報提供療養費３を算定する場合は、利用者の診療を行っている保険医療機関の紹介先が、保険医療機関の場合は「１　保険医療機関」、介護老人保健施設の場合は「２　介護老人保健施設」又は介護医療院の場合は「３　介護医療院」の数字を〇で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、上記〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

26 「訪問看護ターミナルケア療養費」欄について

（１） 訪問看護ステーションが、在宅で死亡した利用者について、死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に２回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定（退院支援指導加算を含む）し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制について利用者及びその家族に対して説明を行った上でターミナルケアを行った場合に、㊶ターミナルケア療養費欄の「　　円」の項に「××，×××」円と記載し、「死亡の状況」欄の「時刻」と「場所」も併せて記載すること。

（２） 遠隔死亡診断補助加算を算定した場合は、㊷遠隔死亡診断補助加算欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

27 「訪問看護ベースアップ評価料」欄について

次により記載すること。

（１） 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定した場合は、㉑の（Ⅰ）欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。（２） 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）を算定した場合は、㉒の（Ⅱ）欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

28 「（公費分金額）」欄について

（１） 指定訪問看護と公費負担医療との併用の場合にあっては、「（公費分金額）」欄には公費負担医療に係る請求金額を記載するが、公費負担医療に係る請求金額が指定訪問看護に係る請求金額と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格に変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が指定訪問看護と異なる場合は、公費負担医療に係る請求金額が指定訪問看護に係る請求金額と異なることとなるので、この場合には「（公費分金額）」欄に当該公費負担医療に係る請求金額を記載すること。この場合において、指定訪問看護に係る請求金額と異なる公費負担医療が２種以上あるときは、「（公費分金額）」欄を縦に区分し、左から順次第１公費、第２公費の順で当該公費に係る請求金額を記載すること。

（２） 公費負担医療単独の場合にあっては、「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護ベースアップ評価料」欄に、当月療養に係るすべての金額等を記載し、「（公費分金額）」欄には記載しないこと。

（３） 公費負担医療と公費負担医療との併用の場合にあっては、「（公費分金額）」欄を縦に区分し、左から順に第１公費、第２公費の順で当該公費に係る請求金額を記載するが、金額のすべての請求金額と同じ請求金額の公費負担医療がある場合は、縦に２区分すること及び当該請求金額を記載することを省略しても差し支えないこと。

なお、「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護ベースアップ評価料」欄には、当該療養に係るすべての回数及び金額を記載すること。

（４） 同一明細書において、指定訪問看護と公費負担医療の医療給付の内容が異なる場合又は指定訪問看護と公費負担医療の実日数が異なる場合は、「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護ベースアップ評価料」欄に記載された内訳のうち、公費負担医療に係る分に下線を付すこと。

なお、指定訪問看護と公費負担医療の実日数が異なる場合において、「（公費分金額）」欄との対応が明らかである場合は下線を省略しても差し支えないこと。公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様であること。

29 「実日数」欄について

（１） 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、「保険」については医療保険、「公費①」については第１公費、「公費②」については第２公費に係る指定訪問看護を行った実日数を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合の第１公費に係る分については、「公費①」の項に記載すること。ただし、第１公費に係る分が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る分を省略しても差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る分が第１公費に係る分と同じ場合は、第２公費に係る分の記載を省略しても差し支えないこと。

（２） 同一日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合であっても、１日として記載すること。

30 「訪問日」欄について

（１） 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定する場合は、指定訪問看護を行った日について、「〇◎◇」の列の該当する日付の欄に〇を記載すること。ただし、１日に２回訪問を行った場合は◎、１日に３回以上訪問を行った場合は◇を記載すること。

（２） 以下の場合にあっては「☆」の列の該当する日付の欄に☆を記載すること。

ア 訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は訪問看護基本療養費（Ⅱ）における悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合

イ 専門管理加算を算定した場合

緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師が指定訪問看護を行った日については、全ての日付を記載すること。

（３） 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に基づき指定訪問看護を行った場合は、「△」の列の該当する日付の欄に△を記載すること。

（４） 長時間訪問看護加算又は長時間精神科訪問看護加算を算定した場合は、「□」の列の該当する日付の欄に□を記載すること。

（５） 複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算を算定した場合は、「▽」の列の該当する日付の欄に▽を記載すること。

（６） 訪問看護基本療養費（Ⅱ）又は精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）を算定した場合は、「同一建物」の列の該当する日付の欄に〇を記載すること。

（７） 複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、「同一緊急」の列の該当する日付の欄に〇を記載すること。

また、「特記事項」欄の「７　同一緊急」の数字を〇で囲むとともに、当該加算のみを算定した日の直前に訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した年月日及び当該加算のみを算定した日に計画に基づく指定訪問看護を行った当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。なお、当該他の訪問看護ステーションの名称等は、「他①」又は「他②」（「特記事項」欄の「１　他①」又は「２　他②」に記載した訪問看護ステーションと対応するものであること。）と記載しても差し支えないものであること。

31 「合計」欄について

（１） 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、「保険」については医療保険、「公費①」については第１公費、「公費②」については第２公費に係る金額（「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護ベースアップ評価料」欄までの金額の合計をいう。）を記載

すること。

なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の金額は、「公費①」の項に記載すること。ただし、第１公費に係る金額が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る金額が第１公費に係る金額と同じ場合は、第２公費に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。

（２） 「負担金額」の項については、以下によること。

ア 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）については、以下によること。

医療保険の場合は、利用者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載すること。

利用者の負担額が免除される場合は「免除」、支払が猶予される場合は「支払い猶予」と記載すること。

イ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療については、以下によること。

（ア） 高額療養費が現物給付された者に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

（イ） 健康保険法施行令第 43 条第１項並びに同条第５項、国民健康保険法施行令（昭和 33 年政令第 362 号）第 29 条の４第１項並びに同条第３項又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項並びに同条第３項の規定が適用される者の場合は、これらの規定により算定した額（この額に１円未満の端数がある場合において、その端数金額が 50 銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が 50 銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

（ウ） 健康保険法施行令第 43 条第１項第２号へ、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号へに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項第１号へに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「備考」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。

（エ） 健康保険法施行令第 43 条第１項第２号ホに掲げる者、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号ホに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項第１号ホに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「備考」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。

（オ） 医療保険の場合は、利用者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載すること。

利用者の負担額が免除される場合は「免除」、支払が猶予される場合は「支払い猶予」と記載すること。

（カ） 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第 69 条第１項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して、「円」単位で減額される場合は、減額後の一部負担金の金額を記載すること。また、負担額が免除される場合は「免除」、支払いが猶予される場合は「支払い猶予」と記載すること。

ウ 「負担金額」の項中「公費①」又は「公費②」の項には、「公費①」については第１公費、「公費②」については第２公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る利用者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る利用者の負担額を下回る場合で、「負担金額」の項に金額を記載するものの場合はイの(ア)により記載した額を、金額の記載を要しないものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法との併用の場合には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（すなわち、窓口で徴収した額）を記載すること。

また、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る利用者の負担額については、10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）に、10 円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る利用者の負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

エ 高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって難病法による特定医療及び肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の２割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る利用者の負担額を下回る場合は、当該２割相当の額(「負担金額」の項に金額を記載するものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入する前の額。)を記載すること。

32　その他

特例的に、生活保護法による医療扶助、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等の３種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号順等によらず、次の記載要領によること。

（１）　生活保護法による医療扶助に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

（２）　「職務上の事由」欄は記載しないこと。

（３）　生活保護法による医療扶助に係る実日数は「実日数」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る実日数は「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る実日数は「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

なお、感染症法による結核患者の適正医療に係る実日数又は障害者総合支援法による精神通院医療等に係る実日数が、生活保護法による医療扶助に係る実日数と同じ場合は、当該実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

（４）　「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護ベースアップ評価料」欄までには、生活保護法による医療扶助に係る日数及び金額を記載すること。

（５）　「（公費分金額）」欄は縦に２区分し、左から順次感染症法による結核患者の適正医療、障害者総合支援法による精神通院医療等の順で当該公費に係る請求金額を記載するが、生活保護法による医療扶助に係る請求金額と同じ請求金額の公費負担医療がある場合は、縦に２区分すること及び当該請求金額を記載することを省略しても差し支えないこと。

（６）　生活保護法による医療扶助に係る請求金額は「合計」欄の「請求」の項の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る請求金額は「請求」の項の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る請求金額は「請求」の項の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

33　後期高齢者医療におけるその他

高齢者医療確保法第 50 条第２号に該当する者（65 歳から 75 歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が 75 歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が２分の１とならない場合）には、「特記事項」欄に障害と記載すること。

（別添１）

訪問看護ステーションコード設定要領

１　訪問看護ステーションコードは、次のように郡市区番号２桁、訪問看護ステーション番号（以下「ステーション番号」という。）４桁、検証番号１桁、計７桁の算用数字を組み合わせたものとする。



２　桁	４　桁	１　桁
郡市区番号	ステーション番号	検証番号

２　郡市区番号は、都道府県ごとに、郡、市及び区を単位として、地方厚生（支）局長が定めるものとする。

３　ステーション番号は、「９，０００」から「９，４９９」までの一連の番号を２の郡、市及び区ごとに、地方厚生（支）局長がこれを定めるものとする。ただし、４桁のステーション番号のうち、中２桁又は下２桁が「９０」となる番号は、欠番とするものとする。

４　検証番号は、次により算出した番号とする。

（１）　都道府県番号、算定表番号、郡市区番号及びステーション番号の各数に末尾の桁を起点として順次「２」と「１」を乗じる。この場合の都道府県番号は、別表「都道府県番号表」に定める番号とする。また、算定表番号は、「６」とする。

（２）（１）で算出した積の和を求める。ただし、積が２桁となる場合は、１桁目と２桁目の数の和とする。

（３）「１０」と（２）で算出した数の下１桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、（２）で算出した数の下１桁の数が「０」のときは、検証番号を「０」とする。

〔例〕

都道府県番号		算定表番号	郡市区番号		ステーション番号				
４	４	６	０	７	９	１	２	３	←起点
×	×	×	×	×	×	×	×	×	
２	１	２	１	２	１	２	１	２	

8+4+(1+2)+0+(1+4)+9+2+2+6=39

◎１０－９＝１　　検証番号「１」

◎訪問看護ステーションコード　：「07,9123,1」

５　訪問看護ステーションコードの管理は、地方厚生（支）局長において行うものとし、当該ステーションコードの設定又は変更に際しては、審査支払機関に対して速やかに連絡するものとする。

（別表）

都　道　府　県　番　号

都道府県	番号
北海道	０１
青　森	０２
岩　手	０３
宮　城	０４
秋　田	０５
山　形	０６
福　島	０７
茨　城	０８
栃　木	０９
群　馬	１０
埼　玉	１１
千　葉	１２
東　京	１３
神奈川	１４
新　潟	１５
富　山	１６

都道府県	番号
石　川	１７
福　井	１８
山　梨	１９
長　野	２０
岐　阜	２１
静　岡	２２
愛　知	２３
三　重	２４
滋　賀	２５
京　都	２６
大　阪	２７
兵　庫	２８
奈　良	２９
和歌山	３０
鳥　取	３１
島　根	３２

都道府県	番号
岡　山	３３
広　島	３４
山　口	３５
徳　島	３６
香　川	３７
愛　媛	３８
高　知	３９
福　岡	４０
佐　賀	４１
長　崎	４２
熊　本	４３
大　分	４４
宮　崎	４５
鹿児島	４６
沖　縄	４７

（別添２）

法別番号及び制度の略称表

（１）

	区分		法別番号	制度の略称
医療保険制度	全国健康保険協会管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）		０１	（協会）
	船員保険		０２	（船）
	日雇特例被保険者の保険	○一般医療（法第 133 条及び第 141 条関係）	０３	（日）
		○特別療養費（法第 145 条関係）	０４	（日　特）又は（特）
	組合管掌健康保険		０６	（組）
	防衛省職員給与法による自衛官等の療養の給付（法第 22 条関係）		０７	（自）
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付		３９	（高）
	国家公務員共済組合		３１	（共）
	地方公務員等共済組合		３２	
	警察共済組合		３３	
	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		３４	
	特定健康保険組合		６３	（退）
	国家公務員特定共済組合		７２	
	地方公務員等特定共済組合		７３	
	警察特定共済組合		７４	
	公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		７５	

（注）　63･72～75 は、特例退職被保険者及び特例退職組合員に係る法別番号である。

（２）

	区分		法別番号	制度の略称
公費負担医療制度	戦傷病者特別援護法による	○療養の給付（法第 10 条関係）	１３	―
		○更生医療（法第 20 条関係）	１４	―
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○認定疾病医療（法第 10 条関係）	１８	―
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○新感染症外出自粛対象者の医療（法第 50 条の３関係）	２９	―
	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第 81 条関係）		３０	―
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による結核患者の入院（法第 37 条関係）		１１	（結核入院）
	障害総合支援法による	○精神通院医療（法第５条関係）	２１	（精神通院）
		○更生医療（法第５条関係）	１５	―
		○育成医療（法第５条関係）	１６	―
		○療養介護医療（法第 70 条関係）及び基準該当療養介護医療（法第 71 条関係）	２４	―
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	○新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者の医療（法第 44 条の３の２関係）	２８	―
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○一般疾病医療費（法第 18 条関係）	１９	―
	児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援（法第 19 条の２関係）		５２	―
	難病の患者に対する医療等に関する法律による	○特定医療（法第５条関係）	５４	―
	特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康影響による治療研究費		５１	―

	肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付	３８	ー
	児童福祉法の措置等に係る医療の給付	５３	ー
	石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給（法第４条関係）	６６	ー
	特定Ｂ型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措置法による定期検査費及び母子感染症防止医療費の支給（法第 12 条第１項及び第 13 条第１項関係）	６２	ー
	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第 14 条第４項に規定する医療支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律附則第４条第２項において準用する場合を含む。）	２５	ー
	生活保護法による医療扶助（法第 15 条関係）	１２	（生保）

別表Ⅰ　訪問看護療養費明細書の「情報」欄への記載事項等一覧（訪問看護）

項番	区分	訪問看護療養費名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
1	ー	訪問した場所	月の途中で訪問した場所に変更があった場合等、訪問した場所が複数ある場合は、訪問した場所及び変更した年月日を記載すること（3か所まで）。	利用者情報レコード 「訪問した場所2・訪問場所変更年月日」 「訪問した場所3・訪問場所変更年月日」	訪問場所変更年月日；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	1　自宅
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2　施設（01　社会福祉施設及び身体障害者施設）
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2　施設（02　小規模多機能型居宅介護）
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2　施設（03　複合型サービス）
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2　施設（04　認知症対応型グループホーム）
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2　施設（05　特定施設）
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2　施設（06　地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設）
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・文字データ」 「訪問した場所3・文字データ」	5　その他；*****
2	ー	4か所目以降の訪問した場所	訪問した場所が4箇所以上あった場合は、4箇所目以降の訪問した場所及び当該訪問場所への変更年月日を記載すること。	850500001	訪問場所変更年月日（1　自宅）（訪問場所4箇所目以降）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500002	訪問場所変更年月日（2　施設（01　社会福祉施設及び身体障害者施設））（訪問場所4箇所目以降）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500003	訪問場所変更年月日（2　施設（02　小規模多機能型居宅介護））（訪問場所4箇所目以降）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500004	訪問場所変更年月日（2　施設（03　複合型サービス））（訪問場所4箇所目以降）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500005	訪問場所変更年月日（2　施設（04　認知症対応型グループホーム））（訪問場所4箇所目以降）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500006	訪問場所変更年月日（2　施設（05　特定施設））（訪問場所4箇所目以降）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500007	訪問場所変更年月日（2　施設（06　地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設））（訪問場所4箇所目以降）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500010	訪問場所変更年月日（5　その他）（訪問場所4箇所目以降）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830500001	訪問場所（訪問した場所（5　その他））（訪問場所4箇所目以降）；*****
3	ー	他①、他②が指し示す記録	指定訪問看護の利用者が、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等第2の1に規定する疾病等の利用者等であって他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称を「他の訪問看護ステーション1」としてそれぞれ記載し、「特記事項」に「1　他（1）」を記載すること。 また、他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合についても、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称を「他の訪問看護ステーション1」及び「他の訪問看護ステーション2」としてそれぞれ記載し、「特記事項」に「2　他（2）」を記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード（01）」	1　他（1）
				特記事項レコード 「特記事項コード（02）」	2　他（2）
				利用者情報レコード 「他の訪問看護ステーション・1・所在地」 「他の訪問看護ステーション・2・所在地」	所在地；******
				利用者情報レコード 「他の訪問看護ステーション・1・名称」 「他の訪問看護ステーション・2・名称」	名称；******
4	01注6 01ー2注5	特別地域訪問看護加算	特別地域訪問看護加算を算定した場合は、「特記事項」欄に「4　特地」と記載し、利用者の住所及び通常の場合訪問に要する時間（片道）を併せて記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード（04）」	4　特地
				830500002	利用者の住所（特別地域訪問看護加算）；*****
				852500001	通常の場合訪問に要する時間（片道）（特別地域訪問看護加算）；mmmmm"分"
5	01注9 01ー2注6	緊急訪問看護加算 精神科緊急訪問看護加算	複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、「特記事項」に「7　同一緊急」と記載するとともに「当該加算のみを算定した日の直前に訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した年月日」を記載すること。 当該加算のみを算定した日に計画に基づく指定訪問看護を行った当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を「他の訪問看護ステーション1」又は「他の訪問看護ステーション2」として記載すること。（当該所在地及び名称が「特記事項」の「1 他（1）」又は「2 他（2）」に該当する訪問看護ステーションの場合を除く）	特記事項レコード 「特記事項コード（07）」	7　同一緊急
				利用者情報レコード 「他の訪問看護ステーション・1・所在地」 「他の訪問看護ステーション・2・所在地」	所在地；******
				利用者情報レコード 「他の訪問看護ステーション・1・名称」 「他の訪問看護ステーション・2・名称」	名称；******
				850500014	直前に基本療養費を算定した年月日（所在地及び名称は他の訪問看護ステーション1に記載）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500015	直前に基本療養費を算定した年月日（所在地及び名称は他の訪問看護ステーション2に記載）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
6	02注7	退院支援指導加算	退院支援指導加算を算定した場合において、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に再入院した場合は、「情報」欄に「特記事項」として「8　退支」を記載し、再入院年月日を併せて記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード（08）」	8　退支
				850500011	再入院年月日（退院支援指導加算）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
7	02注7	退院支援指導加算	退院支援指導加算を算定した場合において、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡した場合は、「情報」欄に「特記事項」として「8　退支」を記載し、死亡年月日を併せて記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード（08）」	8　退支
				850500012	死亡年月日（退院支援指導加算）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
8	02注11	看護・介護職員連携強化加算	看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、「特記事項」欄に「9 連」と記載し、介護職員等と同行訪問した日を併せて記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード（09）」	9　連
				850500013	介護職員等と同行訪問した年月日（看護・介護職員連携強化加算）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
9	01注9 01ー2注6	緊急訪問看護加算 精神科緊急訪問看護加算	「特記事項」に「10　緊急訪問看護の理由」を記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード（10）」	10　緊急訪問看護の理由
			緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。	850500016	緊急訪問年月日（（精神科）緊急訪問看護加算）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			加算を算定する理由を詳細に記載すること。	830500003	緊急訪問看護の理由（（精神科）緊急訪問看護加算）；******
10	01	訪問看護基本療養費	特別訪問看護指示書が連続して交付されている利用者については、その旨を訪問看護療養費明細書に記載すること。	820500001	特別訪問看護指示書の連続した交付
11	01ー2	精神科訪問看護基本療養費	頻回に精神科特別訪問看護指示書が交付されている利用者については、その旨を訪問看護療養費明細書に記載すること。	820500002	精神科特別訪問看護指示書の頻回の交付
12	03	訪問看護情報提供療養費3	入院又は入所前に指定訪問看護が行われた日の属する月と保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した月が異なる場合、入院又は入所前の最後に指定訪問看護を行った日付を記載すること。	850500017	入院又は入所前の最後に指定訪問看護を行った年月日；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
13	05	訪問看護ターミナルケア療養費	指定訪問看護が最後に行われた日の属する月と死亡月が異なる場合、死亡日及び死亡前 14 日以内に指定訪問看護を行った日付を2日分記載すること	850500018	前回指定訪問看護実施年月日（死亡前14日以内）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500019	前々回指定訪問看護実施年月日（死亡前14日以内）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「情報」欄へ記載するものであること。

事　務　連　絡
令和６年７月 12 日

地 方 厚 生（支）局 医 療 課
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）　　御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法について

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における保険外併用療養費及び特別の料金の額については、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」」（平成 18 年３月 13 日保医発第 0313003 号）の第３の 30（４）及び（８）においてお示ししているところであるが、その具体的な計算方法は次のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう、保険医療機関・薬局、審査支払機関等に対し周知徹底を図られたい。

記

第１　計算方法の概要
１　基本的な考え方
○　患者の診療に係る費用は、大きく次の（１）及び（２）から構成される。
（１）　選定療養による「特別の料金」となる費用（長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１に相当する費用）
（２）　選定療養を除く保険対象となる費用（保険外併用療養費と患者自己負担の合計額）

○　患者負担の総額は、（１）である選定療養による「特別の料金」と、（２）のうち「患者自己負担」の合計となる。

○　費用の計算に用いる数値のうち、医薬品の規格単位ごとの、「長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１」と、「保険外併用療養費の算出に用いる価格」については、厚生労働省ホームページで公表している対象医薬品リスト（以下「厚労省マスタ」という。）において示す数値を用いる。
２　計算の手順

○　１の基本的な考え方を踏まえた計算の手順は次のようなイメージとなる。

（１）　選定療養による「特別の料金」となる費用（長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１に相当する費用）

①　長期収載品の規格単位ごとの「長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１」の価格を用い（厚労省マスタで「長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１に相当する費用」として公表）（単位：円）

②　①の価格に基づき、数量等を踏まえ診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号。以下「算定告示」という。）の例により薬剤料に係る点数を算定（単位：点）

③　②に 10 円を乗じた額に消費税分を加える。（単位：円）

（２）選定療養を除く保険対象となる費用（保険外併用療養費と患者自己負担の合計額）

①　長期収載品の規格単位ごとの「選定療養を除く保険対象となる費用」に係る価格を用い（厚労省マスタで「保険外併用療養費の算出に用いる価格」として公表）（単位：円）

②　①の価格に基づき、数量等を踏まえ算定告示の例により薬剤料に係る点数を算定（単位：点）

③　②の長期収載品の薬剤料に係る点数に 10 円を乗じる。（単位：円）（※）

④　③に、患者に応じた自己負担率を乗じた額が「患者自己負担」となり（単位：円）、③に、１から自己負担率を控除した率を乗じた額が「保険外併用療養費」となる。

（※）　当該長期収載品に係る分

（３）患者負担の総額

○　２（２）④で求めた「患者自己負担」の額に２（１）③で求めた額を加えた額が「患者負担の総額」となる。

第２　詳細な計算方法

（１）　「特別の料金」に係る費用の計算方法

「特別の料金」に係る費用は、以下のとおり計算する。

１．　第１の２（１）①で公表されている「長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１」の額を用い、算定告示の例により「特別の料金」に係る点数を算定する。なお、点数は算定告示における所定単位ごとに算定するため、以下の点に留意すること。

２．

ア　所定単位に選定療養の対象となる長期収載品が複数含まれる場合にあっては、各長期収載品について「長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１」（当該長期収載品が内服薬の場合、１日の処方等又は調剤における数量を乗じた額）を合算した上で点数を算定すること。

イ　所定単位に選定療養の対象となる長期収載品以外の医薬品が含まれる場合にあっては、当該選定療養の対象となる長期収載品以外の医薬品の規格単位ごとの薬価（当該医薬品が内服薬の場合、１日の処方等又は調剤における数量を乗じた額）を合算した上で点数を算定すること。

ウ　選定療養の対象となる所定単位が複数存在する場合は、所定単位ごとに点数を算定し、当該算定後に各点数を合算すること。

２．　「特別の料金」は消費税の課税対象であるところ、「長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１」の額、及びこの額を用いて算定した点数には消費税分は含まれていないため、上記１．で算定した点数に 10 円を乗じて得た額に消費税分を加え、「特別の料金」に係る費用（以下「A」という。）を求める。

算式 「特別の料金」に係る費用（A） ＝「特別の料金」に係る点数×　10　×（１＋消費税率）（円）

（２）　選定療養を除く保険対象となる費用の計算方法

選定療養を除く保険対象となる費用は、以下のとおり計算されるものである。

１．　第１の２（２）①で公表されている「保険外併用療養費の算出に用いる価格」を用いて算定告示の例により薬剤料に係る点数を算定する。この場合において、第２の（１）１．ア～ウに記載の点に留意すること。

２．　上記１．で算定した「選定療養の対象となる長期収載品の薬剤料に係る点数」に、10 円を乗じて得た額が、「選定療養を除く保険対象となる費用（以下「B」という。）」である。

算式 選定療養を除く保険対象となる費用（B） ＝選定療養の対象となる長期収載品の薬剤料に係る点数×10　（円）

３．患者自己負担の計算方法

上記で求めたＢに自己負担率を乗じ、保険対象となる費用のうち患者自己負担（以下「C」という。）を求める。

算式 患者自己負担（C）＝Ｂ×自己負担率　（円）

（参考）保険外併用療養費の計算方法

Ｂに１から自己負担率を控除した率を乗じると、保険外併用療養費となる。

算式 保険外併用療養費＝Ｂ×（１－自己負担率）（円）

（３）　患者負担の総額の計算方法

患者負担の総額は、（１）で求めたＡと（２）で求めたＣの合計となる。

第３　厚労省マスタについて

厚労省マスタにおける「長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１」及び「保険外併用療養費の算出に用いる価格」については、診療報酬の算出に当たってのシステムの関係により、以下のとおり、小数点以下の計算を調整した数値を公表する。

（１）　「長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１」

長期収載品と後発医薬品（該当する後発医薬品のうち最も薬価が高いもの）の価格差の４分の１の数値は、価格差の４分の１が小数を含む場合、小数第３位を四捨五入したものを用いる。ただし、薬価基準における長期収載品の規格単位が 10（例：イソジン液 10% （規格単位 10%10mL））の品目については、小数第２位を四捨五入したものを用いる。

（計算例）
長期収載品の規格単位ごとの薬価＝100.0 円
後発医薬品の規格単位ごとの薬価＝49.3 円の場合、
　価格差の１／４は、（100.0－49.3）×１／４＝12.675 であり、公表する数値は小数第３位を四捨五入した 12.68 円となる。

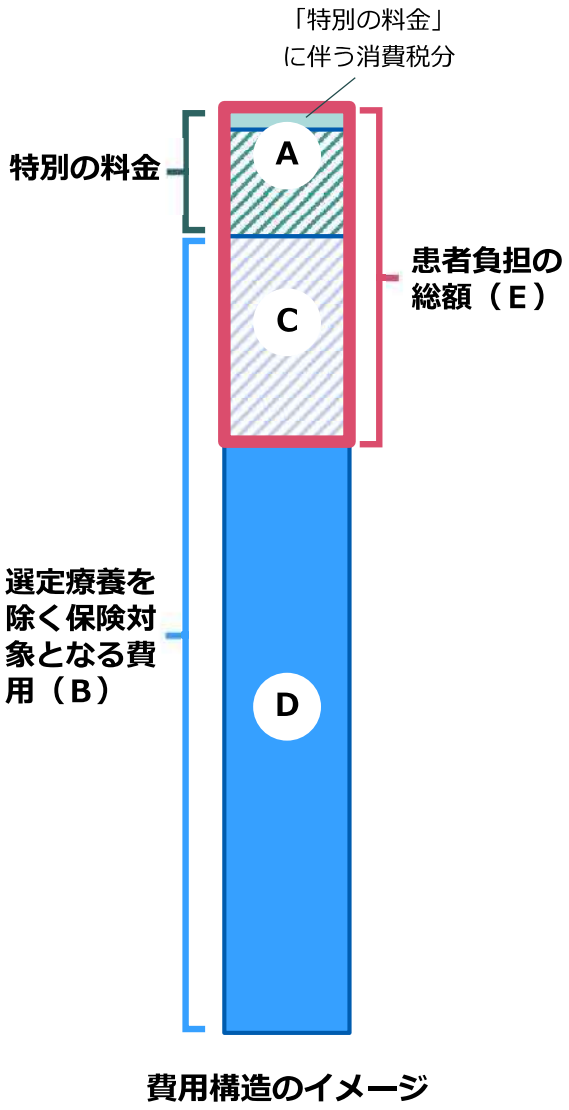
（２）　「保険外併用療養費の算出に用いる価格」

長期収載品の規格単位ごとの薬価から、上記（１）で計算した価格を控除した価格を用いる。

（計算例）（１）の場合
100.0－12.68＝87.32 円となる。

（参考）
○別添１　長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法（イメージ）
○別添２　計算の具体例（イメージ）
○厚労省マスタ　　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html

別添１　長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法（イメージ）



費用構造のイメージ

＜厚生労働省のホームページで公開されている「厚労省マスタ」＞

薬価基準収載医薬品コード	品名		薬価	後発医薬品最高価格	長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１	保険外併用療養費の算出に用いる価格
●●●●	●●		●●.●	●●.●	●●.●● 【a】	●●.●● 【b】

A 「特別の料金」に係る費用

1．【a】の値を用い、数量等に応じて算定告示に基づき点数（点）に換算する。

2．特別の料金に係る費用 **A**（円）は以下の算式で求める。

1．で求めた点数（点）×10（円/点）×（１＋消費税率）

B 選定療養を除く保険対象となる費用（※ 当該長期収載品に係る分）

1．【b】の値を用い、数量等に応じて算定告示に基づき薬剤料（点）に換算する。

2．選定療養を除く保険対象となる費用 **B**（円）は以下の算式で求める。

1．で求めた薬剤料（点）×10（円/点）

D 保険外併用療養費

保険外併用療養費は以下の算式で求める。

B ×（１－自己負担率）

C 患者自己負担

患者の自己負担額は以下の算式で求める。

B × 自己負担率

患者負担の総額（E）

別添２　計算の具体例（イメージ）

XX錠１０ｍｇ（内服薬）、１日２錠 30日分に係る費用（自己負担率が３割の場合）は以下のとおり計算される。
ただし、「厚労省マスタ」における該当行は表のとおりとする。

薬価基準収載医薬品コード	品名	薬価	後発医薬品最高価格	長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１	保険外併用療養費の算出に用いる価格
●●●●	XX錠１０ｍｇ	100.0	49.3	12.68 【ａ】	87.32 【ｂ】

A　「特別の料金」に係る費用

1．算定告示に基づき点数に換算

・所定単位（１剤１日分）あたり　12.68 円【ａ】× ２錠 ＝ 25.36 円 ➡ ３ 点

・30 日分　３ 点 × 30 日 = 90 点

2．「特別の料金」に係る費用（※ 課税対象、消費税率 10%）

90 点 × 10（円/点）×（1+0.10）＝ **990 円**

B　選定療養を除く保険対象となる費用

（注）当該長期収載品に係る分

1．算定告示に基づき薬剤料に係る点数に換算

・所定単位（１剤１日分）あたり　87.32円【ｂ】× ２錠 ＝ 174.64 円 ➡ 17点

・30 日分　17点 × 30 日 = 510 点　※ 保険適用分点数

2．選定療養を除く保険対象となる費用

510 点 × 10（円/点）＝ **5100 円**

D　保険外併用療養費

Ｂ ×（１－ 自己負担率）

5100 円 ×（1 - 0.30）＝ **3570 円**

C　患者自己負担

Ｂ × 自己負担率

5100 円 × 0.30 ＝ **1530円**

E　患者負担の総額

Ａ ＋ Ｃ

990 円 ＋ **1530 円** ＝ **2520円**

事　務　連　絡
令和６年７月 12 日

地 方 厚 生（支）局 医 療 課
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）　　御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する
疑義解釈資料の送付について（その１）

長期収載品の処方等又は調剤に関する事項については、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」」（平成 18 年３月 13 日保医発第 0313003 号）の第３の 30 においてお示ししているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添のとおり取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、保険医療機関・薬局、審査支払機関等に対し周知徹底を図られたい。

（別添）

【医療上の必要性について】

問１　医療上の必要があると認められるのは、どのような場合が想定されるのか。

（答）保険医療機関の医師又は歯科医師（以下、医師等）において、次のように判断する場合が想定される。

①　長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合（※）であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師等が判断する場合。

（※）効能・効果の差異に関する情報が掲載されているサイトの一例

ＰＭＤＡの添付文書検索サイト：https://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch/

日本ジェネリック製薬協会が公開する「効能効果、用法用量等に違いのある後発医薬品リスト」:

https://www.jga.gr.jp/2023/09/14/230914_effectiveness.pdf

②　当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師等が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。

③　学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師等が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合

④　後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等をする医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。

また、保険薬局の薬剤師においては、

- ①、②及び③に関して、医療上の必要性について懸念することがあれば、医師等に疑義照会することが考えられ、
- また、④に関しては、医師等への疑義照会は要さず、薬剤師が判断することも考えられる。なお、この場合においても、調剤した薬剤の銘柄等について、当該調剤に係る処方箋を発行した保険医療機関に情報提供すること。

問２　治療ガイドライン上で後発医薬品に切り替えないことが推奨されている場合については、長期収載品を使うことについて、医療上の必要性が認められるということでよいか。例えば、てんかん診療ガイドライン 2018（一般

社団法人日本神経学会）では、「後発医薬品への切り替えに関して，発作が抑制されている患者では，服用中の薬剤を切り替えないことを推奨する.」、「先発医薬品と後発医薬品の治療的同等性を検証した質の高いエビデンスはない．しかし，一部の患者で，先発医薬品と後発医薬品の切り替えに際し，発作再発，発作の悪化，副作用の出現が報告されている」とされているところ、この場合に医療上の必要性は認められるか。

（答）医師等が問１の③に該当すると判断し、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合であれば、保険給付となる。

問３　使用感など、有効成分等と直接関係のない理由で、長期収載品の医療上の必要性を認めることは可能か。

（答）基本的には使用感などについては医療上の必要性としては想定していない。

なお、医師等が問１の①～④に該当すると判断し、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合であれば、保険給付となる。

【薬局における医療上の必要性の判断について】

問４　「長期収載品の処方等又は調剤について」（令和６年３月 27 日保医発 0327 第 11 号）の「第１ 処方箋様式に関する事項」の「３ 長期収載品を銘柄名処方する場合における取扱について」の(4)において、「処方の段階では後発医薬品も使用可能としていたが、保険薬局の薬剤師において、患者が服用しにくい剤形である、長期収載品と後発医薬品で効能・効果の差異がある等、後発医薬品では適切な服用等が困難であり、長期収載品を服用すべきと判断した場合には、医療上必要がある場合に該当し、保険給付とすることも想定されること。」とあるが、このような場合には処方医へ疑義照会することなく、薬剤師の上記判断に基づいて、従来通りの保険給付が可能という理解でよいか。

また、医師等が後発医薬品を銘柄名処方した場合であって、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されていない場合に、長期収載品を調剤する医療上の必要があると考えられる場合は、処方医へ疑義照会することなく、薬剤師の判断で従来通りの保険給付は可能か。

（答）それぞれの場合について、考え方は次のとおりである。

○　医師等が長期収載品を銘柄名処方し、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されていない場合に、薬剤師として長期収載品を調剤する医療上の必要があると考える場合

・　医療上の必要性の判断の観点から、問１において保険薬局の薬剤師について記載するとおりの取扱いとなる。

○　医師等が後発医薬品を銘柄名処方し、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されていない場合に、薬剤師として長期収載品を調剤する医療上の必要があると考える場合

・　変更調剤に該当するところ、「現下の医療用医薬品の供給状況における変更調剤の取扱いについて」（令和６年３月 15 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）において、当面の間、疑義照会なく、変更調剤できることとしている。

・　その上で、医療上の必要性の判断の観点から、問１において保険薬局の薬剤師について記載するとおりの取扱いとなる。

【一般名処方について】

問５　「長期収載品の処方等又は調剤について」の「第１ 処方箋様式に関する事項」の「４ 一般名処方する場合における取扱について」の（2）において「一般名処方の処方箋を保険薬局に持参した患者が長期収載品を希望した場合には、選定療養の対象となること。」とあるが、一般名処方された患者が薬局で長期収載品を希望し、薬剤師がその理由を聴取した際に、患者希望ではあるものの、患者の疾病に関し、長期収載品と後発医薬品における効能・効果等の違いがある等の医療上の理由と考えられる場合には、保険薬局の判断で従来通りの保険給付とすることは可能か。

（答）問１の後段に記載する通り。

【院内処方その他の処方について】

問６　院内処方用の処方箋がない医療機関において「医療上の必要性」により長期収載品を院内処方して保険給付する場合、単に医師等がその旨の判断をすれば足りるのか。あるいは「医療上の必要性」について、何らかの記録の作成・保存が必要なのか。

（答）診療報酬を請求する際に、「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（令和６年７月 12 日保医発 0712 第１号）の別表Ⅰを踏まえ、診療報酬請求書等の「摘要」欄に理由を選択して記載すること。

問７　院内採用品に後発医薬品がない場合は、「後発医薬品を提供することが困難な場合」に該当すると考えて保険給付してよいか。

（答）患者が後発医薬品を選択することが出来ないため、従来通りの保険給付と

して差し支えない。

なお、後発医薬品の使用促進は重要であり、外来後発医薬品使用体制加算等を設けているところ、後発医薬品も院内処方できるようにすることが望ましい。

問８　長期収載品の選定療養について、入院は対象外とされているが、入院期間中であって、退院間際に処方するいわゆる「退院時処方」については、選定療養の対象となるのか。

（答）留意事項通知において「退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う」とされているところであり、入院と同様に取り扱う。

問９　在宅医療において、在宅自己注射を処方した場合も対象となるか。

（答）そのとおり。

【後発医薬品を提供することが困難な場合について】

問 10　「当該保険医療機関又は保険薬局において、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合」について、出荷停止、出荷調整等の安定供給に支障が生じている品目かどうかで判断するのではなく、あくまで、現に、当該保険医療機関又は保険薬局において、後発医薬品を提供することが困難かどうかで判断するということでよいか。

（答）そのとおり。

【公費負担医療について】

問 11　医療保険に加入している患者であって、かつ、国の公費負担医療制度により一部負担金が助成等されている患者が長期収載品を希望した場合について、長期収載品の選定療養の対象としているか。

（答）長期収載品の選定療養の制度趣旨は、医療上必要があると認められる場合等は、従来通りの保険給付としつつ、それ以外の場合に患者が長期収載品を希望する場合は、選定療養の対象とすることとしたものであることから、今般、対象外の者は設けておらず、国の公費負担医療制度の対象となっている患者が長期収載品を希望した場合についても、他の患者と同様に、長期収載品の選定療養の対象となる。

なお、医療上必要があると認められる場合に該当する場合は、従来通りの保険給付として差し支えない。

問 12　医療保険に加入している患者であって、かつ、こども医療費助成等のいわゆる地方単独の公費負担医療の対象となっている患者が長期収載品を希望した場合について、長期収載品の選定療養の対象としているか。

（答）長期収載品の選定療養の制度趣旨は、医療上必要があると認められる場合等は、従来通りの保険給付としつつ、それ以外の場合に患者が長期収載品を希望する場合は、選定療養の対象とすることとしたものであることから、今般、対象外の者は設けておらず、こども医療費助成等のいわゆる地方単独の公費負担医療が対象となっている患者が長期収載品を希望した場合についても、他の患者と同様に、長期収載品の選定療養の対象となる。

なお、医療上必要があると認められる場合に該当する場合は、従来通りの保険給付として差し支えない。