

事 務 連 絡  
令和8年5月29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

令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添8までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和8年3月5日付官報（号外第46号）及び令和8年3月27日付官報（号外第71号）に掲載された令和8年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添9のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

- ・「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」  
（令和8年3月5日保医発 0305 第6号）（別添1）
- ・「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」  
（令和8年3月5日保医発 0305 第7号）（別添2）
- ・「特掲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」  
（令和8年3月5日保医発 0305 第8号）（別添3）
- ・「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」  
（令和8年3月5日保医発 0305 第3号）（別添4）
- ・「特定保険医療材料の定義について」  
（令和8年3月5日保医発 0305 第4号）（別添5）
- ・「「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8年3月27日保医発 0327 第2号）（別添6）
- ・「「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揭示事項等」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」の一部改正について」  
（令和8年3月27日保医発 0327 第6号）（別添7）
- ・「「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の一部改正について」  
（令和8年3月27日保医発 0327 第7号）（別添8）

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  
(令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 6 号)

別添 1

医科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

第 1 部 初・再診料

第 2 節 再診料

A 0 0 1 再診料

(8) 電話等による再診

ア 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。

なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成 30 年 3 月 31 日以前に、3 月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、~~付 1~~の規定にかかわらず、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。

第 2 部 入院料等

<通則>

- 8 入院初日又は入院した日とは、特に規定する場合を除き、第 2 部通則~~5-7~~に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

第 1 節 入院基本料

A 1 0 0 一般病棟入院基本料

- (3) 「注 3」の加算に係る入院期間の起算日は、第 2 部通則~~5-7~~に規定する起算日とする。

A 1 0 2 結核病棟入院基本料

- (5) 「注 4」の加算に係る入院期間の起算日は、第 2 部通則~~5-7~~に規定する起算日とする。

A 1 0 3 精神病棟入院基本料

- (1) 精神病棟入院基本料は、「注 1」の入院基本料、「注 2」の特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算並びに「注~~9-10~~」の夜勤時間特別入院基本料から構成され、「注 1」の

入院基本料及び「注 2」の特別入院基本料についてはそれぞれ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た精神病棟に入院している患者について、10 対 1 入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注 ~~9~~10」の夜勤時間特別入院基本料については、届け出た精神病棟に入院している患者について算定する。

(3) 「注 3」の加算に係る入院期間の起算日は、第 2 部通則 ~~5~~7 に規定する起算日とする。

#### A 1 0 4 特定機能病院入院基本料

(6) 「注 3」の加算に係る入院期間の起算日は、第 2 部通則 ~~5~~7 に規定する起算日とする。

(12) 病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施する。

ア 入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定を行う。  
なお、医科点数表第 1 章第 2 部入院料等の通則第 8 号に規定する栄養管理体制の基準における栄養管理計画を当該病棟に専従の管理栄養士が作成した場合は、当該加算における栄養管理計画に代えることができる。

#### A 1 0 5 専門病院入院基本料

(3) 「注 2」の加算に係る入院期間の起算日は、第 2 部通則 ~~5~~7 に規定する起算日とする。

#### A 1 0 6 障害者施設等入院基本料

(3) 「注 3」、「注 9」及び「注 10」の加算に係る入院期間の起算日は、第 2 部通則 ~~5~~7 に規定する起算日とする。

#### A 1 0 8 有床診療所入院基本料

(2) 有床診療所入院基本料に係る入院期間の起算日は、第 2 部通則 ~~5~~7 に規定する起算日とする。

(14) 「注 12」に規定する介護障害連携加算 1 及び 2 は、介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 2 条各号に規定する疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者又は 65 歳以上若しくは重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症又は認知症の患者であって、その発症前は重度の肢体不自由児（者）でなかった患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由児（者）」という。）の者の受入について、十分な体制を有している有床診療所を評価したものである。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第 2 部通則 ~~5~~7 に規定する起算日とする。

## 第 2 節 入院基本料等加算

#### A 2 2 0 - 2 特定感染症患者療養環境特別加算

(3) 特定感染症患者療養環境特別加算の陰圧室加算の対象となる者は、次に掲げる感染症の患者及び当該感染症を疑う患者であって、医師が他者へ感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、陰圧室に入院した者である。なお、陰圧室管理を必要とする原因となった

感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）

イ 麻疹

ウ 新型コロナウイルス感染症

エ 水痘

オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症

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

キ 感染症法~~同法~~第6~~同~~条第8項に規定する指定感染症

#### A 2 3 3 - 3 口腔管理連携加算

- (1) 口腔管理連携加算は、歯科診療を行わない保険医療機関が、他の歯科医療機関と有機的連携を強化することで、口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題~~を~~が生じている入院患者を円滑に歯科受診に繋げ、医科歯科連携による口腔状態の課題の支援を含む質の高い治療を提供することを評価するものである。

#### A 2 3 4 - 2 感染対策向上加算

- (1) 感染対策向上加算は、第2部通則~~7~~12に規定する院内感染防止対策を行った上で、更に院内に感染制御チームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことによる医療機関の感染防止対策の実施や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組、新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制等の確保を評価するものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、感染対策向上加算1及び感染対策向上加算2は入院初日、感染対策向上加算3は入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに1回算定する。90日を超えるごとの計算は、入院日から起算して91日目、181日目等と計算する。なお、ここでいう入院とは、第2部通則~~5~~7に規定する入院期間中の入院のことをいい、感染対策向上加算1及び2については入院期間が通算される再入院の場合は算定できず、感染対策向上加算3については通算した入院期間から算出し算定する。

#### A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

- (2) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有する専従の褥瘡管理者が、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、当該入院期間中1回に限り算定する。なお、当該加算は、第2部通則~~5~~7に規定する入院期間が通算される再入院であっても別に算定できる。

#### A 2 3 6 - 2 ハイリスク妊娠管理加算

- (2) 当該加算は、1入院に20日を限度として所定点数に加算する。ただし、第2部通則~~5~~7に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものであること。

#### A 2 3 7 ハイリスク分娩等管理加算

- (4) ハイリスク分娩管理加算又は地域連携分娩管理加算は、ハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理の対象となる妊産婦に対して、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理を行った場合に、8日を限度として算定する。ただし、第2部通則~~5~~7に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものであること。

#### A 2 4 5 データ提出加算

- (2) 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、データ作成対象病棟（以下「対象病棟」という。）に入院している患者について算定する。データ提出加算1及び2は入院初日、データ提出加算3及び4は入院期間が90日を超えるごとに1回算定する。90日を超えるごと、の計算は、入院日から起算して91日目、181日目等と計算する。なお、ここでの入院とは第2部通則~~5~~7に規定する入院期間中の入院のことをいい、データ提出加算1及び2については入院期間が通算される再入院の場合には算定できず、データ提出加算3及び4については通算した入院期間から算出し算定する。

#### A 2 4 6 入退院支援加算

- (1) 入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するものである。なお、第2部通則~~5~~7に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものとするが、入退院支援加算1にあってはこの限りでない。
- (22) 「注8」に規定する入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画書を、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、当該計画書については、入院前又は入院日に患者又はその家族等に説明を行い交付するとともに、診療録に添付又は記載すること。なお、第1章第2部の通則~~7~~12の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該計画書としても差し支えない。

#### A 2 4 6 - 2 精神科入退院支援加算

- (1) 精神科入退院支援加算は、精神病棟に入院中の患者が、早期に退院するとともに、医療、障害福祉、介護その他のサービスを切れ目なく受けられるように、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を実施することを評価するものである。なお、第2部通則~~5~~7に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものとするが、精神科入退院支援加算にあってはこの限りでない。

#### A 2 4 6 - 3 医療的ケア児（者）入院前支援加算

- (4) 入院予定先の病棟職員との共有にあたって、療養支援計画書を作成すること。また、入院前又は入院日に患者又はその家族等に当該計画書の説明を行い交付するとともに、診療録に添付すること。なお、第1章第2部の通則~~7~~12の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該計画書としても差し支えない。

#### A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算

- (10) 「注 2」に規定する薬剤調整加算は、「注 1」に規定する薬剤総合評価調整加算に係る算定要件を満たした上で、退院時に処方される内服薬が 2 種類以上減少し、その状態が 4 週間以上継続すると見込まれる場合又は退院までの間に、抗精神病薬の種類数が 2 種類以上減少した場合に算定する。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、別紙様式-36 の 2 に示す係数を用い、クロルプロマジン換算で 2,000mg 以上内服していたものについて、クロルプロマジン換算で 1,000mg 以上減少した場合を含めることができる。

### 第 3 節 特定入院料

#### A 3 0 0 救命救急入院料

- (11) 「注 6」に規定する小児加算については、専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関において、15 歳未満の重篤な救急患者に対して救命救急医療が行われた場合に入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第 2 部通則 ~~5-7~~ に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

#### A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室管理料

- (7) 「1」の母体・胎児集中治療室管理料を算定する場合は、(2)の A から ~~み~~ き までのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

「2」の新生児集中治療室管理料を算定する場合は、「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料の(1)の A から S までのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

#### A 3 0 4 地域包括医療病棟入院料

- (10) 「注 3」の加算に係る入院期間の起算日は、第 2 部通則 ~~5-7~~ に規定する起算日とする。

#### A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料

- (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している患者は、転院してきた場合においても、転院先の保険医療機関で当該入院料 等 を継続して算定できることとする。ただし、その場合にあっては、当該入院料等の算定期間を通算する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に転院前の保険医療機関における当該入院料 等 の算定日数を記載すること。

#### A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料

- (2) リハビリテーションに係る費用（「H 0 0 4」摂食機能療法を除く。）及び薬剤料（基本診療料の施設基準等別表第 ~~五の一の三~~ 五の一の二の二 に掲げる薬剤及び注射薬に係る薬剤料を除く。）等は、地域包括ケア病棟入院料等に含まれ、別に算定できない。

#### A 3 1 1 精神科救急急性期医療入院料

- (8) 「注 3」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。ま

た、非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類については、別紙~~様式~~36を参考にすること。  
ただし、クロザピンはこれに含めない。

#### A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料

- (5) 児童・思春期精神科入院医療管理~~料~~に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟又は治療室に入院した場合には、精神病棟入院~~基本~~料の特別入院基本料を算定する。

#### A 3 1 7 特定一般病棟入院料

- (2) 「注2」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則~~5.7~~に規定する起算日とする。

## 第2章 特掲診療料

### 第1部 医学管理等

#### 第1節 医学管理料等

#### B 0 0 1 特定疾患治療管理料

##### 27 糖尿病透析予防指導管理料

~~(7) 当該管理料を算定する場合は、特掲診療料施設基準通知の別添2の様式5の7に基づき、1年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。~~

~~(8.7)~~ 「注4に規定する高度腎機能障害患者指導加算は、eGFR (mL/分/1.73 m<sup>2</sup>) が45未満の患者に対し、専任の医師が、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じて更なる指導を行った場合に算定する。なお、指導については日本腎臓リハビリテーション学会から「保存期CKD患者に対する腎臓リハビリテーションの手引き」が示されているので、指導が適切になされるよう留意されたい。

~~(9.8)~~ 本管理料を算定する患者について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合には、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。

~~(10.9)~~ 「注5」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

~~(11.10)~~ 「注5」に規定する点数を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。

ア 透析予防診療チームが、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う月において、(1)の患者に対し、ビデオ通話が可能な情報通信機器を活用して、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限、蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施する。なお、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う月にあっては、医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは管理栄養士による指導等について、各職種が当該月の別日に指導等を実施した場合においても算定できる。

##### 37 慢性腎臓病透析予防指導管理料

~~(6) 当該管理料を算定する場合は、特掲診療料施設基準通知の別添2の様式13の10に基づ~~

~~き、1年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。~~

(~~7~~-6) 本管理料を算定する患者について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合には、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。

(~~8~~-7) 「注3」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

(~~9~~-8) 「注3」に規定する点数を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。

#### B001-5 手術後医学管理料

(4) 手術後医学管理料の算定開始日となる入院の日とは、第1章第2部通則~~5-7~~に定める起算日のことをいう。

#### B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料

(2) 肺血栓塞栓症予防管理料は、病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いもの（結核病棟においては手術を伴う患者、精神病棟においては治療上の必要から身体拘束が行われている患者に限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング（患者の症状により弾性ストッキングが使用できないなどやむを得ない理由により使用する弾性包帯を含む。）又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中1回に限り算定する。なお、当該管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた場合に算定できるものであり、薬剤のみで予防管理を行った場合には算定できない。また、第1章第2部通則~~5-7~~に規定する入院期間が通算される再入院の場合においても、各々の入院において入院中1回算定できるものであること。

#### B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料

(1) 介護保険リハビリテーション移行支援料は、維持期のリハビリテーション（「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料の「注~~5-6~~」、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料の「注~~5-6~~」及び「H002」運動器リハビリテーション料の「注~~5-6~~」に規定するものをいう。）を受けている入院中の患者以外の者に対して、患者の同意を得て、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション、同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同法第8条の2第6項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。）へ移行するため、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）及び必要に応じて、介護保険によるリハビリテーションを当該患者に対して提供する事業所の従事者と連携し、介護サービス計画書（ケアプラン）作成を支援した上で、介護保険によるリハビリテーションを開始し、維持期のリハビリテーションを終了した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。なお、維持期のリハビリテーションと介護保険によるリハビリテーションを併用して行うことができる2月間（「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び

医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成 28 年 3 月 25 日保医発 032 5 第 8 号）の第 4 の 10 に規定する 2 月間をいう。）は、当該支援料を算定できない。

#### B 0 1 4 退院時薬剤情報管理指導料

- (1) 退院時薬剤情報管理指導料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（「B 0 1 1 - 3」薬剤情報提供料の（2）に掲げる手帳をいう。以下同じ。）に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に 1 回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、第 1 章第 2 部通則~~6~~7に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。

### 第 2 部 在宅医療

#### 第 1 節 在宅患者診療・指導料

##### C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料、C 0 0 5 - 1 - 2 同一建物居住者訪問看護・指導料

- (27) 在宅患者訪問看護・指導料の「注 12」に規定する夜間・早朝訪問看護加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注 5」に規定する夜間・早朝訪問看護加算については、夜間（午後 6 時から午後 10 時までをいう。）又は早朝（午前 6 時から午前 8 時までの時間をいう。）に、在宅患者訪問看護・指導料の「注 ~~43~~12」に規定する深夜訪問看護加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注 6」に規定する深夜訪問看護加算については、深夜（午後 10 時から午前 6 時までをいう。）に、患家の求めに応じて訪問看護・指導を行った場合に算定する。また、これらの加算と緊急訪問看護加算との併算定は可とする。同一建物居住者訪問看護・指導料の「注 5」に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、同一建物等居住者で同一日に、当該加算又は「I 0 1 2」精神科訪問看護・指導料の「注 6」に規定する夜間・早朝訪問看護加算を算定する患者の合計人数及び当該加算又は「I 0 1 2」精神科訪問看護・指導料の「注 6」に規定する夜間・早朝訪問看護加算の合計算定日数により「月 15 日目まで」と「月 16 日目以降」の区分に応じて算定する。同一建物居住者訪問看護・指導料の「注 6」に規定する深夜訪問看護加算は、同一建物等居住者で同一日に、当該加算又は「I 0 1 2」精神科訪問看護・指導料の「注 7」に規定する深夜訪問看護加算を算定する患者の合計人数及び当該加算又は「I 0 1 2」精神科訪問看護・指導料の「注 7」に規定する深夜訪問看護加算の合計算定日数により「月 15 日目まで」と「月 16 日目以降」の区分に応じて算定する。

- (32) (~~30~~31)において、当該医療機関で別に定める専従要件となっている場合であっても、別に定める専従業務に支障が生じなければ訪問しても差し支えない。

- (37) 在宅患者訪問看護・指導料の「注 ~~20~~21」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注~~6~~8」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 ~~20~~21」に規定する交通費は実

費とする。

#### C 0 0 8 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- (4) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、「1」、「2」及び「3」を合わせて1月に4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）を限度として算定できるが、その場合であっても薬剤師1人につき週40回に限るものとする。ただし、月2回以上算定する場合にあつては、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とするの算定回数は週1回を限度とする。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該算定日を記載すること。

### 第2節 在宅療養指導管理料

#### 第1款 在宅療養指導管理料

- 7 「通則6」について、15歳未満の人工呼吸器を装着使用している患者又は15歳未満から引き続き人工呼吸器を装着使用しており体重が20キログラム未満の患者に対して、「A206」在宅患者緊急入院診療加算に規定する在宅療養後方支援病院と連携している保険医療機関が、在宅療養後方支援病院と異なる在宅療養指導管理を行った場合には、それぞれの保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定できる。なお、この場合は、それぞれの保険医療機関において算定している在宅療養指導管理料について、適切な情報交換を行い、重複した算定がないよう留意すること。

#### C 1 0 7 - 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

- (9) 「注3-4」に規定する情報通信機器を用いた指導管理については、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象となる患者のうち(3)のウの要件に該当する患者、かつ、CPAP療法を実施している閉塞性無呼吸症候群の診断が得られている入院中の患者以外の患者について、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。
- (10) 「注3-4」に規定する情報通信機器を用いた指導管理については、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場合に実施すること。また、通常の対面診療で確認するCPAP管理に係るデータについて、情報通信機器を用いた診療において確認すること。さらに、睡眠時無呼吸症候群に合併する身体疾患管理の必要性に応じて対面診療を適切に組み合わせること及び情報通信機器を用いた診療を開始した後にも症状の悪化等の不調等が生じた場合には、速やかに対面診療に切り替えることが求められる。その他、関係学会が提示する情報通信機器を用いた場合のCPAP療法に係る指針に沿った診療を実施すること。
- (11) 「注3-4」に規定する情報通信機器を用いた指導管理を実施する際は、当該診療に係る初診日及び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診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

#### C 1 5 2 - 2 持続血糖測定器加算

- (7) 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には、次のいずれも

満たす場合に算定できる。

ア 関連学会が定める適正使用指針を遵守すること。

イ 次のいずれかに掲げる者が、患者又は患者家族等に対し、持続血糖測定器の使用方法の十分な説明、持続血糖測定器の結果に基づく低血糖及び高血糖への対応、及び持続血糖測定器の結果と症状が一致しない場合においては自己血糖測定を行うこと等、必要な指導を行っていること。

(イ) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の医師

(ロ) 糖尿病の治療に関し、**治療**持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を2年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の看護師、薬剤師又は臨床検査技師

ウ イの(イ)及び(ロ)に掲げる適切な研修とは、次のいずれにも該当する研修のことをいう。

(イ) 医療関係団体が主催する研修であること。

(ロ) 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものであること。

## 第3部 検査

### 第3節 生体検査料

#### D237 終夜睡眠ポリグラフィー

(5) 「3 1及び2以外の場合」の「ハ その他のもの」

ア 問診、身体所見**又は及び**他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用した場合に、1月に1回を限度として算定する。なお、「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り2回、翌月以後は1月に1回を限度として算定できる。当該検査を実施するに当たっては、(イ)から(ニ)までに掲げる検査の全てを当該患者の睡眠中8時間以上連続して測定し、記録する。

(イ) 脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図

(ロ) 鼻又は口における気流の検知

(ハ) 胸壁及び腹壁の換気運動記録

(ニ) パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定

イ 脳波等の記録速度は、毎秒1.5センチメートル以上のものを標準とする。

ウ 同時に行った検査のうち、「D200」スパイログラフィー等検査から本区分「2」までに掲げるもの及び「D239」筋電図検査については、併せて算定できない。

エ 測定を開始した後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、当該検査を途中で中絶した場合には、当該中絶までに施行した検査に類似する検査項目によって算定する。

## 第7部 リハビリテーション

### 第1節 リハビリテーション料

## H002 運動器リハビリテーション料

- (12) 「注2」に規定する早期リハビリテーション加算は、当該施設における運動器疾患に対する入院後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して1単位以上の個別療法を行った場合に、入院した日から起算して14日に限り算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の最初の保険医療機関に入院した日とし、入院中の患者以外の患者については、退院前の~~保険医療機関に入院中の起算日と同様であるものとする。~~入院日（転院した場合は最初の保険医療機関に入院した日）のことをいう。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注2」に規定する加算は算定できない。

## 第8部 精神科専門療法

### 第1節 精神科専門療法料

#### I002-2 精神科継続外来支援・指導料

- (3) 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙~~様式~~36を参考にすること。

#### I013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

- (3) 持続性抗精神病注射薬剤の種類については、別紙~~様式~~36を参考にすること。

## 第9部 処置

### <処置料>

#### J062-2 同種死体移植腎機械灌流保存

- (2) 死体腎には、臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）第6条第2項に規定する脳死した身体の腎は~~含まないを含む。~~

歯科診療報酬点数表に関する事項

第 2 章 特掲診療料

第 9 部 手 術

通則

27 「通則 ~~47~~16」の加算は、病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限り算定する。

30 「通則 ~~48~~17」の周術期栄養管理実施加算は、医科点数表の例により算定する。ただし、歯科医師と医師との連携の下に行われること。

調剤報酬点数表に関する事項

＜調剤技術料＞

区分 00 調剤基本料

9 在宅薬学総合体制加算

(1) 在宅薬学総合体制加算 1 は、在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制が整備されているとして、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局において、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若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における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（以下「在宅患者訪問薬剤管理指導料等」という。）を算定する患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合に算定できる。

(2) 在宅薬学総合体制加算 2 は、在宅患者に対する高度な薬学的管理及び指導を行うために必要な体制が整備されており、かつ高度な薬学的管理及び指導に係る十分な実績を有するものとして、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局において、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若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における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等を算定する患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合であって、単一建物診療患者が 1 人又は単一建物居住者が 1 人の場合はイ、それ以外の場合はロを算定できる。

(3)～(6) (略)

(7) 次のア又はイに該当する保険薬局において、ウ又はエの患者であって、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定するものが提出する処方箋を受け付けて調剤を行う場合は、当該患者の単一建物診療患者数又は単一建物居住者数にかかわらず、在宅薬学総合体制加算 2 のイを算定できる。

ア 地方厚生（支）局長に在宅薬学総合体制加算 1 に係る届出を行った保険薬局のうち、直近 1 年間ににおける在宅患者訪問薬剤管理指導料の 1、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、単一建物居住者が 1 人の場合の居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うものに限り、情報通信機器を用いるものを除く。）及び介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うものに限り、情報通信機器を用いるものを除く。）についての算定回数（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った場合を含む。）の合計が、在宅患者訪問薬剤管理指導料等に占める割合にかかわらず、計 480 回以上であるもの。

イ 地方厚生（支）局長に在宅薬学総合体制加算 2 に係る届出を行った保険薬局

ウ 「特掲診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）の別表第 8 の 2（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者）に該当する以下の患者（別表第 8 の 2）

(イ) 次に掲げる疾患に罹患している患者

- ・ 末期の悪性腫瘍
- ・ スモン
- ・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病
- ・ 後天性免疫不全症候群
- ・ 脊髄損傷
- ・ 真皮を越える褥瘡

(ロ) 次に掲げる状態の患者

- ・ 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態
- ・ 在宅血液透析を行っている状態
- ・ 在宅酸素療法を行っている状態
- ・ 在宅中心静脈栄養法を行っている状態
- ・ 在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態
- ・ 在宅自己導尿を行っている状態
- ・ 在宅人工呼吸を行っている状態
- ・ 植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
- ・ 肺高血圧症であって、プロスタグランジン I2 製剤を投与されている状態
- ・ 気管切開を行っている状態
- ・ 気管カニューレを使用している状態
- ・ ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
- ・ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

エ 「特掲診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）の別表第 8 の 3（在宅時医学総合管理料の注 10（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。））に該当し、本通知別添 1 第 2 章第 2 部「C 0 0 2」在宅時医学総合管理料及び「C 0 0 2－2」施設入居時等医学総合管理料の(23)に規定する状態にある以下の患者

(別表第 8 の 3)

(イ) 要介護三以上の状態又はこれに準ずる状態

介護保険法第 7 条に規定する要介護状態区分における要介護 3、要介護 4 若しくは要介護 5 である状態又は障害者総合支援法における障害支援区分において障害支援区分 2 以上と認定されている状態をいう。

(ロ) 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難が見られ、介護を必要とする認知症の状態

医師が「認知症高齢者の日常生活自立度」におけるランクⅢ以上と診断した状態をいう。

(ハ) 頻回の訪問看護を受けている状態

週 1 回以上訪問看護を受けている状態をいう。

(二) 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態

訪問診療又は訪問看護において、注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特掲診療料の施設基準等第 4 の 1 の 6（3）に掲げる処置のうち、ヨからレまで及びツ

からフまでに規定する処置を除く。)を受けている状態をいう。

(ホ) 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

特定施設、認知症対応型共同生活介護事業所、特別養護老人ホーム、障害者総合支援法第5条第11項に規定する障害者支援施設等に入居又は入所する患者であつて、医師による文書での指示を受け、当該施設に配置された看護職員による注射又は処置を受けている状態をいう。処置の範囲はエの例による。

(ヘ) 麻薬の投薬を受けている状態

医師から麻薬の投薬を受けている状態をいう。

(ト) 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

以下のいずれかに該当する患者の状態をいう。

① 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症、児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病（同条第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）及び同法第56条の6第2項に規定する障害児に該当する状態である15歳未満の患者

② 出生時の体重が1,500g未満であつた1歳未満の患者

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

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（特掲診療料の施設基準等第4の1の6(3)に掲げる処置のうち、ヨからコまでに規定する処置をいう。）を行っている患者

(8) 在宅薬学総合体制加算2のイの算定に当たっては、算定しようとする保険薬局が(7)のア又はイのいずれに該当するかを調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、算定対象の患者が(7)のウ又はエのうちいずれの状態に該当するかを調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。

12 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、小数点以下第一位を四捨五入する。次に「注5」の地域支援・医薬品供給対応体制加算、「注6」の連携強化加算、「注7」のバイオ後続品調剤体制加算、「注8」の後発医薬品減算、「注12」の在宅薬学総合体制加算1、「注13」の在宅薬学総合体制加算2、「注14」の電子的調剤情報連携体制整備加算及び「注15」の門前薬局等立地依存減算のうち該当するもの（特別調剤基本料Aを算定する保険薬局においては、「注5」の地域支援・医薬品供給対応体制加算、「注7」のバイオ後続品調剤体制加算、「注12」の在宅薬学総合体制加算1及び「注13」の在宅薬学総合体制加算2の所定点数に100分の1

0 を乗じ、それぞれ小数点以下第一位を四捨五入する。) の加算等を行う。ただし、当該点数が 3 点未満になる場合は、3 点を算定する。

#### <薬学管理料>

##### 区分 10 の 3 服薬管理指導料

##### 4 服薬管理指導料 4

##### (4) 服薬管理指導料「4 のロ」の留意点

エ 在宅患者訪問薬剤管理指導料又は服薬管理指導料「4 のロ」を月 2 回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定回数は週 1 回を限度とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 から 3 までと合わせて週 2 回かつ月 8 回に限り算定できる。

##### 14 服薬管理指導料の特例（手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局が算定する服薬管理指導料）

(1) 「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、3 月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料（服薬管理指導料 3 並びに服薬管理指導料 4 のイのうち介護老人福祉施設等の患者に係るもの、同 4 のロ及びハに係るものを除く。）の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合が 50% 以下である保険薬局であること。算定回数の割合は小数点以下を四捨五入して算出する。

##### 区分 15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

(8) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（4）の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

イ 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医と連携する他の保険医から緊急予め定めた訪問の計画以外の要請があった日付及び当該要請の内容並びに当該要請に基づき訪問薬剤管理指導を実施した旨

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  
(令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 7 号)

第 1 基本診療料の施設基準等

- 8 基本診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 2 条第 1 号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第 2 号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）又は育児・介護休業法第 23 条第 2 項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第 24 条第 1 項の規定により同項第 2 号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項若しくは第 3 項、第 23 条の 3 又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第 4 経過措置等

表 3 施設基準が改正された入院基本料等（届出を必要としないもの）

- ・ 特定機能病院 C 入院基本料 ~~（7 対 1 入院基本料（一般病棟に限る。）を除く。）~~

## 入院基本料等の施設基準等

第 1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援、身体的拘束最小化及び継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援、身体的拘束最小化及び継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

### 6 意思決定支援の基準

当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。ただし、小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、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有する保険医療機関についてはこの限りでない。

## 第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準

病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとす。

4 の 2 急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料 1 に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。

(12) 令和 8 年 3 月 31 日において、現に急性期一般入院基本料（急性期一般入院料 6 を除く。）

及び 7 対 1 入院基本料（結核病棟入院基本料、~~特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）~~

及び専門病院入院基本料）に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和 8 年 9 月 30 日までの間は令和 8 年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。また、令和 8 年 3 月 31 日において、現に急性期一般入院料 1 に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り、急性期病院一般入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準を、現に 7 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、7 対 1 入院基本料（特定機能病院 A 入院基本料、特定機能病院 B 入院基本料又は特定機能病院 C 入院基本料）（一般病棟に限る。）の重症度、医療・看護必要度の基準を令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り満たすものとみなす。また、令

和 8 年 3 月 31 日時点で急性期一般入院料 6、7 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（結核病棟入院基本料に限る。））、10 対 1 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）及び地域一般入院料 1 の届出を行っている病棟にあつては、令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り、令和 8 年度改定前の「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」（令和 6 年 3 月 5 日保医発第 0305 第 5 号。以下「令和 8 年度改定前の基本診療料施設基準通知」という。）の別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

4 の 3 急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院料 1 及び 7 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数については、次の点に留意すること。

（2）常勤の医師の数

ア 医師数は、常勤（週 4 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 31 時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項、同法第 23 条の 3 又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、所定労働時間が週 30 時間以上であることをいう。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32 時間未満の場合は、32 時間）の勤務をもって常勤 1 名として換算する。

入院基本料等加算の施設基準等

第 4 の 2 医師事務作業補助体制加算

1 通則

- (1) 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、急性期総合体制加算や急性期看護補助体制加算、地域医療体制確保加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

カ 当該計画には、医師の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも 2 項目以上を含んでいること。

- ① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
- ③ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ④ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑤ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑥ 育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項、同法第 23 条の 3又は同法第 24 条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

- (2) (1)のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15 対 1 補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15 床ごとに 1 名以上、20 対 1 補助体制加算の場合は 20 床ごとに 1 名以上、25 対 1 補助体制加算の場合は 25 床ごとに 1 名以上、30 対 1 補助体制加算の場合は 30 床ごとに 1 名以上、40 対 1 補助体制加算の場合は 40 床ごとに 1 名以上、50 対 1 補助体制加算の場合は 50 床ごとに 1 名以上、75 対 1 補助体制加算の場合は 75 床ごとに 1 名以上、100 対 1 補助体制加算の場合は 100 床ごとに 1 名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週 4 日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週 31 時間以上である者をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項、同法第 23 条の 3又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週 30 時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32 時間未満の場合は、32 時間）の勤務をもって常勤 1 名として換算する。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。

特定入院料の施設基準等

第 11 回復期リハビリテーション病棟入院料

1 通則

(7) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する 1 日当たりリハビリテーション提供単位数は平均 3 単位以上（回復期リハビリテーション病棟入院料 5 及び回復期リハビリテーション病棟入院医療管理料にあっては、2 単位以上）であること。なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近 1 か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者（「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。）に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数（その費用が回復期リハビリテーション病棟入院料等に含まれるもの及び選定療養として行われたものを除く。）

イ 直近 1 か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数

## 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧

※のついたレセプト電算処理システム用コードについては、重症度、医療・看護必要度Iを評価する場合のみに用いること。

| 重症度、医療・看護必要度の項目        | レセプト電算処理システム用コード     | 診療行為名称                           |   |
|------------------------|----------------------|----------------------------------|---|
| A 1 創傷処置（褥瘡の処置を除く）     | 140000610            | 創傷処置（100cm2未満）                   |   |
|                        | 140000710            | 創傷処置（100cm2以上500cm2未満）           |   |
|                        | 140000810            | 創傷処置（500cm2以上3000cm2未満）          |   |
|                        | 140000910            | 創傷処置（3000cm2以上6000cm2未満）         |   |
|                        | 140001010            | 創傷処置（6000cm2以上）                  |   |
|                        | 140062110            | 下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）            |   |
|                        | 140062210            | 下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍）          |   |
|                        | 140062310            | 下肢創傷処置（足部（踵を除く）の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍）    |   |
|                        | 140032010            | 熱傷処置（100cm2未満）                   |   |
|                        | 140032110            | 熱傷処置（100cm2以上500cm2未満）           |   |
|                        | 140032210            | 熱傷処置（500cm2以上3000cm2未満）          |   |
|                        | 140036510            | 熱傷処置（3000cm2以上6000cm2未満）         |   |
|                        | 140036610            | 熱傷処置（6000cm2以上）                  |   |
|                        | 140034830            | 電撃傷処置（100cm2未満）                  |   |
|                        | 140034930            | 電撃傷処置（100cm2以上500cm2未満）          |   |
|                        | 140035030            | 電撃傷処置（500cm2以上3000cm2未満）         |   |
|                        | 140035130            | 電撃傷処置（3000cm2以上6000cm2未満）        |   |
|                        | 140035230            | 電撃傷処置（6000cm2以上）                 |   |
|                        | 140035430            | 凍傷処置（100cm2未満）                   |   |
|                        | 140035530            | 凍傷処置（100cm2以上500cm2未満）           |   |
|                        | 140035630            | 凍傷処置（500cm2以上3000cm2未満）          |   |
|                        | 140035730            | 凍傷処置（3000cm2以上6000cm2未満）         |   |
|                        | 140035830            | 凍傷処置（6000cm2以上）                  |   |
|                        | 140036030            | 凍傷処置（100cm2未満）                   |   |
|                        | 140036130            | 凍傷処置（100cm2以上500cm2未満）           |   |
|                        | 140036230            | 凍傷処置（500cm2以上3000cm2未満）          |   |
|                        | 140036330            | 凍傷処置（3000cm2以上6000cm2未満）         |   |
|                        | 140036430            | 凍傷処置（6000cm2以上）                  |   |
| A 2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く） | 140005610            | 酸素吸入                             |   |
|                        | 140005750            | 突発性難聴に対する酸素療法                    |   |
|                        | 140005810            | 酸素テント                            |   |
|                        | 140005910            | 間歇的陽圧吸入法                         |   |
|                        | 140037810            | 鼻マスク式補助換気法                       |   |
|                        | 140006050            | 体外式陰圧人工呼吸器治療                     |   |
|                        | 140057410            | ハイフローセラピー（15歳以上）                 |   |
|                        | 140009310            | 人工呼吸                             |   |
|                        | 140063810            | 人工呼吸（5時間超15日以降）                  |   |
|                        | 140023510            | 人工呼吸（5時間超14日目まで）                 |   |
|                        | 140039850            | 閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入             |   |
|                        | 140039950            | 閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（5時間超14日目まで） |   |
|                        | 140064250            | 閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（5時間超15日以降）  |   |
|                        | 140009450            | 無水アルコール吸入療法                      |   |
|                        | 140023650            | 無水アルコール吸入療法（5時間超14日目まで）          |   |
|                        | 140063950            | 無水アルコール吸入療法（5時間超15日以降）           |   |
|                        | 140009550            | 人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）                  |   |
|                        | 140023750            | 人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（5時間超14日目まで）      |   |
|                        | 140064050            | 人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（5時間超15日以降）       |   |
|                        | 140009650            | 酸素吸入（マイクロアダプター）                  |   |
|                        | 140023850            | 酸素吸入（マイクロアダプター）（5時間超14日目まで）      |   |
|                        | 140064150            | 酸素吸入（マイクロアダプター）（5時間超15日以降）       |   |
|                        | 140009950            | 酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）            |   |
|                        | 140024150            | 酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超14日目まで） |   |
|                        | 140064450            | 酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超15日以降）  |   |
|                        | 140009750            | 人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）                  |   |
|                        | 140023950            | 人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（5時間超14日目まで）      |   |
|                        | 140064350            | 人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（5時間超15日以降）       |   |
|                        | 140039550            | 人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）                 |   |
|                        | 140039650            | 人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（5時間超14日目まで）     |   |
|                        | 140064750            | 人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（5時間超15日以降）      |   |
| A 3 注射薬剤3種類以上の管理       | 別紙7別表2の薬剤を除く、注射薬剤の種類 |                                  | 0 |
| A 4 シリンジポンプの管理         | 130000210            | 精密持続点滴注射加算                       |   |
| A 5 輸血や血液製剤の管理         | 620004744            | 人全血液－LR「日赤」                      |   |
|                        | 620004745            | 人全血液－LR「日赤」                      |   |
|                        | 620004679            | 照射人全血液－LR「日赤」                    |   |
|                        | 620004680            | 照射人全血液－LR「日赤」                    |   |
|                        | 621609201            | 濃厚血小板－LR「日赤」                     |   |
|                        | 621609301            | 濃厚血小板－LR「日赤」                     |   |
|                        | 621609401            | 濃厚血小板－LR「日赤」                     |   |
|                        | 621609501            | 濃厚血小板－LR「日赤」                     |   |
|                        | 621609601            | 濃厚血小板－LR「日赤」                     |   |
|                        | 621609701            | 濃厚血小板－LR「日赤」                     |   |
|                        | 622191301            | 合成血液－LR「日赤」                      |   |
|                        | 622191401            | 合成血液－LR「日赤」                      |   |
|                        | 622191101            | 解凍赤血球液－LR「日赤」                    |   |
|                        | 622191201            | 解凍赤血球液－LR「日赤」                    |   |
|                        | 621772801            | 赤血球液－LR「日赤」                      |   |
|                        | 621772901            | 赤血球液－LR「日赤」                      |   |
|                        | 621772601            | 新鮮凍結血漿－LR「日赤」120                 |   |
|                        | 621772701            | 新鮮凍結血漿－LR「日赤」240                 |   |
|                        | 622192101            | 新鮮凍結血漿－LR「日赤」480                 |   |
|                        | 622190901            | 洗浄赤血球液－LR「日赤」                    |   |
|                        | 622191001            | 洗浄赤血球液－LR「日赤」                    |   |
|                        | 621609801            | 濃厚血小板HLA－LR「日赤」                  |   |
|                        | 621609901            | 濃厚血小板HLA－LR「日赤」                  |   |
|                        | 621610001            | 濃厚血小板HLA－LR「日赤」                  |   |
|                        | 621772001            | 照射赤血球液－LR「日赤」                    |   |
|                        | 621772101            | 照射赤血球液－LR「日赤」                    |   |
|                        | 621602201            | 照射濃厚血小板－LR「日赤」                   |   |
|                        | 621602301            | 照射濃厚血小板－LR「日赤」                   |   |
|                        | 621602401            | 照射濃厚血小板－LR「日赤」                   |   |
|                        | 622984701            | 照射濃厚血小板－LRBS「日赤」                 |   |
|                        | 621602501            | 照射濃厚血小板－LR「日赤」                   |   |
|                        | 622984801            | 照射濃厚血小板－LRBS「日赤」                 |   |
|                        | 621602601            | 照射濃厚血小板－LR「日赤」                   |   |
|                        | 622984901            | 照射濃厚血小板－LRBS「日赤」                 |   |
|                        | 621602701            | 照射濃厚血小板－LR「日赤」                   |   |
|                        | 622985001            | 照射濃厚血小板－LRBS「日赤」                 |   |
|                        | 621602801            | 照射濃厚血小板HLA－LR「日赤」                |   |
|                        | 622985201            | 照射濃厚血小板HLA－LRBS「日赤」              |   |
|                        | 621602901            | 照射濃厚血小板HLA－LR「日赤」                |   |
|                        | 622985301            | 照射濃厚血小板HLA－LRBS「日赤」              |   |
|                        | 621603001            | 照射濃厚血小板HLA－LR「日赤」                |   |
|                        | 622985401            | 照射濃厚血小板HLA－LRBS「日赤」              |   |
|                        | 622985101            | 照射濃厚血小板HLA－LRBS「日赤」              |   |
|                        | 622191701            | 照射解凍赤血球液－LR「日赤」                  |   |
|                        | 622191801            | 照射解凍赤血球液－LR「日赤」                  |   |
|                        | 622191901            | 照射合成血液－LR「日赤」                    |   |
|                        | 622192001            | 照射合成血液－LR「日赤」                    |   |
|                        | 622191501            | 照射洗浄赤血球液－LR「日赤」                  |   |
|                        | 622191601            | 照射洗浄赤血球液－LR「日赤」                  |   |
|                        | 622487001            | 照射洗浄血小板－LR「日赤」                   |   |

| 重症度、医療・看護必要度の項目 | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                          |
|-----------------|------------------|---------------------------------|
|                 | 622985501        | 照射洗浄血小板-LRBS「日赤」                |
|                 | 622487101        | 照射洗浄血小板HLA-LR「日赤」               |
|                 | 622985601        | 照射洗浄血小板HLA-LRBS「日赤」             |
|                 | 621151301        | 献血ベニロン-1 静注用500mg               |
|                 | 621151701        | 献血ベニロン-1 静注用2500mg              |
|                 | 621449901        | 献血ベニロン-1 静注用5000mg              |
|                 | 621152901        | 献血グロベニン-1 静注用500mg              |
|                 | 621153301        | 献血グロベニン-1 静注用2500mg             |
|                 | 621450001        | 献血グロベニン-1 静注用5000mg             |
|                 | 646340035        | 抗HBs人免疫グロブリン                    |
|                 | 621153508        | 抗HBs人免疫グロブリン筋注1000単位/5mL「JB」    |
|                 | 646340065        | 抗HBs人免疫グロブリン                    |
|                 | 621153607        | 抗HBs人免疫グロブリン筋注200単位/1mL「JB」     |
|                 | 646340492        | 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅳ因子                   |
|                 | 622885801        | コンファクトF 静注用250単位                |
|                 | 621153808        | クロスエイトMC 静注用250単位               |
|                 | 646340493        | 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅳ因子                   |
|                 | 640431015        | コンコエイト-HT                       |
|                 | 622885901        | コンファクトF 静注用500単位                |
|                 | 621153909        | クロスエイトMC 静注用500単位               |
|                 | 646340494        | 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅳ因子                   |
|                 | 646340495        | 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅳ因子                   |
|                 | 622886001        | コンファクトF 静注用1000単位               |
|                 | 621154006        | クロスエイトMC 静注用1000単位              |
|                 | 622454900        | 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅳ因子                   |
|                 | 622454901        | クロスエイトMC 静注用2000単位              |
|                 | 622865100        | 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅳ因子                   |
|                 | 622865101        | クロスエイトMC 静注用3000単位              |
|                 | 646340510        | 乾燥抗D(Rho)人免疫グロブリン               |
|                 | 621154101        | 抗Dグロブリン筋注用1000倍「ニチヤク」           |
|                 | 621154105        | 抗D人免疫グロブリン筋注用1000倍「JB」          |
|                 | 646340451        | 乾燥抗破傷風人免疫グロブリン                  |
|                 | 621154207        | テタムP筋注用250単位                    |
|                 | 621154201        | 破傷風グロブリン筋注用250単位「ニチヤク」          |
|                 | 646340500        | 乾燥人血液凝固第9因子複合体 200国際単位(溶解液付)    |
|                 | 621154302        | PFSB-HT 静注用200単位「タケダ」           |
|                 | 646340501        | 乾燥人血液凝固第9因子複合体 400国際単位(溶解液付)    |
|                 | 646340502        | 乾燥人血液凝固第9因子複合体 500国際単位(溶解液付)    |
|                 | 621154502        | PFSB-HT 静注用500単位「タケダ」           |
|                 | 646340503        | 乾燥人血液凝固第9因子複合体 1,000国際単位(溶解液付)  |
|                 | 621356303        | 献血アルブミン5%静注5g/100mL「JB」         |
|                 | 620009135        | アルブミン-5%静注12.5g/250mL           |
|                 | 621755403        | 献血アルブミン5%静注12.5g/250mL「JB」      |
|                 | 621755302        | 献血アルブミン5%静注12.5g/250mL「タケダ」     |
|                 | 621155202        | 献血アルブミン20%静注4g/20mL「JB」         |
|                 | 621155502        | 献血アルブミン20%静注4g/20mL「タケダ」        |
|                 | 620008814        | 献血アルブミン25%静注5g/20mL「ベネシス」       |
|                 | 620008815        | 献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「ベネシス」    |
|                 | 620009136        | アルブミン-25%静注12.5g/50mL           |
|                 | 621450201        | 赤十字アルブミン25%静注12.5g/50mL         |
|                 | 621156608        | 献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「KMB」     |
|                 | 621645902        | 献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「タケダ」     |
|                 | 620009137        | アルブミン-ベアリング20%静注10.0g/50mL      |
|                 | 621157302        | 献血アルブミン20%静注10g/50mL「JB」        |
|                 | 621155408        | 献血アルブミン20%静注10g/50mL「KMB」       |
|                 | 621157403        | 献血アルブミン20%静注10g/50mL「タケダ」       |
|                 | 622979201        | 献血アルブミン25%静注25g/100mL「KMB」      |
|                 | 646340028        | 乾燥人フィブリノゲン                      |
|                 | 621157504        | フィブリノゲンHT 静注用1g「JB」             |
|                 | 646340054        | 人免疫グロブリン                        |
|                 | 621157617        | グロブリン筋注450mg/3mL「JB」            |
|                 | 621157604        | グロブリン筋注1500mg/10mL「JB」          |
|                 | 621157607        | ガンマグロブリン筋注450mg/3mL「タケダ」        |
|                 | 621157611        | ガンマグロブリン筋注1500mg/10mL「タケダ」      |
|                 | 621384901        | ファイバ静注用1000                     |
|                 | 620007377        | テタムP筋注シリンジ250                   |
|                 | 646340456        | 抗破傷風人免疫グロブリン                    |
|                 | 646340188        | 人ハプトグロビン                        |
|                 | 621158404        | ハプトグロビン静注2000単位「JB」             |
|                 | 622607401        | ガンマガード 静注用5g                    |
|                 | 621158701        | 献血アルブミン-4.4%静注4.4g/100mL        |
|                 | 621560801        | 献血アルブミン-4.4%静注11g/250mL         |
|                 | 646340261        | 乾燥抗HBs人免疫グロブリン                  |
|                 | 621159004        | ヘプスリン筋注用200単位                   |
|                 | 621159001        | 乾燥HBグロブリン筋注用200単位「ニチヤク」         |
|                 | 646340262        | 乾燥抗HBs人免疫グロブリン                  |
|                 | 621159104        | ヘプスリン筋注用1000単位                  |
|                 | 621159101        | 乾燥HBグロブリン筋注用1000単位「ニチヤク」        |
|                 | 646340491        | 乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ                  |
|                 | 620001350        | 献血ノンスロン500注射用                   |
|                 | 621159207        | ノイアート 静注用500単位                  |
|                 | 640453060        | 乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ                  |
|                 | 620001351        | 献血ノンスロン1500注射用                  |
|                 | 620003071        | ノイアート 静注用1500単位                 |
|                 | 620009201        | ベリナートP 静注用500                   |
|                 | 622926301        | ベリナート皮下注用2000                   |
|                 | 622821601        | ビリヴィジェン10%静注2.5g/25mL           |
|                 | 622683602        | ビリヴィジェン10%静注5g/50mL             |
|                 | 622683702        | ビリヴィジェン10%静注10g/100mL           |
|                 | 622683802        | ビリヴィジェン10%静注20g/200mL           |
|                 | 623000301        | グロベニン-110%静注5g/50mL             |
|                 | 623000401        | グロベニン-110%静注10g/100mL           |
|                 | 623000501        | グロベニン-110%静注20g/200mL           |
|                 | 621490001        | 献血ヴェノグロブリンIH5%静注5g/100mL        |
|                 | 622983900        | ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン5g100mL注射液 |
|                 | 622534401        | 献血ヴェノグロブリンIH10%静注0.5g/5mL       |
|                 | 622534501        | 献血ヴェノグロブリンIH10%静注2.5g/25mL      |
|                 | 622534601        | 献血ヴェノグロブリンIH10%静注5g/50mL        |
|                 | 622534701        | 献血ヴェノグロブリンIH10%静注10g/100mL      |
|                 | 622534801        | 献血ヴェノグロブリンIH10%静注20g/200mL      |
|                 | 646340497        | 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅴ因子                   |
|                 | 622408201        | ノバクトM 静注用500単位                  |
|                 | 646340499        | 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅴ因子                   |
|                 | 622408301        | ノバクトM 静注用1000単位                 |
|                 | 622034100        | 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅴ因子                   |
|                 | 622034200        | 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅴ因子                   |
|                 | 622408401        | ノバクトM 静注用2000単位                 |
|                 | 620009198        | フィブロガミンP 静注用                    |
|                 | 629903301        | アドベイト 静注用キット250                 |
|                 | 629903401        | アドベイト 静注用キット500                 |
|                 | 629903501        | アドベイト 静注用キット1000                |
|                 | 629903601        | アドベイト 静注用キット1500                |
|                 | 629903701        | アドベイト 静注用キット2000                |
|                 | 629903801        | アドベイト 静注用キット3000                |
|                 | 640412173        | ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン       |
|                 | 621161703        | テタノブリンIH 静注250単位                |
|                 | 640412174        | ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン       |
|                 | 621161803        | テタノブリンIH 静注1500単位               |

| 重症度、医療・看護必要度の項目 | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                                 |
|-----------------|------------------|----------------------------------------|
|                 | 622366301        | ノボセプンH I 静注用 1 m g シリンジ                |
|                 | 622366401        | ノボセプンH I 静注用 2 m g シリンジ                |
|                 | 622366501        | ノボセプンH I 静注用 5 m g シリンジ                |
|                 | 640443038        | 注射用アナクトC 2, 5 0 0 単位                   |
|                 | 640453163        | ポリエチレングリコール処理抗H B s 人免疫グロブリン           |
|                 | 621450602        | ヘプスプリンI H 静注 1 0 0 0 単位                |
|                 | 621971601        | ベネフィクス静注用 5 0 0                        |
|                 | 621971701        | ベネフィクス静注用 1 0 0 0                      |
|                 | 621971801        | ベネフィクス静注用 2 0 0 0                      |
|                 | 622273601        | ベネフィクス静注用 3 0 0 0                      |
|                 | 622288001        | ハイゼントラ 2 0 % 皮下注 1 g / 5 m L           |
|                 | 622288101        | ハイゼントラ 2 0 % 皮下注 2 g / 1 0 m L         |
|                 | 622288201        | ハイゼントラ 2 0 % 皮下注 4 g / 2 0 m L         |
|                 | 622955401        | ハイゼントラ 2 0 % 皮下注 1 g / 5 m L シリンジ      |
|                 | 622955501        | ハイゼントラ 2 0 % 皮下注 2 g / 1 0 m L シリンジ    |
|                 | 622955601        | ハイゼントラ 2 0 % 皮下注 4 g / 2 0 m L シリンジ    |
|                 | 622950901        | キュービトル 2 0 % 皮下注 2 g / 1 0 m L         |
|                 | 622951001        | キュービトル 2 0 % 皮下注 4 g / 2 0 m L         |
|                 | 622951101        | キュービトル 2 0 % 皮下注 8 g / 4 0 m L         |
|                 | 622333001        | ノボエイト静注用 2 5 0                         |
|                 | 622333101        | ノボエイト静注用 5 0 0                         |
|                 | 622333201        | ノボエイト静注用 1 0 0 0                       |
|                 | 622333301        | ノボエイト静注用 1 5 0 0                       |
|                 | 622333401        | ノボエイト静注用 2 0 0 0                       |
|                 | 622333501        | ノボエイト静注用 3 0 0 0                       |
|                 | 622364101        | オルブロリクス静注用 5 0 0                       |
|                 | 622364201        | オルブロリクス静注用 1 0 0 0                     |
|                 | 622364301        | オルブロリクス静注用 2 0 0 0                     |
|                 | 622364401        | オルブロリクス静注用 3 0 0 0                     |
|                 | 622426501        | オルブロリクス静注用 2 5 0                       |
|                 | 622608701        | オルブロリクス静注用 4 0 0 0                     |
|                 | 622402801        | イロクテイト静注用 2 5 0                        |
|                 | 622402901        | イロクテイト静注用 5 0 0                        |
|                 | 622403001        | イロクテイト静注用 7 5 0                        |
|                 | 622403101        | イロクテイト静注用 1 0 0 0                      |
|                 | 622403201        | イロクテイト静注用 1 5 0 0                      |
|                 | 622403301        | イロクテイト静注用 2 0 0 0                      |
|                 | 622403401        | イロクテイト静注用 3 0 0 0                      |
|                 | 622682501        | イロクテイト静注用 4 0 0 0                      |
|                 | 622424901        | ノボサートーレン静注用 2 5 0 0                    |
|                 | 622442001        | アコアラン静注用 6 0 0                         |
|                 | 622583901        | アコアラン静注用 1 8 0 0                       |
|                 | 622623201        | アディノバイド静注用キット 2 5 0                    |
|                 | 622623501        | アディノバイド静注用キット 5 0 0                    |
|                 | 622623601        | アディノバイド静注用キット 1 0 0 0                  |
|                 | 622623701        | アディノバイド静注用キット 2 0 0 0                  |
|                 | 622646001        | アディノバイド静注用キット 1 5 0 0                  |
|                 | 622646101        | アディノバイド静注用キット 3 0 0 0                  |
|                 | 622489301        | コパールトリイ静注用 2 5 0                       |
|                 | 622489401        | コパールトリイ静注用 5 0 0                       |
|                 | 622489501        | コパールトリイ静注用 1 0 0 0                     |
|                 | 622489601        | コパールトリイ静注用 2 0 0 0                     |
|                 | 622489701        | コパールトリイ静注用 3 0 0 0                     |
|                 | 622526101        | イデルピオン静注用 2 5 0                        |
|                 | 622526201        | イデルピオン静注用 5 0 0                        |
|                 | 622526301        | イデルピオン静注用 1 0 0 0                      |
|                 | 622526401        | イデルピオン静注用 2 0 0 0                      |
|                 | 6229900101       | イデルピオン静注用 3 5 0 0                      |
|                 | 622595901        | エイフスチラ静注用 2 5 0                        |
|                 | 622596001        | エイフスチラ静注用 5 0 0                        |
|                 | 622596101        | エイフスチラ静注用 1 0 0 0                      |
|                 | 622596201        | エイフスチラ静注用 1 5 0 0                      |
|                 | 622596301        | エイフスチラ静注用 2 0 0 0                      |
|                 | 622596401        | エイフスチラ静注用 2 5 0 0                      |
|                 | 622596501        | エイフスチラ静注用 3 0 0 0                      |
|                 | 622608201        | ヘムライブラ皮下注 3 0 m g                      |
|                 | 622608301        | ヘムライブラ皮下注 6 0 m g                      |
|                 | 622608401        | ヘムライブラ皮下注 9 0 m g                      |
|                 | 622608501        | ヘムライブラ皮下注 1 0 5 m g                    |
|                 | 622608601        | ヘムライブラ皮下注 1 5 0 m g                    |
|                 | 6229931001       | ヘムライブラ皮下注 1 2 m g                      |
|                 | 622647001        | レフィキシア静注用 5 0 0                        |
|                 | 622647101        | レフィキシア静注用 1 0 0 0                      |
|                 | 622647201        | レフィキシア静注用 2 0 0 0                      |
|                 | 622658001        | ジビイ静注用 5 0 0                           |
|                 | 622658101        | ジビイ静注用 1 0 0 0                         |
|                 | 622658201        | ジビイ静注用 2 0 0 0                         |
|                 | 622658301        | ジビイ静注用 3 0 0 0                         |
|                 | 6229905101       | イスバロクト静注用 5 0 0                        |
|                 | 6229905201       | イスバロクト静注用 1 0 0 0                      |
|                 | 6229905301       | イスバロクト静注用 1 5 0 0                      |
|                 | 6229905401       | イスバロクト静注用 2 0 0 0                      |
|                 | 6229905501       | イスバロクト静注用 3 0 0 0                      |
|                 | 6229908001       | ボシペンディイ静注用 1 3 0 0                     |
|                 | 622842901        | リンスパッド点滴静注用 1000mg                     |
|                 | 6229912801       | スーイック静注用 2 5 0                         |
|                 | 6229912901       | スーイック静注用 5 0 0                         |
|                 | 6229913001       | スーイック静注用 1 0 0 0                       |
|                 | 6229913101       | スーイック静注用 2 0 0 0                       |
|                 | 6229913201       | スーイック静注用 2 5 0 0                       |
|                 | 6229913301       | スーイック静注用 3 0 0 0                       |
|                 | 6229913401       | スーイック静注用 4 0 0 0                       |
|                 | 622367201        | バイクロット配合静注用                            |
|                 | 622250701        | ノーモザンク点滴静注 2 5 0 m g                   |
|                 | 6229926801       | アレモ皮下注 15mg                            |
|                 | 6229926901       | アレモ皮下注 60mg                            |
|                 | 6229927001       | アレモ皮下注 150mg                           |
|                 | 6229925701       | オルツビーオ静注用 500                          |
|                 | 6229925801       | オルツビーオ静注用 1000                         |
|                 | 6229925601       | オルツビーオ静注用 250                          |
|                 | 6229925901       | オルツビーオ静注用 2000                         |
|                 | 6229926001       | オルツビーオ静注用 3000                         |
|                 | 6229926101       | オルツビーオ静注用 4000                         |
|                 | 6229929701       | オビザー静注用 5 0 0 5 0 0 単位 (溶解液付)          |
|                 | 622966401        | セブーロチン静注用 1 0 0 0 単位                   |
|                 | 6229933101       | ヒムベブジ皮下注 1 5 0 m g ベン                  |
|                 | 622367202        | バイクロット配合静注用 2. 5 m L                   |
|                 | 622979301        | バイクロット配合静注用 5 m L                      |
|                 | 622979401        | バイクロット配合静注用 1 0 m L                    |
|                 | 6229932701       | ハイキュービア 1 0 % 皮下注セット 5 g / 5 0 m L     |
|                 | 6229932501       | ハイキュービア 1 0 % 皮下注セット 1 0 g / 1 0 0 m L |
|                 | 6229932601       | ハイキュービア 1 0 % 皮下注セット 2 0 g / 2 0 0 m L |
|                 | 150224810        | 自家採血輸血 ( 1 回目)                         |
|                 | 150286210        | 自家採血輸血 ( 2 回目以降)                       |
|                 | 150224910        | 保存血液輸血 ( 1 回目)                         |
|                 | 150286310        | 保存血液輸血 ( 2 回目以降)                       |
|                 | 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)                 |

| 重症度、医療・看護必要度の項目                  | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                        |  |
|----------------------------------|------------------|-------------------------------|--|
|                                  | 150247010        | 自己血輸血（6歳以上）（液状保存）             |  |
|                                  | 150254810        | 自己血輸血（6歳以上）（凍結保存）             |  |
|                                  | 150390610        | 希釈式自己血輸血（6歳以上）                |  |
|                                  | 150225010        | 交換輸血                          |  |
|                                  | 150225210        | 骨髄内輸血加算（その他）                  |  |
|                                  | 150225110        | 骨髄内輸血加算（胸骨）                   |  |
|                                  | 150366370        | 血管露出術加算                       |  |
|                                  | 150225310        | 血液型加算（ABO式及びRh式）              |  |
|                                  | 150225410        | 不規則抗体加算                       |  |
|                                  | 150247110        | HLA型検査クラス1加算（A、B、C）           |  |
|                                  | 150278910        | HLA型検査クラス2加算（DR、DQ、DP）        |  |
|                                  | 150225510        | 血液交叉試験加算                      |  |
|                                  | 150225610        | 間接クームス検査加算                    |  |
|                                  | 150404970        | コンピュータクロスマッチ加算                |  |
|                                  | 150366470        | 血小板洗浄術加算                      |  |
|                                  | 150225850        | 自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手法科（1回目）   |  |
|                                  | 150287450        | 自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手法科（2回目以降） |  |
| A 6 専門的な治療・処置（①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）） | 620009152        | サンドスタチン皮下注用50μg               |  |
|                                  | 622504701        | オクトレオチド皮下注50μg「あすか」           |  |
|                                  | 622522901        | オクトレオチド酢酸塩皮下注50μg「サンド」        |  |
|                                  | 620009153        | サンドスタチン皮下注用100μg              |  |
|                                  | 622504801        | オクトレオチド皮下注100μg「あすか」          |  |
|                                  | 622523001        | オクトレオチド酢酸塩皮下注100μg「サンド」       |  |
|                                  | 622352101        | サンドスタチンLAR筋注用キット10mg          |  |
|                                  | 622352201        | サンドスタチンLAR筋注用キット20mg          |  |
|                                  | 622352301        | サンドスタチンLAR筋注用キット30mg          |  |
|                                  | 620008225        | バミドロン酸二Na点滴静注用15mg「サワイ」       |  |
|                                  | 620008226        | バミドロン酸二Na点滴静注用30mg「サワイ」       |  |
|                                  | 644210058        | 注射用イホマイド1g                    |  |
|                                  | 620009116        | フスルフェクス点滴静注用60mg              |  |
|                                  | 644210065        | 注射用サイメリン50mg                  |  |
|                                  | 644210066        | 注射用サイメリン100mg                 |  |
|                                  | 640451006        | アルケラン静注用50mg                  |  |
|                                  | 621982101        | アキダール点滴静注用100mg               |  |
|                                  | 620007515        | メソトレキセート点滴静注液200mg            |  |
|                                  | 622221301        | メソトレキセート点滴静注液1000mg           |  |
|                                  | 644210049        | 注射用メソトレキセート5mg                |  |
|                                  | 644210048        | 注射用メソトレキセート50mg               |  |
|                                  | 620003714        | キロサイド注20mg                    |  |
|                                  | 620003715        | キロサイド注40mg                    |  |
|                                  | 620003716        | キロサイド注60mg                    |  |
|                                  | 620003717        | キロサイド注100mg                   |  |
|                                  | 620003718        | キロサイド注200mg                   |  |
|                                  | 620003713        | キロサイドN注400mg                  |  |
|                                  | 621972001        | キロサイドN注1g                     |  |
|                                  | 622283003        | シタラビン点滴静注液1g「NIG」             |  |
|                                  | 622282903        | シタラビン点滴静注液400mg「NIG」          |  |
|                                  | 620914301        | サンラビン点滴静注用150mg               |  |
|                                  | 620914401        | サンラビン点滴静注用200mg               |  |
|                                  | 620914501        | サンラビン点滴静注用250mg               |  |
|                                  | 620002600        | フルダラ静注用50mg                   |  |
|                                  | 620002618        | ロイコボリン注3mg 0.3%1mL            |  |
|                                  | 620005897        | アラノンジ―静注用250mg                |  |
|                                  | 622250601        | エボルトラ点滴静注20mg                 |  |
|                                  | 620007299        | コスメゲン静注用0.5mg                 |  |
|                                  | 620005148        | アクラシノン注射用20mg                 |  |
|                                  | 620005176        | ダウノマイシン静注用20mg                |  |
|                                  | 620003762        | テラルピン注射用10mg                  |  |
|                                  | 620005206        | ピノルビン注射用10mg                  |  |
|                                  | 620003763        | テラルピン注射用20mg                  |  |
|                                  | 620005207        | ピノルビン注射用20mg                  |  |
|                                  | 622513101        | ピノルビン注射用30mg                  |  |
|                                  | 620008800        | イダマイシン静注用5mg                  |  |
|                                  | 640462038        | カルセド注射用20mg                   |  |
|                                  | 640462039        | カルセド注射用50mg                   |  |
|                                  | 620007499        | マイロターグ点滴静注用5mg                |  |
|                                  | 640454006        | オンコピン注射用1mg                   |  |
|                                  | 644210059        | 注射用フィルデシン1mg                  |  |
|                                  | 644210060        | 注射用フィルデシン3mg                  |  |
|                                  | 620004777        | ラステット注100mg/5mL               |  |
|                                  | 620004760        | ベプシド注100mg                    |  |
|                                  | 620008173        | エトボシド点滴静注液100mg「サンド」 5mL      |  |
|                                  | 622220501        | エトボシド点滴静注液100mg「SN」           |  |
|                                  | 622101703        | エトボシド点滴静注100mg「NIG」           |  |
|                                  | 622903600        | エトボシド100mg 5mL注射液             |  |
|                                  | 622993001        | ヘイカムチン点滴静注液1mg/1mL            |  |
|                                  | 620005197        | ヘイカムチン注射用1.1mg                |  |
|                                  | 620003247        | ロイナーゼ注用5000                   |  |
|                                  | 620003248        | ロイナーゼ注用10000                  |  |
|                                  | 620008946        | ランダ注10mg/20mL                 |  |
|                                  | 620923301        | シスプラチン点滴静注10mg「マルコ」           |  |
|                                  | 620008947        | ランダ注25mg/50mL                 |  |
|                                  | 620923701        | シスプラチン点滴静注25mg「マルコ」           |  |
|                                  | 620008948        | ランダ注50mg/100mL                |  |
|                                  | 620924101        | シスプラチン点滴静注50mg「マルコ」           |  |
|                                  | 620001919        | 動注用アイエーコール100mg               |  |
|                                  | 620002591        | 動注用アイエーコール50mg                |  |
|                                  | 640454032        | ノバントロン注20mg                   |  |
|                                  | 644290005        | ノバントロン注10mg                   |  |
|                                  | 640407072        | アクブラ静注用10mg                   |  |
|                                  | 640407073        | アクブラ静注用50mg                   |  |
|                                  | 640407074        | アクブラ静注用100mg                  |  |
|                                  | 640462007        | ロイスタチン注8mg                    |  |
|                                  | 622919701        | トリセノックス点滴静注12mg               |  |
|                                  | 620006806        | ゼグザリン イットリウム（90Y）静注用セット       |  |
|                                  | 621954001        | ミリブラ動注用70mg                   |  |
|                                  | 621969701        | フスリテック点滴静注用1.5mg（溶解液付）        |  |
|                                  | 621969801        | フスリテック点滴静注用7.5mg（溶解液付）        |  |
|                                  | 622149401        | ボテリジオ点滴静注20mg                 |  |
|                                  | 629912501        | ボワイビー点滴静注用30mg                |  |
|                                  | 629912601        | ボワイビー点滴静注用140mg               |  |
|                                  | 629914701        | レミトロ点滴静注用300μg                |  |
|                                  | 629917001        | バドセブ点滴静注用30mg                 |  |
|                                  | 629923301        | バドセブ点滴静注用20mg                 |  |
|                                  | 622388101        | マブキャンパス点滴静注30mg               |  |
|                                  | 622449301        | ヨンデリス点滴静注用0.25mg              |  |
|                                  | 622449401        | ヨンデリス点滴静注用1mg                 |  |
|                                  | 622929301        | ビシバニール注射用1KE                  |  |
|                                  | 622929401        | ビシバニール注射用5KE                  |  |
|                                  | 620001918        | 注射用レザフィリン100mg                |  |
|                                  | 622797601        | ステボロニン点滴静注バッグ9000mg/300mL     |  |
|                                  | 622622401        | ベスボンサ点滴静注用1mg                 |  |
|                                  | 622654901        | ビーリンサイト点滴静注用35μg              |  |
|                                  | 629911001        | アキラルックス点滴静注250mg              |  |
|                                  | 629916001        | ユニツキシ点点滴静注17.5mg/5mL          |  |
|                                  | 622870001        | ルタデラ静注                        |  |
|                                  | 622875201        | ライアットMIBG-1131静注              |  |
|                                  | 622930501        | アークウィナーゼ筋注用10000              |  |

| 重症度、医療・看護必要度の項目                                    | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                     |  |
|----------------------------------------------------|------------------|----------------------------|--|
| A 6 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理) | 629922501        | イジユド点滴静注25mg               |  |
|                                                    | 629922601        | イジユド点滴静注300mg              |  |
|                                                    | 629922701        | リブタヨ点滴静注350mg              |  |
|                                                    | 629923701        | ベスレミ皮下注250μgシリンジ           |  |
|                                                    | 629923801        | ベスレミ皮下注500μgシリンジ           |  |
|                                                    | 640453025        | イムノマックスγ注100               |  |
|                                                    | 640453024        | イムノマックスγ注50                |  |
|                                                    | 646390065        | イムネース注35                   |  |
|                                                    | 614220011        | スタラシドカプセル50                |  |
|                                                    | 614220012        | スタラシドカプセル100               |  |
|                                                    | 620920403        | 塩酸プロカルバジンカプセル50mg「TYP」     |  |
|                                                    | 620005101        | ベサノイドカプセル10mg              |  |
|                                                    | 622669101        | ビジンプロ錠15mg                 |  |
|                                                    | 622669201        | ビジンプロ錠45mg                 |  |
|                                                    | 622688401        | ヴァンフリタ錠17.7mg              |  |
|                                                    | 622688501        | ヴァンフリタ錠26.5mg              |  |
|                                                    | 622696201        | ベネクレクスタ錠10mg               |  |
|                                                    | 622696301        | ベネクレクスタ錠50mg               |  |
|                                                    | 622696401        | ベネクレクスタ錠100mg              |  |
|                                                    | 622867601        | タズベリク錠200mg                |  |
|                                                    | 622871601        | ハイヤスタ錠10mg                 |  |
|                                                    | 622995401        | レットヴィモ錠40mg                |  |
|                                                    | 622995501        | レットヴィモ錠80mg                |  |
|                                                    | 622875401        | レットヴィモカプセル40mg             |  |
|                                                    | 622875501        | レットヴィモカプセル80mg             |  |
|                                                    | 622885601        | ルマケラス錠120mg                |  |
|                                                    | 622910401        | セムブリックス錠20mg               |  |
|                                                    | 622910501        | セムブリックス錠40mg               |  |
|                                                    | 622919601        | ジェセリ錠40mg                  |  |
|                                                    | 622926701        | エザルミア錠50mg                 |  |
|                                                    | 622926801        | エザルミア錠100mg                |  |
| A 6 専門的な治療・処置 (③ 麻薬の使用 (注射剤のみ))                    | 648110008        | アヘンアルカロイド塩酸塩注射液            |  |
|                                                    | 620009272        | バンオピン皮下注20mg               |  |
|                                                    | 648110009        | モルヒネ塩酸塩注射液                 |  |
|                                                    | 620003067        | アンベック注10mg                 |  |
|                                                    | 620009277        | モルヒネ塩酸塩注射液10mg「シオノギ」       |  |
|                                                    | 628504000        | モルヒネ塩酸塩注射液10mg「第一三共」       |  |
|                                                    | 628504304        | モルヒネ塩酸塩注射液10mg「タケダ」        |  |
|                                                    | 640407022        | モルヒネ塩酸塩注射液                 |  |
|                                                    | 620003068        | アンベック注50mg                 |  |
|                                                    | 620009278        | モルヒネ塩酸塩注射液50mg「シオノギ」       |  |
|                                                    | 628504500        | モルヒネ塩酸塩注射液50mg「第一三共」       |  |
|                                                    | 628504804        | モルヒネ塩酸塩注射液50mg「タケダ」        |  |
|                                                    | 640453051        | モルヒネ塩酸塩注射液                 |  |
|                                                    | 621454706        | モルヒネ塩酸塩注100mgシリンジ「テルモ」     |  |
|                                                    | 620001373        | アンベック注200mg                |  |
|                                                    | 620009279        | モルヒネ塩酸塩注射液200mg「第一三共」      |  |
|                                                    | 628505102        | モルヒネ塩酸塩注射液200mg「シオノギ」      |  |
|                                                    | 628505304        | モルヒネ塩酸塩注射液200mg「タケダ」       |  |
|                                                    | 628513501        | モルヒネ塩酸塩注射液200mg「テルモ」       |  |
|                                                    | 622135601        | オキファスト注10mg                |  |
|                                                    | 622685701        | オキシコドン注射液10mg「第一三共」        |  |
|                                                    | 622135701        | オキファスト注50mg                |  |
|                                                    | 622685801        | オキシコドン注射液50mg「第一三共」        |  |
|                                                    | 622625401        | ナルベイン注2mg                  |  |
|                                                    | 622625501        | ナルベイン注20mg                 |  |
|                                                    | 648110014        | 複方オキシコドン注射液                |  |
|                                                    | 648110001        | アヘンアルカロイド・アトロピン注射液         |  |
|                                                    | 648110002        | アヘンアルカロイド・スコボラミン注射液        |  |
|                                                    | 648110010        | 弱アヘンアルカロイド・スコボラミン注射液       |  |
|                                                    | 648110012        | 複方オキシコドン・アトロピン注射液          |  |
|                                                    | 648110006        | モルヒネ・アトロピン注射液              |  |
|                                                    | 648210005        | ベチジン塩酸塩注射液                 |  |
|                                                    | 628512804        | ベチジン塩酸塩注射液35mg「タケダ」        |  |
|                                                    | 648210006        | ベチジン塩酸塩注射液                 |  |
|                                                    | 628513304        | ベチジン塩酸塩注射液50mg「タケダ」        |  |
|                                                    | 621208101        | フェンタニル注射液0.1mg「第一三共」       |  |
|                                                    | 621899203        | フェンタニル注射液0.1mg「テルモ」        |  |
|                                                    | 621627101        | フェンタニル注射液0.25mg「第一三共」      |  |
|                                                    | 621899303        | フェンタニル注射液0.25mg「テルモ」       |  |
|                                                    | 621899403        | フェンタニル注射液0.5mg「テルモ」        |  |
|                                                    | 622905700        | フェンタニルケエン酸塩0.005%2mL注射液    |  |
|                                                    | 622905800        | フェンタニルケエン酸塩0.005%5mL注射液    |  |
|                                                    | 620004422        | アルチバ静注用2mg                 |  |
|                                                    | 622486801        | レミフェンタニル静注用2mg「第一三共」       |  |
|                                                    | 620004423        | アルチバ静注用5mg                 |  |
|                                                    | 622486901        | レミフェンタニル静注用5mg「第一三共」       |  |
|                                                    | 621208403        | ベチロールファン配合注HD              |  |
|                                                    | 621208503        | ベチロールファン配合注LD              |  |
| A 6 専門的な治療・処置 (④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理)                   | 618110006        | アヘン末                       |  |
|                                                    | 628500001        | アヘン末「第一三共」                 |  |
|                                                    | 618110004        | アヘン散                       |  |
|                                                    | 628500501        | アヘン散「第一三共」                 |  |
|                                                    | 618110002        | アヘンチンキ                     |  |
|                                                    | 628501001        | アヘンチンキ「第一三共」               |  |
|                                                    | 618110014        | アヘンアルカロイド塩酸塩               |  |
|                                                    | 618110025        | バンオピン「タケダ」                 |  |
|                                                    | 618110015        | エチルモルヒネ塩酸塩水和物              |  |
|                                                    | 618110017        | モルヒネ塩酸塩錠                   |  |
|                                                    | 620009255        | モルヒネ塩酸塩錠10mg「DSP」          |  |
|                                                    | 618110016        | モルヒネ塩酸塩水和物                 |  |
|                                                    | 620008346        | モルヒネ塩酸塩水和物「第一三共」原末         |  |
|                                                    | 620009256        | モルヒネ塩酸塩水和物「タケダ」原末          |  |
|                                                    | 610453130        | モルベス細粒2%                   |  |
|                                                    | 610453131        | モルベス細粒6%                   |  |
|                                                    | 622842701        | モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包30mg「フジモト」 |  |
|                                                    | 618110023        | MSコンチン錠10mg                |  |
|                                                    | 618110024        | MSコンチン錠30mg                |  |
|                                                    | 610406378        | MSコンチン錠60mg                |  |
|                                                    | 610453027        | MSツワイスロンカプセル10mg           |  |
|                                                    | 610453028        | MSツワイスロンカプセル30mg           |  |
|                                                    | 610453029        | MSツワイスロンカプセル60mg           |  |
|                                                    | 620003165        | バシーフカプセル30mg               |  |
|                                                    | 620003166        | バシーフカプセル60mg               |  |
|                                                    | 620003167        | バシーフカプセル120mg              |  |
|                                                    | 610470010        | オブゾ内服液5mg                  |  |
|                                                    | 610470011        | オブゾ内服液10mg                 |  |
|                                                    | 668110001        | アンベック坐剤10mg                |  |
|                                                    | 668110002        | アンベック坐剤20mg                |  |
|                                                    | 660432005        | アンベック坐剤30mg                |  |
|                                                    | 618110011        | コデインリン酸塩錠                  |  |
|                                                    | 620009226        | コデインリン酸塩錠20mg「第一三共」        |  |
|                                                    | 628505804        | コデインリン酸塩錠20mg「タケダ」         |  |
|                                                    | 618110009        | コデインリン酸塩水和物                |  |
|                                                    | 620009227        | コデインリン酸塩水和物「タケダ」原末         |  |
|                                                    | 628506001        | コデインリン酸塩水和物「第一三共」原末        |  |
|                                                    | 610462035        | コデインリン酸塩散10%               |  |
|                                                    | 620009225        | コデインリン酸塩散10%「タケダ」          |  |

| 重症度、医療・看護必要度の項目         | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                          |
|-------------------------|------------------|---------------------------------|
|                         | 628506500        | コデインリン酸塩散 10%「第一三共」             |
|                         | 618110012        | ジヒドロコデインリン酸塩                    |
|                         | 628507001        | ジヒドロコデインリン酸塩「第一三共」原末            |
|                         | 628507304        | ジヒドロコデインリン酸塩「タケダ」原末             |
|                         | 610462037        | ジヒドロコデインリン酸塩散 10%               |
|                         | 628507501        | ジヒドロコデインリン酸塩散 10%「第一三共」         |
|                         | 628507804        | ジヒドロコデインリン酸塩散 10%「タケダ」          |
|                         | 620003630        | メテパニール錠 2mg                     |
|                         | 622016901        | オキノーム散 2.5mg                    |
|                         | 622017001        | オキノーム散 5mg                      |
|                         | 622017101        | オキノーム散 10mg                     |
|                         | 622303901        | オキノーム散 20mg                     |
|                         | 622802101        | オキシコドン錠 2.5mg NX「第一三共」          |
|                         | 622802201        | オキシコドン錠 5mg NX「第一三共」            |
|                         | 622802301        | オキシコドン錠 10mg NX「第一三共」           |
|                         | 622802401        | オキシコドン錠 20mg NX「第一三共」           |
|                         | 622576301        | オキシコンチンTR錠 5mg                  |
|                         | 622685301        | オキシコドン徐放錠 5mg NX「第一三共」          |
|                         | 622576401        | オキシコンチンTR錠 10mg                 |
|                         | 622685401        | オキシコドン徐放錠 10mg NX「第一三共」         |
|                         | 622576501        | オキシコンチンTR錠 20mg                 |
|                         | 622685501        | オキシコドン徐放錠 20mg NX「第一三共」         |
|                         | 622576601        | オキシコンチンTR錠 40mg                 |
|                         | 622685601        | オキシコドン徐放錠 40mg NX「第一三共」         |
|                         | 622303501        | オキシコドン徐放カプセル 5mg「テルモ」           |
|                         | 622303601        | オキシコドン徐放カプセル 10mg「テルモ」          |
|                         | 622303701        | オキシコドン徐放カプセル 20mg「テルモ」          |
|                         | 622303801        | オキシコドン徐放カプセル 40mg「テルモ」          |
|                         | 622839101        | オキシコドン内服液 2.5mg「日本臓器」           |
|                         | 622839201        | オキシコドン内服液 5mg「日本臓器」             |
|                         | 622839301        | オキシコドン内服液 10mg「日本臓器」            |
|                         | 622839401        | オキシコドン内服液 20mg「日本臓器」            |
|                         | 622550201        | ナルラビド錠 1mg                      |
|                         | 622550301        | ナルラビド錠 2mg                      |
|                         | 622550501        | ナルラビド錠 4mg                      |
|                         | 622549801        | ナルサス錠 2mg                       |
|                         | 622549901        | ナルサス錠 6mg                       |
|                         | 622550001        | ナルサス錠 12mg                      |
|                         | 622550101        | ナルサス錠 24mg                      |
|                         | 618110001        | アヘン・トロン散                        |
|                         | 618110027        | ドーフル散                           |
|                         | 618210001        | ベチジン塩酸塩                         |
|                         | 622293501        | アブストラル吉下錠 100μg                 |
|                         | 622293601        | アブストラル吉下錠 200μg                 |
|                         | 622293701        | アブストラル吉下錠 400μg                 |
|                         | 622264901        | イーフェンバツカル錠 50μg                 |
|                         | 622265001        | イーフェンバツカル錠 100μg                |
|                         | 622265101        | イーフェンバツカル錠 200μg                |
|                         | 622265201        | イーフェンバツカル錠 400μg                |
|                         | 622265301        | イーフェンバツカル錠 600μg                |
|                         | 622265401        | イーフェンバツカル錠 800μg                |
|                         | 622212701        | メサペイン錠 5mg                      |
|                         | 622212801        | メサペイン錠 10mg                     |
|                         | 622228202        | フェンタニール 3 日用テープ 2.1mg「ユートク」     |
|                         | 620007678        | デュロテップMTパッチ 2.1mg               |
|                         | 622177901        | フェンタニール 3 日用テープ 2.1mg「HMT」      |
|                         | 622628101        | フェンタニール 3 日用テープ 2.1mg「トーワ」      |
|                         | 622305202        | フェンタニール 3 日用テープ 2.1mg「テイコク」     |
|                         | 622228302        | フェンタニール 3 日用テープ 4.2mg「ユートク」     |
|                         | 620007679        | デュロテップMTパッチ 4.2mg               |
|                         | 622178001        | フェンタニール 3 日用テープ 4.2mg「HMT」      |
|                         | 622628201        | フェンタニール 3 日用テープ 4.2mg「トーワ」      |
|                         | 622305302        | フェンタニール 3 日用テープ 4.2mg「テイコク」     |
|                         | 622228402        | フェンタニール 3 日用テープ 8.4mg「ユートク」     |
|                         | 620007680        | デュロテップMTパッチ 8.4mg               |
|                         | 622178101        | フェンタニール 3 日用テープ 8.4mg「HMT」      |
|                         | 622628301        | フェンタニール 3 日用テープ 8.4mg「トーワ」      |
|                         | 622305402        | フェンタニール 3 日用テープ 8.4mg「テイコク」     |
|                         | 622228502        | フェンタニール 3 日用テープ 12.6mg「ユートク」    |
|                         | 620007681        | デュロテップMTパッチ 12.6mg              |
|                         | 622178201        | フェンタニール 3 日用テープ 12.6mg「HMT」     |
|                         | 622628401        | フェンタニール 3 日用テープ 12.6mg「トーワ」     |
|                         | 622305502        | フェンタニール 3 日用テープ 12.6mg「テイコク」    |
|                         | 622228602        | フェンタニール 3 日用テープ 16.8mg「ユートク」    |
|                         | 620007682        | デュロテップMTパッチ 16.8mg              |
|                         | 622178301        | フェンタニール 3 日用テープ 16.8mg「HMT」     |
|                         | 622628501        | フェンタニール 3 日用テープ 16.8mg「トーワ」     |
|                         | 622305602        | フェンタニール 3 日用テープ 16.8mg「テイコク」    |
|                         | 622041901        | ワンデュロパッチ 0.84mg                 |
|                         | 622505002        | フェンタニール 1 日用テープ 0.84mg「ユートク」    |
|                         | 622042001        | ワンデュロパッチ 1.7mg                  |
|                         | 622505102        | フェンタニール 1 日用テープ 1.7mg「ユートク」     |
|                         | 622042101        | ワンデュロパッチ 3.4mg                  |
|                         | 622505202        | フェンタニール 1 日用テープ 3.4mg「ユートク」     |
|                         | 622042201        | ワンデュロパッチ 5mg                    |
|                         | 622505302        | フェンタニール 1 日用テープ 5mg「ユートク」       |
|                         | 622042301        | ワンデュロパッチ 6.7mg                  |
|                         | 622505402        | フェンタニール 1 日用テープ 6.7mg「ユートク」     |
|                         | 622700801        | ラフェンタテープ 1.38mg                 |
|                         | 622963800        | フェンタニール 1.38mg 貼付剤              |
|                         | 622700901        | ラフェンタテープ 2.75mg                 |
|                         | 622963900        | フェンタニール 2.75mg 貼付剤              |
|                         | 622701001        | ラフェンタテープ 5.5mg                  |
|                         | 622963000        | フェンタニール 5.5mg 貼付剤               |
|                         | 622701101        | ラフェンタテープ 8.25mg                 |
|                         | 622963100        | フェンタニール 8.25mg 貼付剤              |
|                         | 622701201        | ラフェンタテープ 11mg                   |
|                         | 622963200        | フェンタニール 11mg 貼付剤                |
|                         | 621988502        | フェントステープ 1mg                    |
|                         | 622643101        | フェンタニルケエン酸塩 1 日用テープ 1mg「第一三共」   |
|                         | 622696801        | フェンタニルケエン酸塩 1 日用テープ 1mg「テイコク」   |
|                         | 621988602        | フェントステープ 2mg                    |
|                         | 622643201        | フェンタニルケエン酸塩 1 日用テープ 2mg「第一三共」   |
|                         | 622696901        | フェンタニルケエン酸塩 1 日用テープ 2mg「テイコク」   |
|                         | 621988702        | フェントステープ 4mg                    |
|                         | 622643301        | フェンタニルケエン酸塩 1 日用テープ 4mg「第一三共」   |
|                         | 622697001        | フェンタニルケエン酸塩 1 日用テープ 4mg「テイコク」   |
|                         | 621988802        | フェントステープ 6mg                    |
|                         | 622643401        | フェンタニルケエン酸塩 1 日用テープ 6mg「第一三共」   |
|                         | 622697101        | フェンタニルケエン酸塩 1 日用テープ 6mg「テイコク」   |
|                         | 621988902        | フェントステープ 8mg                    |
|                         | 622643501        | フェンタニルケエン酸塩 1 日用テープ 8mg「第一三共」   |
|                         | 622697201        | フェンタニルケエン酸塩 1 日用テープ 8mg「テイコク」   |
|                         | 622645901        | フェントステープ 0.5mg                  |
|                         | 622856201        | フェンタニルケエン酸塩 1 日用テープ 0.5mg「テイコク」 |
|                         | 622842601        | モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包 10mg「フジモト」     |
| A 6 専門的な治療・処置 (⑤ 放射線治療) | 180008810        | 体外照射 (エックス線表在治療) (1 回目)         |
|                         | 180019410        | 体外照射 (エックス線表在治療) (2 回目)         |

| 重症度、医療・看護必要度の項目                  | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                           |  |
|----------------------------------|------------------|----------------------------------|--|
|                                  | 180762610        | 体外照射（高エネルギー放射線治療）（全乳房照射）         |  |
|                                  | 180762810        | 体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（１回目）１門    |  |
|                                  | 180762910        | 体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（２回目）１門    |  |
|                                  | 180763210        | 体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（１回目）２門以上  |  |
|                                  | 180763110        | 体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（１回目）運動照射  |  |
|                                  | 180763010        | 体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（１回目）原体照射  |  |
|                                  | 180763510        | 体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（２回目）２門以上  |  |
|                                  | 180763310        | 体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（２回目）運動照射  |  |
|                                  | 180763410        | 体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（２回目）原体照射  |  |
|                                  | 180762710        | 体外照射（高エネルギー放射線治療）（全乳房照射）（裏分割照射）  |  |
|                                  | 180763610        | 体外照射（IMRT）（前立腺照射）                |  |
|                                  | 180763810        | 体外照射（IMRT）（その他）                  |  |
|                                  | 180763710        | 体外照射（IMRT）（前立腺照射）（裏分割照射）         |  |
|                                  | 180763910        | 施設基準不適合減算（高エネルギー放射線治療）（１００分の６０）  |  |
|                                  | 180764010        | 体外照射（高エネルギー放射線治療）（治療を中止等）（７回目まで） |  |
|                                  | 180764110        | 体外照射（高エネルギー放射線治療）（治療を中止等）（８回目以降） |  |
|                                  | 180764210        | 体外照射（IMRT）（治療を中止等）（９回目まで）        |  |
|                                  | 180764310        | 体外照射（IMRT）（治療を中止等）（１０回目以降）       |  |
|                                  | 180009270        | 術中照射療法加算                         |  |
|                                  | 180016970        | 体外照射用固定器具加算（体外照射）                |  |
|                                  | 180054870        | 画像誘導放射線治療加算（腫瘍の位置情報）             |  |
|                                  | 180054770        | 画像誘導放射線治療加算（骨構造の位置情報）            |  |
|                                  | 180054670        | 画像誘導放射線治療加算（体表面の位置情報）            |  |
|                                  | 180764410        | 画像誘導放射線治療加算（高エネルギー放射線治療）全乳房照射    |  |
|                                  | 180764510        | 画像誘導放射線治療加算（IMRT）（前立腺照射）         |  |
|                                  | 180035270        | 体外照射呼吸性移動対策加算                    |  |
|                                  | 180764610        | 体外照射呼吸性移動対策加算（高エネルギー放射線治療）全乳房照射  |  |
|                                  | 180018910        | ガンマナイフによる定位放射線治療                 |  |
|                                  | 180019710        | 直線加速器による放射線治療（定位放射線治療）           |  |
|                                  | 180035310        | 直線加速器による放射線治療（１以外）               |  |
|                                  | 180028750        | 直線加速器による放射線治療（定位放射線治療・体幹部に対する）   |  |
|                                  | 180035470        | 定位放射線治療呼吸性移動対策加算（動物追尾法）          |  |
|                                  | 180035570        | 定位放射線治療呼吸性移動対策加算（その他）            |  |
|                                  | 180055110        | 粒子線治療（希少な疾病）（陽子線治療）              |  |
|                                  | 180055010        | 粒子線治療（希少な疾病）（重粒子線治療）             |  |
|                                  | 180055310        | 粒子線治療（１以外の特定の疾病）（陽子線治療）          |  |
|                                  | 180055210        | 粒子線治療（１以外の特定の疾病）（重粒子線治療）         |  |
|                                  | 180046970        | 粒子線治療適応判定加算                      |  |
|                                  | 180047070        | 粒子線治療医字管理加算                      |  |
|                                  | 180012710        | 全身照射                             |  |
|                                  | 180009410        | 密封小線源治療（外部照射）                    |  |
|                                  | 180017010        | 密封小線源治療（腔内照射）（高線量率イリジウム照射）       |  |
|                                  | 180032110        | 密封小線源治療（腔内照射）（新型コバルト小線源治療装置）     |  |
|                                  | 180009510        | 密封小線源治療（腔内照射）（その他）               |  |
|                                  | 180027110        | 密封小線源治療（組織内照射）（前立腺癌に対する永久挿入療法）   |  |
|                                  | 180018610        | 密封小線源治療（組織内照射）（高線量率イリジウム照射）      |  |
|                                  | 180032310        | 密封小線源治療（組織内照射）（新型コバルト小線源治療装置）    |  |
|                                  | 180009610        | 密封小線源治療（組織内照射）（その他）              |  |
|                                  | 180009710        | 密封小線源治療（放射性粒子照射）                 |  |
|                                  | 180027270        | 線源使用加算（密封小線源治療）（前立腺癌に対する永久挿入療法）  |  |
|                                  | 180018770        | 食道用アプリケーター加算（密封小線源治療）            |  |
|                                  | 180018870        | 気管、気管支用アプリケーター加算（密封小線源治療）        |  |
|                                  | 180047170        | 画像誘導密封小線源治療加算                    |  |
| A 6 専門的な治療・処置（⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）） | 620007335        | ソル・コーテプ注射用１００mg                  |  |
|                                  | 620007332        | ソル・コーテプ静注用２５０mg                  |  |
|                                  | 620007333        | ソル・コーテプ静注用５００mg                  |  |
|                                  | 620004661        | ケナコルトーA皮内用関節腔内用水懸注５０mg／５mL       |  |
|                                  | 620004660        | ケナコルトーA筋注用関節腔内用水懸注４０mg／１mL       |  |
|                                  | 620002613        | リンデロン注２mg（０．４％）                  |  |
|                                  | 620003829        | リノザール注射液２mg（０．４％）                |  |
|                                  | 620002614        | リンデロン注４mg（０．４％）                  |  |
|                                  | 620003830        | リノザール注射液４mg（０．４％）                |  |
|                                  | 620002615        | リンデロン注２０mg（０．４％）                 |  |
|                                  | 620003831        | リノザール注射液２０mg（０．４％）               |  |
|                                  | 620002616        | リンデロン注２０mg（２％）                   |  |
|                                  | 620002617        | リンデロン注１００mg（２％）                  |  |
|                                  | 620525001        | デカドロン注射液１．６５mg                   |  |
|                                  | 620525101        | デキサート注射液１．６５mg                   |  |
|                                  | 620525201        | オルガドロン注射液１．９mg                   |  |
|                                  | 620525301        | デカドロン注射液３．３mg                    |  |
|                                  | 620525401        | デキサート注射液３．３mg                    |  |
|                                  | 620525801        | オルガドロン注射液３．８mg                   |  |
|                                  | 620525601        | デカドロン注射液６．６mg                    |  |
|                                  | 620525701        | デキサート注射液６．６mg                    |  |
|                                  | 620525901        | オルガドロン注射液１．９mg                   |  |
|                                  | 620003832        | リメタゾン静注２．５mg                     |  |
|                                  | 642450087        | リンデロン懸濁注                         |  |
|                                  | 620007356        | フル・メドロール静注用４０mg                  |  |
|                                  | 620007357        | フル・メドロール静注用１２５mg                 |  |
|                                  | 620007358        | フル・メドロール静注用５００mg                 |  |
|                                  | 620007359        | フル・メドロール静注用１０００mg                |  |
|                                  | 620007381        | デボ・メドロール水懸注２０mg                  |  |
|                                  | 620007382        | デボ・メドロール水懸注４０mg                  |  |
|                                  | 642450115        | 注射用ブレドニゾンコハク酸エステルナトリウム           |  |
|                                  | 642450169        | 水溶性ブレドニン１０mg                     |  |
|                                  | 642450116        | 注射用ブレドニゾンコハク酸エステルナトリウム           |  |
|                                  | 642450170        | 水溶性ブレドニン２０mg                     |  |
|                                  | 642450117        | 注射用ブレドニゾンコハク酸エステルナトリウム           |  |
|                                  | 642450171        | 水溶性ブレドニン５０mg                     |  |
|                                  | 620894001        | サンディミョン点滴静注用２５０mg                |  |
|                                  | 643990141        | プログラブ注射液５mg                      |  |
|                                  | 622047401        | プログラブ注射液２mg                      |  |
|                                  | 620008850        | スバニン点滴静注用１００mg                   |  |
|                                  | 620009011        | ステロネマ注腸３mg                       |  |
|                                  | 620009010        | ステロネマ注腸１．５mg                     |  |
|                                  | 622944201        | アトガム点滴静注液250mg                   |  |
|                                  | 629919601        | ウィフガート点滴静注４００mg                  |  |
|                                  | 629924801        | リスティエゴ皮下注２８０mg                   |  |
|                                  | 629927801        | ヒプデュア配合皮下注５．６mL                  |  |
|                                  | 622949301        | シルビスク皮下注１６．６mgシリンジ               |  |
|                                  | 622949401        | シルビスク皮下注２３．０mgシリンジ               |  |
|                                  | 622949501        | シルビスク皮下注３２．４mgシリンジ               |  |
|                                  | 629931901        | リスティエゴ皮下注４２０mg                   |  |
|                                  | 629937201        | アイマービー点滴静注３００mg                  |  |
|                                  | 629937101        | アイマービー点滴静注１２００mg                 |  |
|                                  | 621459501        | シムレクト静注用２０mg                     |  |
|                                  | 621882501        | シムレクト小児用静注用１０mg                  |  |
| A 6 専門的な治療・処置（⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ））   | 620008805        | エホチール注１０mg                       |  |
|                                  | 620002175        | イノバン注１００mg                       |  |
|                                  | 620244718        | ドバミン塩酸塩点滴静注１００mg「NP」             |  |
|                                  | 620244701        | ドバミン塩酸塩点滴静注１００mg「イセイ」            |  |
|                                  | 620244707        | ドバミン塩酸塩点滴静注１００mg「KCC」            |  |
|                                  | 620244702        | ドバミン塩酸塩点滴静注１００mg「ツルハラ」           |  |
|                                  | 620245102        | ツルドバミ点滴静注２００mg                   |  |
|                                  | 620003194        | イノバン注０．１％シリンジ                    |  |
|                                  | 620003195        | イノバン注０．３％シリンジ                    |  |
|                                  | 620004105        | イノバン注０．６％シリンジ                    |  |
|                                  | 621644502        | ドバミン塩酸塩点滴静注液２００mgキット「KCC」        |  |

| 重症度、医療・看護必要度の項目                    | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                          |  |
|------------------------------------|------------------|---------------------------------|--|
|                                    | 620246106        | ドパミン塩酸塩点滴静注液200mgキット「VTRS」      |  |
|                                    | 621644602        | ドパミン塩酸塩点滴静注液600mgキット「KCC」       |  |
|                                    | 620246405        | ドパミン塩酸塩点滴静注液600mgキット「VTRS」      |  |
|                                    | 620244734        | ドパミン塩酸塩点滴静注液100mg「NIG」          |  |
|                                    | 620244736        | ドパミン塩酸塩点滴静注液100mg「VTRS」         |  |
|                                    | 621399014        | ドパミン塩酸塩点滴静注液50mg「NIG」           |  |
|                                    | 622060503        | ドパミン塩酸塩点滴静注液200mg「NIG」          |  |
|                                    | 620246306        | ドパミン塩酸塩点滴静注液200mgバッグ「NIG」       |  |
|                                    | 620246606        | ドパミン塩酸塩点滴静注液600mgバッグ「NIG」       |  |
|                                    | 642110084        | ドブトレックス注射液100mg                 |  |
|                                    | 620005187        | ドブタミン点滴静注100mg「アイロム」            |  |
|                                    | 622749700        | ドブタミン塩酸塩100mg注射液                |  |
|                                    | 621365314        | ドブタミン塩酸塩点滴静注液100mg「サワイ」         |  |
|                                    | 621365316        | ドブタミン点滴静注液100mg「F」              |  |
|                                    | 621365323        | ドブタミン点滴静注液100mg「VTRS」           |  |
|                                    | 620247905        | ドブタミン点滴静注液200mgキット「VTRS」        |  |
|                                    | 620248005        | ドブタミン点滴静注液600mgキット「VTRS」        |  |
|                                    | 620005188        | ドブトレックス点滴静注用200mg               |  |
|                                    | 620005189        | ドブトレックス点滴静注用600mg               |  |
|                                    | 621512001        | ドブタミン持続静注50mgシリンジ「KKC」          |  |
|                                    | 622984400        | ドブタミン塩酸塩0.1%50mLキット             |  |
|                                    | 621512002        | ドブタミン持続静注50mgシリンジ「テルモ」          |  |
|                                    | 621512101        | ドブタミン持続静注150mgシリンジ「KKC」         |  |
|                                    | 622984500        | ドブタミン塩酸塩0.3%50mLキット             |  |
|                                    | 621512102        | ドブタミン持続静注150mgシリンジ「テルモ」         |  |
|                                    | 621757901        | ドブタミン持続静注300mgシリンジ「KKC」         |  |
|                                    | 622984600        | ドブタミン塩酸塩0.6%50mLキット             |  |
|                                    | 621757902        | ドブタミン持続静注300mgシリンジ「テルモ」         |  |
|                                    | 620002593        | ネオシネジンコーワ注1mg                   |  |
|                                    | 620002594        | ネオシネジンコーワ注5mg                   |  |
|                                    | 642450005        | アドレナリン注射液                       |  |
|                                    | 620517902        | ボスミン注1mg                        |  |
|                                    | 642450071        | ノルアドレナリン注射液                     |  |
|                                    | 620008384        | ノルアドレナリン注1mg                    |  |
|                                    | 621371901        | アドレナリン注0.1%シリンジ「テルモ」            |  |
|                                    | 628704702        | エビベン注射液0.15mg                   |  |
|                                    | 628704802        | エビベン注射液0.3mg                    |  |
| A 6 専門的な治療・処置 (⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ)) | 641210020        | リドカイン注射液                        |  |
|                                    | 641210093        | キシロカイン注射液0.5%                   |  |
|                                    | 641210094        | リドカイン注「NM」0.5%                  |  |
|                                    | 641210021        | リドカイン注射液                        |  |
|                                    | 641210096        | キシロカイン0.5%筋注用溶解液                |  |
|                                    | 641210022        | リドカイン注射液                        |  |
|                                    | 641210099        | キシロカイン注射液1%                     |  |
|                                    | 641210100        | リドカイン注「NM」1%                    |  |
|                                    | 641210023        | リドカイン注射液                        |  |
|                                    | 641210102        | キシロカイン注射液2%                     |  |
|                                    | 641210103        | リドカイン注「NM」2%                    |  |
|                                    | 641210024        | リドカイン注射液                        |  |
|                                    | 641210105        | 静注用キシロカイン2%                     |  |
|                                    | 620166503        | リドカイン静注液2%「タカタ」                 |  |
|                                    | 641210025        | リドカイン注射液                        |  |
|                                    | 621670602        | リドカイン点滴静注液1%「タカタ」               |  |
|                                    | 642120014        | プロカイナミド塩酸塩注射液                   |  |
|                                    | 620008355        | アミサリン注100mg                     |  |
|                                    | 642120015        | プロカイナミド塩酸塩注射液                   |  |
|                                    | 620008356        | アミサリン注200mg                     |  |
|                                    | 642120006        | インデラル注射液2mg                     |  |
|                                    | 621494801        | オノアクト点滴静注用50mg                  |  |
|                                    | 622953001        | ランジオール塩酸塩点滴静注用50mg「F」           |  |
|                                    | 622953101        | ランジオール塩酸塩点滴静注用150mg「F」          |  |
|                                    | 622094701        | コアベータ静注用12.5mg                  |  |
|                                    | 622422801        | オノアクト点滴静注用150mg                 |  |
|                                    | 640462042        | プレビプロック注100mg                   |  |
|                                    | 620004782        | リスモダンP静注50mg                    |  |
|                                    | 620005243        | ワゾラン静注5mg                       |  |
|                                    | 621555003        | ベラパミル塩酸塩静注5mg「NIG」              |  |
|                                    | 622750600        | ベラパミル塩酸塩0.25%2mL注射液             |  |
|                                    | 620008940        | メキシチール点滴静注125mg                 |  |
|                                    | 620262301        | シベノール静注70mg                     |  |
|                                    | 620007361        | タンボコール静注50mg                    |  |
|                                    | 620002584        | シンビット静注用50mg                    |  |
|                                    | 640443003        | サンリズム注射液50                      |  |
|                                    | 620002610        | リドカイン静注用2%シリンジ「テルモ」             |  |
|                                    | 620004876        | アンカロン注150                       |  |
|                                    | 622609302        | アミオダロン塩酸塩静注150mg「TE」            |  |
|                                    | 640407031        | ヘルベッサー注射用250                    |  |
|                                    | 620333401        | ジルチアゼム塩酸塩注射用250mg「サワイ」          |  |
|                                    | 622752600        | ジルチアゼム塩酸塩250mg注射液               |  |
|                                    | 621958501        | ヘルベッサー注射用10                     |  |
|                                    | 620333501        | ジルチアゼム塩酸塩注射用10mg「サワイ」           |  |
|                                    | 622752700        | ジルチアゼム塩酸塩10mg注射液                |  |
|                                    | 621958601        | ヘルベッサー注射用50                     |  |
|                                    | 620333601        | ジルチアゼム塩酸塩注射用50mg「サワイ」           |  |
|                                    | 622752800        | ジルチアゼム塩酸塩50mg注射液                |  |
| A 6 専門的な治療・処置 (⑨ 抗血栓塞栓薬の特続点滴の使用)   | 621406901        | アルガトロバン注射液100mg「サワイ」            |  |
|                                    | 621405904        | アルガトロバン注射液10mg「SN」              |  |
|                                    | 622944501        | アルガトロバンH1注10mg/2mL「フソー」         |  |
|                                    | 620002948        | スロニンH1注10mg/2mL                 |  |
|                                    | 620002974        | ノバスタンH1注10mg/2mL                |  |
|                                    | 620002252        | チトラミン液「フソー」=4%                  |  |
|                                    | 620812203        | ヘパリンCa皮下注2万単位/0.8mL「サワイ」        |  |
|                                    | 621824702        | ヘパリンカルシウム注1万単位/10mL「AY」         |  |
|                                    | 621824802        | ヘパリンCa注射液2万単位/20mL「サワイ」         |  |
|                                    | 621825002        | ヘパリンカルシウム注5万単位/50mL「AY」         |  |
|                                    | 621824902        | ヘパリンCa注射液5万単位/50mL「サワイ」         |  |
|                                    | 621825102        | ヘパリンCa注射液10万単位/100mL「サワイ」       |  |
|                                    | 622458001        | ヘパリンCa皮下注1万単位/0.4mL「サワイ」        |  |
|                                    | 621933401        | ヘパリンカルシウム皮下注5千単位/0.2mLシリンジ「モチダ」 |  |
|                                    | 643330011        | ヘパリンナトリウム注射液                    |  |
|                                    | 620812504        | ヘパリンナトリウム注5千単位/5mL「AY」          |  |
|                                    | 620006725        | ヘパリンナトリウム注射液                    |  |
|                                    | 621825302        | ヘパリンNa注5千単位/5mL「モチダ」            |  |
|                                    | 622973301        | ヘパリンナトリウム注5千単位/5mL「AY」          |  |
|                                    | 620006728        | ヘパリンナトリウム注射液                    |  |
|                                    | 621825802        | ヘパリンナトリウム注1万単位/10mL「AY」         |  |
|                                    | 621825602        | ヘパリンナトリウム注1万単位/10mL「AY」         |  |
|                                    | 621825704        | ヘパリンナトリウム注1万単位/10mL「ニプロ」        |  |
|                                    | 621825502        | ヘパリンNa注1万単位/10mL「モチダ」           |  |
|                                    | 620006734        | ヘパリンナトリウム注射液                    |  |
|                                    | 621826102        | ヘパリンナトリウム注5万単位/50mL「AY」         |  |
|                                    | 621826004        | ヘパリンナトリウム注5万単位/50mL「ニプロ」        |  |
|                                    | 620006739        | ヘパリンナトリウム注射液                    |  |
|                                    | 621826402        | ヘパリンナトリウム注10万単位/100mL「AY」       |  |
|                                    | 620006312        | ヘパリンNa透折用250単位/mL「フソー」20mL 5千U  |  |
|                                    | 621832801        | ヘパリンNa透折用250U/mL「NS」20mL 5千U    |  |
|                                    | 621701902        | ダルデパリンNa静注5000単位/5mL「日新」        |  |
|                                    | 622757800        | ダルデパリンナトリウム5,000低分子ヘパリン国際単位注射液  |  |

| 重症度、医療・看護必要度の項目             | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                          |
|-----------------------------|------------------|---------------------------------|
|                             | 622757900        | ダルテパリンナトリウム5、000低分子ヘパリン国際単位注射液  |
|                             | 620812701        | フラグミン静注5000単位/5mL               |
|                             | 621702702        | ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「サワイ」       |
|                             | 621673102        | ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「AFP」       |
|                             | 621994801        | ダルテパリンNa静注2500単位/10mLシリンジ「ニプロ」  |
|                             | 621994901        | ダルテパリンNa静注3000単位/12mLシリンジ「ニプロ」  |
|                             | 621995001        | ダルテパリンNa静注4000単位/16mLシリンジ「ニプロ」  |
|                             | 621995101        | ダルテパリンNa静注5000単位/20mLシリンジ「ニプロ」  |
|                             | 620006789        | リコモジュリン点滴静注用12800               |
|                             | 620006203        | クロナーゼ静注用6万単位                    |
|                             | 620006202        | クロナーゼ錠静注用12万単位                  |
|                             | 620006267        | デフィブラーゼ点滴静注液10単位                |
|                             | 643950056        | アタチバシン注600万                     |
|                             | 643950059        | グルトバ注600万                       |
|                             | 643950057        | アタチバシン注1200万                    |
|                             | 643950060        | グルトバ注1200万                      |
|                             | 643950058        | アタチバシン注2400万                    |
|                             | 643950061        | グルトバ注2400万                      |
|                             | 620007270        | クリアクター静注用40万                    |
|                             | 620007271        | クリアクター静注用80万                    |
|                             | 621645001        | オザグレルNa静注液20mg「日医工」             |
|                             | 621645201        | オザグレルNa静注液80mg「日医工」             |
|                             | 621536201        | オザグレルNa点滴静注液20mg「ケミファ」          |
|                             | 621536902        | オザグレルNa点滴静注液20mg「IP」            |
|                             | 622759200        | オザグレルナトリウム20mg1mL注射液            |
|                             | 621696901        | オザグレルNa点滴静注液20mg「トーワ」           |
|                             | 620002915        | オザグレルナトリウム点滴静注液80mg「JD」         |
|                             | 621754402        | オザグレルNa点滴静注液80mg「ケミファ」          |
|                             | 621537002        | オザグレルNa点滴静注液80mg「IP」            |
|                             | 621697101        | オザグレルNa点滴静注液80mg「トーワ」           |
|                             | 620002914        | オザグレルナトリウム点滴静注液40mg「JD」         |
|                             | 621536301        | オザグレルNa点滴静注液40mg「ケミファ」          |
|                             | 621645402        | オザグレルNa点滴静注液40mg「IP」            |
|                             | 621697001        | オザグレルNa点滴静注液40mg「トーワ」           |
|                             | 622694000        | オザグレルナトリウム40mg2mL注射液            |
|                             | 621645101        | オザグレルNa静注液40mg「日医工」             |
|                             | 622759500        | オザグレルナトリウム40mg4mL注射液            |
|                             | 621484101        | オザグレルNa注射用20mg「SW」              |
|                             | 622759600        | オザグレルナトリウム20mg注射用               |
|                             | 621484501        | オザグレルNa注射用40mg「SW」              |
|                             | 622759700        | オザグレルナトリウム40mg注射用               |
|                             | 620008180        | オザグレルNa注射液80mgシリンジ「サワイ」         |
|                             | 621645502        | オザグレルNa注80mgシリンジ「IP」            |
|                             | 622093801        | オザグレルNa点滴静注80mgバッグ「タカタ」         |
|                             | 622263401        | オザグレルNa点滴静注80mgバッグ「テルモ」         |
|                             | 620008178        | オザグレルNa注射液20mgシリンジ「サワイ」         |
|                             | 622462201        | オザグレルNa注射液40mgシリンジ「サワイ」         |
|                             | 621643701        | オザグレルNa点滴静注80mg/100mLバッグ「IP」    |
|                             | 621519105        | オザグレルNa点滴静注80mg「タカタ」            |
|                             | 621519205        | オザグレルNa点滴静注20mgシリンジ「NIG」        |
|                             | 621519305        | オザグレルNa点滴静注40mgシリンジ「NIG」        |
|                             | 620002926        | オザグレルNa点滴静注80mgシリンジ「NIG」        |
|                             | 621808401        | カタクロット注射液40mg                   |
|                             | 622759900        | オザグレルNa点滴静注20mg「タカタ」            |
|                             | 621808501        | オザグレルナトリウム20mg1mL注射液            |
|                             | 622760000        | オザグレルNa点滴静注40mg「タカタ」            |
|                             | 622873901        | オザグレルナトリウム40mg2mL注射液            |
|                             | 140032310        | オザグレルNa注80mgシリンジ「トーワ」           |
| A 6 専門的な治療・処置 (⑩ ドレナージの管理)  | 140032410        | ドレージ法 (ドレナージ) (持続的吸引)           |
|                             | 140051810        | ドレージ法 (ドレナージ) (その他)             |
|                             | 140051910        | 局所陰圧閉鎖処置 (入院) (100cm2未満)        |
|                             | 140052010        | 局所陰圧閉鎖処置 (入院) (100cm2以上)        |
|                             | 140052170        | 局所陰圧閉鎖処置 (入院) (200cm2以上)        |
|                             | 140052270        | 初回加算 (局所陰圧閉鎖処置) (入院) (100cm2未満) |
|                             | 140052370        | 初回加算 (局所陰圧閉鎖処置) (入院) (100cm2以上) |
|                             | 140004110        | 初回加算 (局所陰圧閉鎖処置) (入院) (200cm2以上) |
|                             | 140004310        | 持続的胸腔ドレナージ                      |
|                             | 140004510        | 胃持続ドレナージ                        |
|                             | 140052710        | 持続的腹腔ドレナージ                      |
|                             | 140007010        | 持続的腸性下術便ドレナージ                   |
|                             |                  | イレウス用ロングチューブ挿入法                 |
| A 6 専門的な治療・処置 (⑪ 無菌治療室での治療) | 190106570        | 無菌治療室管理加算1                      |
|                             | 190146510        | 無菌治療室管理加算2                      |
| A 7 緊急に入院を必要とする状態           | 190171910        | 救急医療管理加算1                       |
|                             | 190172010        | 救急医療管理加算2                       |
|                             | 190831970        | 救急医療管理加算2 (その他の重症な状態が一定割合以上)    |
|                             | 113710670        | 時間外救急搬送加算 (ハ)                   |
|                             | 113710770        | 時間外救急搬送加算 (ロ)                   |
|                             | 113710570        | 時間外救急搬送加算 (イ)                   |
| C 15 開頭手術 (11日間)            | 150067010        | 頭蓋開導術                           |
|                             | 150067210        | 試験開頭術                           |
|                             | 150335610        | 減圧開頭術 (キアリ奇形、脊髄空洞症)             |
|                             | 150067410        | 減圧開頭術 (その他)                     |
|                             | 150397510        | 後頭蓋窩減圧術                         |
|                             | 150067510        | 脳腫瘍排膿術                          |
|                             | 150291010        | 広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術                  |
|                             | 150067710        | 耳性頭蓋内合併症手術                      |
|                             | 150067850        | 耳科の硬膜外腫瘍切除術                     |
|                             | 150068010        | 機能的定位脳手術 (その他) (片側)             |
|                             | 150314910        | 機能的定位脳手術 (その他) (両側)             |
|                             | 150481710        | 機能的定位脳手術 (てんかん)                 |
|                             | 150291110        | 顕微鏡使用によるてんかん手術 (焦点切除術)          |
|                             | 150291210        | 顕微鏡使用によるてんかん手術 (側頭葉切除術)         |
|                             | 150291310        | 顕微鏡使用によるてんかん手術 (脳梁離断術)          |
|                             | 150068310        | 脳切除術 (開頭)                       |
|                             | 150068410        | 延髄における脊髄視床路切除術                  |
|                             | 150068510        | 三叉神経節後線維切除術                     |
|                             | 150068610        | 視神経管開放術                         |
|                             | 150068710        | 顔面神経減圧手術 (乳様突起経路)               |
|                             | 150068850        | 顔面神経管開放術                        |
|                             | 150068910        | 脳神経手術 (開頭)                      |
|                             | 150069050        | 頭蓋内微小血管減圧術                      |
|                             | 150069110        | 頭蓋骨腫瘍摘出術                        |
|                             | 150069210        | 頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術                    |
|                             | 150069410        | 頭蓋骨硬下血腫摘出術                      |
|                             | 150069510        | 頭蓋内血腫除去術 (開頭) (硬膜外)             |
|                             | 150069610        | 頭蓋内血腫除去術 (開頭) (硬膜下)             |
|                             | 150069710        | 頭蓋内血腫除去術 (開頭) (脳内)              |
|                             | 150069850        | 脳血管塞栓摘出術                        |
|                             | 150069950        | 脳血管血栓摘出術                        |
|                             | 150070010        | 脳内異物摘出術                         |
|                             | 150070110        | 脳腫瘍全摘術                          |
|                             | 150070210        | 頭蓋内腫瘍摘出術                        |
|                             | 150070310        | 脳切除術                            |
|                             | 150070510        | 頭蓋内腫瘍摘出術 (松果体部腫瘍)               |
|                             | 150284510        | 頭蓋内腫瘍摘出術 (その他)                  |
|                             | 150372470        | 脳腫瘍覚醒マッピング加算                    |
|                             | 150370470        | 原発性悪性脳腫瘍光線力治療法加算                |

| 重症度、医療・看護必要度の項目 | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                           |
|-----------------|------------------|----------------------------------|
|                 | 150412010        | 脳動静脈奇形摘出術（単純）                    |
|                 | 150412110        | 脳動静脈奇形摘出術（複雑）                    |
|                 | 150071310        | 脳・脳膜脱手術                          |
|                 | 150243410        | 脳動脈瘤被包術（1箇所）                     |
|                 | 150243510        | 脳動脈瘤被包術（2箇所以上）                   |
|                 | 150243610        | 脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭）（1箇所）          |
|                 | 150243710        | 脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭）（2箇所以上）        |
|                 | 150243810        | 脳動脈瘤頸部クリッピング（1箇所）                |
|                 | 150243910        | 脳動脈瘤頸部クリッピング（2箇所以上）              |
|                 | 150344370        | ローフローバイパス術併用加算                   |
|                 | 150397670        | ハイフローバイパス術併用加算                   |
|                 | 150072010        | 髄液漏閉鎖術                           |
|                 | 150072210        | 頭蓋骨形成手術（硬膜形成を伴う）                 |
|                 | 150335810        | 頭蓋骨形成手術（骨移動を伴う）                  |
|                 | 150412210        | 頭蓋内電極植込術（硬膜下電極）                  |
|                 | 150412310        | 頭蓋内電極植込術（脳皮部電極）（7本未満の電極）         |
|                 | 150412410        | 頭蓋内電極植込術（脳皮部電極）（7本以上の電極）         |
|                 | 150150310        | 動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）                 |
|                 | 150299250        | 脳新生血管造成術                         |
|                 | 150152510        | 血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）            |
|                 | 150107210        | 気管異物除去術（開胸手術）                    |
| C：16 開胸手術（9日間）  | 150109910        | 気管形成手術（管状気管、気管移植等）（開胸又は胸骨正中切開）   |
|                 | 150123810        | 胸壁悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）             |
|                 | 150123910        | 胸壁悪性腫瘍摘出術（その他）                   |
|                 | 150124150        | 胸骨悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）             |
|                 | 150124250        | 胸骨悪性腫瘍摘出術（その他）                   |
|                 | 150124410        | 胸壁瘻手術                            |
|                 | 150124510        | 漏斗胸手術（胸骨羊上法）                     |
|                 | 150124610        | 漏斗胸手術（胸骨翻転法）                     |
|                 | 150124710        | 試験開胸術                            |
|                 | 150127350        | 試験的開胸開腹術                         |
|                 | 150125910        | 胸腔内（胸腔内）血腫除去術                    |
|                 | 150126610        | 膿瘍胸膜、胸膜肺底切除術（1肺葉に相当する範囲以内）       |
|                 | 150126710        | 膿瘍胸膜、胸膜肺底切除術（1肺葉に相当する範囲を超える）     |
|                 | 150316810        | 胸膜外肺剥皮術（1肺葉に相当する範囲以内）            |
|                 | 150316910        | 胸膜外肺剥皮術（1肺葉に相当する範囲を超える）          |
|                 | 150127210        | 膿瘍腔有茎筋肉弁充填術                      |
|                 | 150357110        | 膿瘍腔有茎大網充填術                       |
|                 | 150127510        | 胸郭形成手術（膿瘍手術）（肋骨切除を主とする）          |
|                 | 150127610        | 胸郭形成手術（膿瘍手術）（胸膜肺底切除を併施する）        |
|                 | 150127810        | 胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む）               |
|                 | 150128210        | 乳房胸手術                            |
|                 | 150260550        | 胸腔・腹腔シャントバルブ設置術                  |
|                 | 150128310        | 縦隔腫瘍、胸腺摘出術                       |
|                 | 150292710        | 縦隔切開術（経胸腔）                       |
|                 | 150294710        | 縦隔切開術（経腹）                        |
|                 | 150374110        | 拡大胸腺摘出術                          |
|                 | 150128510        | 縦隔郭清術                            |
|                 | 150128610        | 縦隔悪性腫瘍手術（単純摘出）                   |
|                 | 150357410        | 縦隔悪性腫瘍手術（広汎摘出）                   |
|                 | 150129010        | 肺腫瘍切開排膿術                         |
|                 | 150129310        | 気管支異物除去術（開胸手術）                   |
|                 | 150374410        | 気管支瘻孔閉鎖術                         |
|                 | 150129710        | 肺切除術（楔状部分切除）                     |
|                 | 150129810        | 肺切除術（区域切除（1肺葉に満たない））             |
|                 | 150129910        | 肺切除術（肺葉切除）                       |
|                 | 150130010        | 肺切除術（複合切除（1肺葉を超える））              |
|                 | 150130110        | 肺切除術（1側肺全摘）                      |
|                 | 150317110        | 肺切除術（気管支形成を伴う肺切除）                |
|                 | 150357810        | 肺悪性腫瘍手術（部分切除）                    |
|                 | 150357910        | 肺悪性腫瘍手術（区域切除）                    |
|                 | 150358010        | 肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超える）           |
|                 | 150358110        | 肺悪性腫瘍手術（肺全摘）                     |
|                 | 150358210        | 肺悪性腫瘍手術（隣接臓器合併切除を伴う肺切除）          |
|                 | 150358310        | 肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）             |
|                 | 150358410        | 肺悪性腫瘍手術（気管分岐部切除を伴う肺切除）           |
|                 | 150358510        | 肺悪性腫瘍手術（気管分岐部再建を伴う肺切除）           |
|                 | 150374510        | 肺悪性腫瘍手術（胸膜肺全摘）                   |
|                 | 150386610        | 肺悪性腫瘍手術（壁側・縦側胸膜全切除、横隔膜心膜合併切除を伴う） |
|                 | 150317510        | 同種死体肺移植術                         |
|                 | 150336510        | 移植用部分肺採取術（生体）                    |
|                 | 150336610        | 生体部分肺移植術                         |
|                 | 150336710        | 生体部分肺移植術（提供者の療養上の費用）加算           |
|                 | 150399270        | 両側肺移植加算（生体部分肺移植術）                |
|                 | 150131210        | 肺剥皮術                             |
|                 | 150131310        | 気管支瘻閉鎖術                          |
|                 | 150131610        | 肺結核術                             |
|                 | 150287750        | 肺結核術（肺気腫に対する正中切開）（楔状部分切除）        |
|                 | 150131710        | 気管支形成手術（楔状切除術）                   |
|                 | 150131810        | 気管支形成手術（輪状切除術）                   |
|                 | 150253410        | 先天性気管狭窄症手術                       |
|                 | 150132210        | 食道縫合術（穿孔、損傷）（開胸手術）               |
|                 | 150132410        | 食道周囲膿瘍切開誘導術（開胸手術）                |
|                 | 150132510        | 食道周囲膿瘍切開誘導術（胸骨切開）                |
|                 | 150132610        | 食道周囲膿瘍切開誘導術（その他（頸部手術を含む））        |
|                 | 150346310        | 食道空嚢バイパス作成術                      |
|                 | 150133110        | 食道異物摘出術（開胸手術）                    |
|                 | 150133710        | 食道癌根治切除術（開胸）                     |
|                 | 150133810        | 食道切除再建術（頸部、胸部、腹部の操作）             |
|                 | 150133910        | 食道切除再建術（胸部、腹部の操作）                |
|                 | 150253610        | 食道腫瘍摘出術（開胸又は開腹手術）                |
|                 | 150134110        | 食道悪性腫瘍手術（単に切除のみ）（頸部食道）           |
|                 | 150134210        | 食道悪性腫瘍手術（単に切除のみ）（胸部食道）           |
|                 | 150414710        | 食道切除術（単に切除のみ）                    |
|                 | 150135010        | 先天性食道閉鎖症根治手術                     |
|                 | 150359010        | 先天性食道狭窄症根治手術                     |
|                 | 150135110        | 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（頸部、胸部、腹部の操作） |
|                 | 150135210        | 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（胸部、腹部の操作）    |
|                 | 150428110        | 再建胃管悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作によるもの）     |
|                 | 150136610        | 横隔膜縫合術（経胸）                       |
|                 | 150136810        | 横隔膜縫合術（経胸及び経腹）                   |
|                 | 150136950        | 横隔膜レフラサチオ手術（経胸）                  |
|                 | 150137150        | 横隔膜レフラサチオ手術（経胸及び経腹）              |
|                 | 150137210        | 胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸）                   |
|                 | 150137410        | 胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）               |
|                 | 150137910        | 食道裂孔ヘルニア手術（経胸）                   |
|                 | 150138110        | 食道裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）               |
|                 | 150138210        | 心臓縫合術                            |
|                 | 150138310        | 心筋縫合止血術（外傷性）                     |
|                 | 150138410        | 心臓切開術                            |
|                 | 150138510        | 心臓嚢胞、心臓腫瘍切除術                     |
|                 | 150138710        | 収縮性心膜炎手術                         |
|                 | 150140510        | 試験開心術                            |
|                 | 150140610        | 心腔内異物除去術                         |
|                 | 150140710        | 心房内血栓除去術                         |
|                 | 150448310        | 心臓腫瘍摘出術（単独）（胸腔鏡下）                |
|                 | 150448510        | 心臓腫瘍摘出術（単独）（その他）                 |
|                 | 150448710        | 心臓腫瘍摘出術（単独）（胸腔鏡下）（手術用支援機器使用）     |

| 重症度、医療・看護必要度の項目 | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                                            |
|-----------------|------------------|---------------------------------------------------|
|                 | 150448410        | 心腔内結液腫瘍摘出術（単独）（胸腔鏡下）                              |
|                 | 150493110        | 心腔内結液腫瘍摘出術（単独のもの）（胸腔鏡下によるもの）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合） |
|                 | 150317810        | 心臓傷摘出術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）                          |
|                 | 150318110        | 心腔内結液腫瘍摘出術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）                      |
|                 | 150317910        | 心臓傷摘出術（冠動脈血行再建術（2吻合以上））                           |
|                 | 150318210        | 心腔内結液腫瘍摘出術（冠動脈血行再建術（2吻合以上））                       |
|                 | 150140010        | 開胸心臓マッサージ                                         |
|                 | 150145710        | 冠動脈形成術（血腔内膜摘除）（1箇所）                               |
|                 | 150145810        | 冠動脈形成術（血腔内膜摘除）（2箇所以上）                             |
|                 | 150145910        | 冠動脈、大動脈バイパス移植術（1吻合）                               |
|                 | 150146010        | 冠動脈、大動脈バイパス移植術（2又は3吻合）                            |
|                 | 150484810        | 冠動脈、大動脈バイパス移植術（4吻合以上）                             |
|                 | 150302770        | 冠動脈形成術（血腔内膜摘除）併施加算                                |
|                 | 150318410        | 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（1吻合）                      |
|                 | 150318510        | 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（2又は3吻合）                   |
|                 | 150484910        | 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（4吻合以上）                    |
|                 | 150143010        | 心室瘤切除術（単独）                                        |
|                 | 150143110        | 心室瘤切除術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）                          |
|                 | 150318610        | 心室瘤切除術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）                        |
|                 | 150318710        | 左室形成術（単独）                                         |
|                 | 150319010        | 心室中隔穿孔閉鎖術（単独）                                     |
|                 | 150319310        | 左室自由壁破裂修復術（単独）                                    |
|                 | 150318810        | 左室形成術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）                           |
|                 | 150319110        | 心室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）                       |
|                 | 150319410        | 左室自由壁破裂修復術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）                      |
|                 | 150318910        | 左室形成術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）                         |
|                 | 150319210        | 心室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）                     |
|                 | 150319510        | 左室自由壁破裂修復術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）                    |
|                 | 150141010        | 弁形成術（1弁）                                          |
|                 | 150279510        | 弁形成術（2弁）                                          |
|                 | 150279610        | 弁形成術（3弁）                                          |
|                 | 150141410        | 弁置換術（1弁）                                          |
|                 | 150141610        | 弁置換術（2弁）                                          |
|                 | 150141710        | 弁置換術（3弁）                                          |
|                 | 150485010        | 弁置換術（大動脈弁、僧帽弁及び中心線維体の再建を含む）                       |
|                 | 150359470        | 心臓弁再置換術加算（弁置換術）                                   |
|                 | 150387210        | 経カテーテル弁置換術（経心尖大動脈弁置換術）                            |
|                 | 150143610        | 大動脈弁狭窄症直視下切開術                                     |
|                 | 150143710        | 大動脈弁上装置手術                                         |
|                 | 150143810        | 大動脈弁下装置切除術（機能的、筋肥厚を含む）                            |
|                 | 150141510        | 弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術                                   |
|                 | 150375570        | 心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（1弁）                    |
|                 | 150375670        | 心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（2弁）                    |
|                 | 150375770        | 心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（3弁）                    |
|                 | 150319610        | D K S 吻合を伴う大動脈狭窄症手術                               |
|                 | 150292910        | ロース手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）                        |
|                 | 150139310        | 閉鎖式僧帽弁交連切開術                                       |
|                 | 150244910        | 大動脈瘤切除術（上行）（弁置換術又は形成術）                            |
|                 | 150359510        | 大動脈瘤切除術（上行）（人工弁置換を伴う基部置換術）                        |
|                 | 150359610        | 大動脈瘤切除術（上行）（自己弁温存型基部置換術）                          |
|                 | 150245010        | 大動脈瘤切除術（上行）（その他）                                  |
|                 | 150150010        | 大動脈瘤切除術（弓部）                                       |
|                 | 150359710        | 大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（弁置換術又は形成術）                       |
|                 | 150359810        | 大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（人工弁置換を伴う基部置換術）                   |
|                 | 150359910        | 大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（自己弁温存型基部置換術）                     |
|                 | 150275910        | 大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（その他）                             |
|                 | 150150110        | 大動脈瘤切除術（下行）                                       |
|                 | 150264810        | 大動脈瘤切除術（胸腹部大動脈）                                   |
|                 | 150375870        | 心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術）（1弁）                            |
|                 | 150375970        | 心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術）（2弁）                            |
|                 | 150376070        | 心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術）（3弁）                            |
|                 | 150485370        | 心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術）（大動脈弁等の再建を含む）                   |
|                 | 150381550        | オープン型ステントグラフト内挿術（弓部）                              |
|                 | 150381650        | オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁置換・形成）                  |
|                 | 150381750        | オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁・基部置換）                  |
|                 | 150381850        | オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁温存置換術）                  |
|                 | 150381950        | オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、その他）                     |
|                 | 150382050        | オープン型ステントグラフト内挿術（下行）                              |
|                 | 150151810        | 動脈管閉塞症手術（動脈管閉塞閉鎖術（直視下））                           |
|                 | 150139110        | 肺動脈絞扼術                                            |
|                 | 150319810        | 血管輪又は重複大動脈弓離断手術                                   |
|                 | 150319910        | 巨大側副血管手術（肺内肺動脈結紮術）                                |
|                 | 150138810        | 体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォーターストン手術）                    |
|                 | 150151910        | 大動脈縮窄（離断）症手術（単独）                                  |
|                 | 150320010        | 大動脈縮窄（離断）症手術（心室中隔欠損症手術を伴う）                        |
|                 | 150320110        | 大動脈縮窄（離断）症手術（複雑心奇形手術を伴う）                          |
|                 | 150144110        | 大動脈肺動脈中隔欠損症手術（単独）                                 |
|                 | 150320210        | 大動脈肺動脈中隔欠損症手術（心内奇形手術を伴う）                          |
|                 | 150320310        | 三尖弁手術（エプスタイン氏奇形、ウル氏病手術）                           |
|                 | 150139410        | 肺動脈狭窄症手術（肺動脈弁切開術（単独））                             |
|                 | 150320410        | 純型肺動脈弁閉鎖症手術（肺動脈弁切開術（単独））                          |
|                 | 150142910        | 肺動脈狭窄症手術（右室流出路形成又は肺動脈形成を伴う）                       |
|                 | 150320510        | 純型肺動脈弁閉鎖症手術（右室流出路形成又は肺動脈形成を伴う）                    |
|                 | 150145110        | 肺静脈還流異常症手術（部分肺静脈還流異常）                             |
|                 | 150376210        | 肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（心臓型）                         |
|                 | 150376310        | 肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（その他）                         |
|                 | 150144910        | 肺静脈形成術                                            |
|                 | 150142410        | 心房中隔欠損作成術（心房中隔欠損作成術）                              |
|                 | 150141810        | 心房中隔欠損閉鎖術（単独）                                     |
|                 | 150141910        | 心房中隔欠損閉鎖術（肺動脈弁狭窄を合併する）                            |
|                 | 150142050        | 三心房心手術                                            |
|                 | 150142110        | 心室中隔欠損閉鎖術（単独）                                     |
|                 | 150142210        | 心室中隔欠損閉鎖術（肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴う）                        |
|                 | 150142310        | 心室中隔欠損閉鎖術（大動脈弁形成を伴う）                              |
|                 | 150142810        | 心室中隔欠損閉鎖術（右室流出路形成を伴う）                             |
|                 | 150144010        | バルサルバ洞動脈瘤手術（単独）                                   |
|                 | 150320710        | バルサルバ洞動脈瘤手術（大動脈閉鎖不全症手術を伴う）                        |
|                 | 150144550        | 右室二腔症手術                                           |
|                 | 150147410        | 不完全型房室中隔欠損症手術（心房中隔欠損パッチ閉鎖術（単独））                   |
|                 | 150147510        | 不完全型房室中隔欠損症手術（心房中隔欠損パッチ閉鎖及び全形成術）                  |
|                 | 150320810        | 完全型房室中隔欠損症手術（心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術）                    |
|                 | 150320910        | 完全型房室中隔欠損症手術（フロロー四徴症手術を伴う）                        |
|                 | 150146510        | フロロー四徴症手術（右室流出路形成を伴う）                             |
|                 | 150146610        | フロロー四徴症手術（未閉肺動脈形成を伴う）                             |
|                 | 150321010        | 肺動脈閉鎖症手術（単独）                                      |
|                 | 150321110        | 肺動脈閉鎖症手術（ラステリ手術を伴う）                               |
|                 | 150321210        | 肺動脈閉鎖症手術（巨大側副血管術を伴う）                              |
|                 | 150376470        | 人工血管等再置換術加算（肺動脈閉鎖症手術）                             |
|                 | 150146910        | 両大血管右室起始症手術（単独）                                   |
|                 | 150146810        | 両大血管右室起始症手術（右室流出路形成を伴う）                           |
|                 | 150321310        | 両大血管右室起始症手術（タウシヒ・ビンギ奇形手術）                         |
|                 | 150142510        | 大血管転位症手術（マスタートド・セニング手術）                           |
|                 | 150145310        | 大血管転位症手術（ジャアーン手術）                                 |
|                 | 150139510        | 大血管転位症手術（心室中隔欠損閉鎖術を伴う）                            |
|                 | 150147010        | 大血管転位症手術（ラステリ手術を伴う）                               |
|                 | 150376570        | 人工血管等再置換術加算（大血管転位症手術）                             |
|                 | 150321410        | 修正大血管転位症手術（心室中隔欠損パッチ閉鎖術）                          |
|                 | 150321510        | 修正大血管転位症手術（根治手術（ダブルスイッチ手術））                       |

| 重症度、医療・看護必要度の項目 | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                      |  |
|-----------------|------------------|-----------------------------|--|
|                 | 150376670        | 人工血管等再置換術加算（修正大血管転位症手術）     |  |
|                 | 150147310        | 総動脈幹症手術                     |  |
|                 | 150321810        | 単心室症手術（両方向性グレン手術）           |  |
|                 | 150141310        | 三尖弁閉鎖症手術（両方向性グレン手術）         |  |
|                 | 150321910        | 単心室症手術（フォンタン手術）             |  |
|                 | 150321610        | 三尖弁閉鎖症手術（フォンタン手術）           |  |
|                 | 150146710        | 単心室症手術（心室中隔造成術）             |  |
|                 | 150321710        | 三尖弁閉鎖症手術（心室中隔造成術）           |  |
|                 | 150376770        | 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） |  |
|                 | 150293010        | 左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）         |  |
|                 | 150145510        | 冠動脈瘻開胸的遮断術                  |  |
|                 | 150145410        | 冠動脈起始異常症手術                  |  |
|                 | 150322010        | 心室憩室切除術                     |  |
|                 | 150322110        | 心臓脱手術                       |  |
|                 | 150144310        | 肺動脈塞栓除去術                    |  |
|                 | 150346610        | 肺動脈血栓内腔摘除術                  |  |
|                 | 150144810        | 肺静脈血栓除去術                    |  |
|                 | 150253810        | 不整脈手術（副伝導路切断術）              |  |
|                 | 150253910        | 不整脈手術（心室頻拍症手術）              |  |
|                 | 150275610        | 不整脈手術（メイズ手術）                |  |
|                 | 150415010        | 不整脈手術（左心耳閉鎖術）（開胸手術）         |  |
|                 | 150400510        | 肺静脈隔離術                      |  |
|                 | 150147610        | 人工心臓（初日）                    |  |
|                 | 150428510        | 体外式膜型人工心臓（初日）               |  |
|                 | 150296110        | 補助人工心臓（初日）                  |  |
|                 | 150485710        | 植込型補助人工心臓（非拍動流型・設置・初日）      |  |
|                 | 150322310        | 移植用心臓取術                     |  |
|                 | 150322410        | 同種心移植術                      |  |
|                 | 150322510        | 移植用心臓採取術                    |  |
|                 | 150323610        | 同種心臓移植術                     |  |
|                 | 150387710        | 骨格筋由来細胞シート心表面移植術            |  |
|                 | 150148310        | 血管結紮術（開胸を伴う）                |  |
|                 | 150149010        | 動脈塞栓除去術（開胸を伴う）              |  |
|                 | 150150410        | 動脈形成術、吻合術（胸腔内動脈）（大動脈を除く）    |  |
|                 | 150152210        | 血管移植術、バイパス移植術（大動脈）          |  |
|                 | 150152310        | 血管移植術、バイパス移植術（胸腔内動脈）        |  |
|                 | 150154610        | 胸腔内頸静脈吻合術                   |  |
|                 | 150175810        | 肝臓傷切開術（開胸）                  |  |
| C 17 開腹手術（6日間）  | 150132310        | 食道縫合術（穿孔、損傷）（開腹手術）          |  |
|                 | 150133210        | 食道異物摘出術（開腹手術）               |  |
|                 | 150134010        | 食道切除再建術（腹部の操作）              |  |
|                 | 150271050        | 胸壁外皮膚管形成吻合術（腹部操作）           |  |
|                 | 150267550        | 胸壁外皮膚管形成吻合術（バイパスのみ作成）       |  |
|                 | 150374610        | 非開胸食道抜去術（消化管再建手術を併施）        |  |
|                 | 150135310        | 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（腹部の操作）  |  |
|                 | 150328650        | 有茎腸管移植加算（食道悪性腫瘍手術）          |  |
|                 | 150386970        | 血行再建加算（食道悪性腫瘍手術）            |  |
|                 | 150135510        | 食道アカラシア形成手術                 |  |
|                 | 150135710        | 食道切除後2次的再建術（皮弁形成）           |  |
|                 | 150135810        | 食道切除後2次的再建術（消化管利用）          |  |
|                 | 150136110        | 食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする）       |  |
|                 | 150136210        | 食道・胃静脈瘤手術（食道離断術を主とする）       |  |
|                 | 150136350        | 食道静脈瘤手術（開腹）                 |  |
|                 | 150136710        | 横隔膜縫合術（経腹）                  |  |
|                 | 150137050        | 横隔膜レクサチオ手術（経腹）              |  |
|                 | 150137310        | 胸腹裂孔ヘルニア手術（経腹）              |  |
|                 | 150137810        | 後胸骨ヘルニア手術                   |  |
|                 | 150138010        | 食道裂孔ヘルニア手術（経腹）              |  |
|                 | 150245110        | 大動脈瘤切除術（腹部大動脈（分枝血管の再建））     |  |
|                 | 150245210        | 大動脈瘤切除術（腹部大動脈（その他））         |  |
|                 | 150148410        | 血管結紮術（開腹を伴う）                |  |
|                 | 150148910        | 動脈塞栓除去術（開腹を伴う）              |  |
|                 | 150150510        | 動脈形成術、吻合術（腹腔内動脈）（大動脈を除く）    |  |
|                 | 150152410        | 血管移植術、バイパス移植術（腹腔内動脈）        |  |
|                 | 150154210        | 静脈血栓摘出術（開腹を伴う）              |  |
|                 | 150154810        | 静脈形成術、吻合術（腹腔内静脈）            |  |
|                 | 150156910        | リンパ節群郭清術（後腹膜）               |  |
|                 | 150158010        | 腹壁瘻手術（腹腔に通ずる）               |  |
|                 | 150158410        | 腹壁瘻ヘルニア手術                   |  |
|                 | 150158510        | 半月状線ヘルニア手術                  |  |
|                 | 150158810        | 膈ヘルニア手術                     |  |
|                 | 150158910        | 膈疝ヘルニア手術                    |  |
|                 | 150159010        | 直径ヘルニア手術                    |  |
|                 | 150159110        | 大腿ヘルニア手術                    |  |
|                 | 150159210        | 腰ヘルニア手術                     |  |
|                 | 150159310        | 閉鎖孔ヘルニア手術                   |  |
|                 | 150251110        | 坐骨ヘルニア手術                    |  |
|                 | 150251210        | 会陰ヘルニア手術                    |  |
|                 | 150159410        | 内ヘルニア手術                     |  |
|                 | 150160010        | 試験開腹術                       |  |
|                 | 150347410        | ダメージコントロール手術                |  |
|                 | 150160110        | 限局性腹腔腫瘍手術（横隔膜下腫瘍）           |  |
|                 | 150160210        | 限局性腹腔腫瘍手術（ダグラス窩腫瘍）          |  |
|                 | 150160310        | 限局性腹腔腫瘍手術（虫垂周囲腫瘍）           |  |
|                 | 150160410        | 限局性腹腔腫瘍手術（その他）              |  |
|                 | 150160610        | 骨盤腔外腫瘍切開排膿術                 |  |
|                 | 150160810        | 急性汎発性腹膜炎手術                  |  |
|                 | 150160950        | 結核性腹膜炎手術                    |  |
|                 | 150161110        | 腸間膜損傷手術（縫合、修復のみ）            |  |
|                 | 150161310        | 腸間膜損傷手術（腸管切除を伴う）            |  |
|                 | 150161410        | 大網切除術                       |  |
|                 | 150161510        | 大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴わない）   |  |
|                 | 150161610        | 大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴う）     |  |
|                 | 150162310        | 後腹膜悪性腫瘍手術                   |  |
|                 | 150162610        | 膈膵管瘻手術（腸管切除を伴わない）           |  |
|                 | 150162710        | 膈膵管瘻手術（腸管切除を伴う）             |  |
|                 | 150245310        | 骨盤内臓全摘術                     |  |
|                 | 150162910        | 胃血管結紮術（急性胃出血手術）             |  |
|                 | 150163010        | 胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む）         |  |
|                 | 150163110        | 胃切開術                        |  |
|                 | 150163710        | 胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）             |  |
|                 | 150164110        | 胃捻転症手術                      |  |
|                 | 150164210        | 胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術（開腹）     |  |
|                 | 150323210        | 胃局所切除術                      |  |
|                 | 150165210        | 胃切除術（単純切除術）                 |  |
|                 | 150168010        | 胃切除術（悪性腫瘍手術）                |  |
|                 | 150347770        | 有茎腸管移植加算                    |  |
|                 | 150165650        | 十二指腸瘻（内方）憩室摘出術              |  |
|                 | 150337210        | 噴門側胃切除術（単純切除術）              |  |
|                 | 150337310        | 噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）            |  |
|                 | 150165910        | 胃縮小術                        |  |
|                 | 150166110        | 胃全摘術（単純全摘術）                 |  |
|                 | 150168110        | 胃全摘術（悪性腫瘍手術）                |  |
|                 | 150429010        | 胃全摘術（悪性腫瘍手術）（空腸嚢作製術を伴うもの）   |  |
|                 | 150170110        | 食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（単独）        |  |
|                 | 150170210        | 食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（ドレナージを併施）  |  |
|                 | 150170310        | 食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（胃切除術を併施）   |  |
|                 | 150170610        | 食道下部迷走神経選択的切除術（単独）          |  |

| 重症度、医療・看護必要度の項目 | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                          |
|-----------------|------------------|---------------------------------|
|                 | 150170710        | 食道下部迷走神経選択的切除術（ドレナージを併施）        |
|                 | 150170810        | 食道下部迷走神経選択的切除術（胃切除術を併施）         |
|                 | 150171210        | 胃冠状静脈結紮及び切除術                    |
|                 | 150171310        | 胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む）                |
|                 | 150171510        | 十二指腸空腸吻合術                       |
|                 | 150171810        | 幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術を含む）             |
|                 | 150171910        | 噴門形成術                           |
|                 | 150172010        | 胃横断術（静脈瘤手術）                     |
|                 | 150172110        | 胆管切開術                           |
|                 | 150172210        | 胆嚢切開結石摘出術                       |
|                 | 150296610        | 胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む）（胆嚢摘出を含む）   |
|                 | 150172310        | 胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む）（胆嚢摘出を含まない） |
|                 | 150172410        | 胆嚢摘出術                           |
|                 | 150165850        | 胆嚢摘出術と十二指腸空腸吻合術併施               |
|                 | 150173110        | 胆管形成手術（胆管切除術を含む）                |
|                 | 150173210        | 総胆管拡張症手術                        |
|                 | 150306650        | 先天性胆管拡張症に対する手術（胃切除、総胆管切除等併施）    |
|                 | 150169950        | 胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む））  |
|                 | 150362210        | 胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（亜区域切除以上））          |
|                 | 150324010        | 胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（葉以上）を伴う）           |
|                 | 150324110        | 胆嚢悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除を伴う）           |
|                 | 150324210        | 胆嚢悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う） |
|                 | 150388410        | 胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う） |
|                 | 150417410        | 胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び血行再建を伴う）     |
|                 | 150429310        | 胆管悪性腫瘍手術（肝外胆道切除術によるもの）          |
|                 | 150388510        | 胆管悪性腫瘍手術（その他）                   |
|                 | 150347810        | 肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建あり）             |
|                 | 150347910        | 肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建なし）             |
|                 | 150173710        | 胆嚢胃（腸）吻合術                       |
|                 | 150173910        | 総胆管胃（腸）吻合術                      |
|                 | 150174110        | 胆嚢外嚢造設術                         |
|                 | 150174210        | 胆管外嚢造設術（開腹）                     |
|                 | 150174810        | 先天性胆道閉鎖症手術                      |
|                 | 150175610        | 肝縫合術                            |
|                 | 150175710        | 肝臓傷切開術（開腹）                      |
|                 | 150175910        | 肝囊胞切開又は縫縮術                      |
|                 | 150176110        | 肝内結石摘出術（開腹）                     |
|                 | 150176210        | 肝囊胞、肝臓嚢摘出術                      |
|                 | 150417610        | 肝切除術（部分切除）（単回切除）                |
|                 | 150417710        | 肝切除術（部分切除）（複数回切除）               |
|                 | 150362710        | 肝切除術（亜区域切除）                     |
|                 | 150362810        | 肝切除術（外側区域切除）                    |
|                 | 150362910        | 肝切除術（１区域切除（外側区域切除を除く））          |
|                 | 150363010        | 肝切除術（２区域切除）                     |
|                 | 150363110        | 肝切除術（３区域切除以上）                   |
|                 | 150363210        | 肝切除術（２区域切除以上で血行再建）              |
|                 | 150177210        | 肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術                 |
|                 | 150177310        | 肝内胆管外嚢造設術（開腹）                   |
|                 | 150436210        | 移植用部分肝採取術（生体）（その他のもの）           |
|                 | 150284810        | 生体部分肝移植術                        |
|                 | 150284910        | 生体部分肝移植術（提供者の療養上の費用）加算          |
|                 | 150324410        | 同種死体肝移植術                        |
|                 | 150348210        | 急性肝炎手術（感染性壊死部切除を伴う）             |
|                 | 150277310        | 急性肝炎手術（その他）                     |
|                 | 150177810        | 脾結石手術（脾切開）                      |
|                 | 150177910        | 脾結石手術（経十二指腸乳頭）                  |
|                 | 150348310        | 脾中央切除術                          |
|                 | 150389110        | 脾腫瘍摘出術                          |
|                 | 150296810        | 脾破裂縫合術                          |
|                 | 150178110        | 脾体尾部腫瘍切除術（脾尾部切除術）（脾同時切除）        |
|                 | 150348410        | 脾体尾部腫瘍切除術（脾尾部切除術）（脾温存）          |
|                 | 150178210        | 脾体尾部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）  |
|                 | 150277410        | 脾体尾部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）    |
|                 | 150277510        | 脾体尾部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）         |
|                 | 150178410        | 脾頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）             |
|                 | 150296910        | 脾頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）   |
|                 | 150297010        | 脾頭部腫瘍切除術（十二指腸温存脾頭切除術）           |
|                 | 150297110        | 脾頭部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）     |
|                 | 150297210        | 脾頭部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）          |
|                 | 150178710        | 脾全摘術                            |
|                 | 150409950        | 脾嚢胞胃（腸）バイパス術（内視鏡）               |
|                 | 150418910        | 脾嚢胞胃（腸）バイパス術（開腹）                |
|                 | 150179110        | 脾管空腸吻合術                         |
|                 | 150179310        | 脾嚢胞外嚢造設術（開腹）                    |
|                 | 150179410        | 脾管外嚢造設術                         |
|                 | 150179550        | 脾管誘導手術                          |
|                 | 150179610        | 脾嚢閉鎖術                           |
|                 | 150324610        | 同種死体脾移植術                        |
|                 | 150324810        | 同種死体脾腎移植術                       |
|                 | 150179710        | 脾縫合術（部分切除を含む）                   |
|                 | 150179810        | 脾摘出術                            |
|                 | 150180010        | 破裂腸管縫合術                         |
|                 | 150180110        | 腸切開術                            |
|                 | 150180210        | 腸管狭窄症手術                         |
|                 | 150180350        | 腸閉塞症手術（腸管癒着症手術）                 |
|                 | 150181110        | 腸重積症整復術（観血的）                    |
|                 | 150180550        | 腸閉塞症手術（腸重積症整復術）（観血的）            |
|                 | 150297310        | 小腸切除術（複雑）                       |
|                 | 150299350        | 腸閉塞症手術（小腸切除術）（複雑）               |
|                 | 150181210        | 小腸切除術（その他）                      |
|                 | 150180650        | 腸閉塞症手術（小腸切除術）（その他）              |
|                 | 150401610        | 移植用部分小腸採取術（生体）                  |
|                 | 150401710        | 生体部分小腸移植術                       |
|                 | 150401810        | 生体部分小腸移植術（提供者の療養上の費用）加算         |
|                 | 150181310        | 小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メックル憩室炎手術を含む）      |
|                 | 150181610        | 虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）            |
|                 | 150337510        | 虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）              |
|                 | 150181710        | 結腸切除術（小範囲切除）                    |
|                 | 150180750        | 腸閉塞症手術（結腸切除術）（小範囲切除）            |
|                 | 150181810        | 結腸切除術（結腸半側切除）                   |
|                 | 150180850        | 腸閉塞症手術（結腸切除術）（結腸半側切除）           |
|                 | 150181910        | 結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）         |
|                 | 150180950        | 腸閉塞症手術（結腸切除術）（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術） |
|                 | 150363810        | 全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術                  |
|                 | 150183110        | 結腸腫瘍摘出術（回盲部腫瘍摘出術を含む）            |
|                 | 150297410        | 結腸憩室摘出術                         |
|                 | 150183510        | 結腸ポリプ切除術（開腹）                    |
|                 | 150184110        | 腸吻合術                            |
|                 | 150184310        | 腸嚢造設術                           |
|                 | 150184410        | 虫垂嚢造設術                          |
|                 | 150184510        | 人工肛門造設術                         |
|                 | 150184610        | 腹壁外腸管前置術                        |
|                 | 150184710        | 腸狭窄部切開縫合術                       |
|                 | 150184810        | 腸閉鎖症手術（腸管切除を伴わない）               |
|                 | 150184910        | 腸閉鎖症手術（腸管切除を伴う）                 |
|                 | 150364110        | 多発性小腸閉鎖症手術                      |
|                 | 150185210        | 小腸嚢閉鎖術（腸管切除を伴わない）               |
|                 | 150185310        | 小腸嚢閉鎖術（腸管切除を伴う）                 |

| 重症度、医療・看護必要度の項目 | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                           |  |
|-----------------|------------------|----------------------------------|--|
|                 | 150185410        | 結腸癌閉鎖術（腸管切除を伴わない）                |  |
|                 | 150185510        | 結腸癌閉鎖術（腸管切除を伴う）                  |  |
|                 | 150185610        | 人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴わない）               |  |
|                 | 150420310        | 人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（直腸切除術後）       |  |
|                 | 150420410        | 人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（その他）          |  |
|                 | 150185810        | 盲腸縫縮術                            |  |
|                 | 150185910        | 腸回転異常症手術                         |  |
|                 | 150186010        | 先天性巨大結腸症手術                       |  |
|                 | 150402310        | 腸管延長術                            |  |
|                 | 150186110        | 人工肛門形成術（開腹を伴う）                   |  |
|                 | 150186710        | 直腸異物除去術（開腹）                      |  |
|                 | 150187010        | 直腸腫瘍摘出術（ボリープ摘出を含む）（経腹及び経肛）       |  |
|                 | 150187110        | 直腸切除・切断術（切除術）                    |  |
|                 | 150245410        | 直腸切除・切断術（低位前方切除術）                |  |
|                 | 150297510        | 直腸切除・切断術（超低位前方切除術）               |  |
|                 | 150420610        | 直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）            |  |
|                 | 150187210        | 直腸切除・切断術（切断術）                    |  |
|                 | 150187510        | 直腸狭窄形成手術                         |  |
|                 | 150187710        | 直腸脱手術（直腸挙上固定）                    |  |
|                 | 150187910        | 直腸脱手術（腹会陰（腸切除を含む））               |  |
|                 | 150264010        | 肛門悪性腫瘍手術（直腸切断を伴うもの）              |  |
|                 | 150191610        | 鎖肛手術（腹会陰式）                       |  |
|                 | 150191710        | 鎖肛手術（腹仙骨式）                       |  |
|                 | 150192310        | 副腎摘出術（副腎部分切除術を含む）                |  |
|                 | 150245510        | 副腎腫瘍摘出術（皮質腫瘍）                    |  |
|                 | 150245610        | 副腎腫瘍摘出術（髄質腫瘍（褐色細胞腫））             |  |
|                 | 150192810        | 副腎悪性腫瘍手術                         |  |
|                 | 150193010        | 腎破裂縫合術                           |  |
|                 | 150193150        | 腎破裂手術                            |  |
|                 | 150193210        | 腎周囲膿瘍切開術                         |  |
|                 | 150193410        | 腎切手術                             |  |
|                 | 150193510        | 癒合腎離断術                           |  |
|                 | 150193610        | 腎被膜剥離術（除神経術を含む）                  |  |
|                 | 150193710        | 腎固定術                             |  |
|                 | 150193810        | 腎切右術                             |  |
|                 | 150194410        | 腎盂切右術                            |  |
|                 | 150194610        | 腎部分切除術                           |  |
|                 | 150197750        | 腎部分切除術（腎空洞切開術・腎盂尿管移行部形成術併施）      |  |
|                 | 150194810        | 腎囊胎切除縮小術                         |  |
|                 | 150195010        | 腎摘出術                             |  |
|                 | 150195210        | 腎（尿管）悪性腫瘍手術                      |  |
|                 | 150195910        | 腎（腎盂）皮膚癌閉鎖術                      |  |
|                 | 150402910        | 腎（腎盂）腸癌閉鎖術（その他）                  |  |
|                 | 150196110        | 腎盂形成手術                           |  |
|                 | 150196210        | 移植用腎採取術（生体）                      |  |
|                 | 150196310        | 同種死体腎移植術                         |  |
|                 | 150196570        | 移植臓器提供加算（同種死体腎移植術）               |  |
|                 | 150338610        | 生体腎移植術                           |  |
|                 | 150196410        | 生体腎移植術（提供者の療養上の費用）加算             |  |
|                 | 150196810        | 尿管切右術（上部及び中部）                    |  |
|                 | 150196910        | 尿管切右術（膀胱近接部）                     |  |
|                 | 150197110        | 残存尿管摘出術                          |  |
|                 | 150248950        | 尿管剥離術                            |  |
|                 | 150197210        | 尿管膀胱吻合術                          |  |
|                 | 150197310        | 尿管尿管吻合術                          |  |
|                 | 150197410        | 尿管腸吻合術                           |  |
|                 | 150197510        | 尿管腸膀胱吻合術                         |  |
|                 | 150197810        | 尿管皮膚瘻造設術                         |  |
|                 | 150197910        | 尿管皮膚瘻閉鎖術                         |  |
|                 | 150403210        | 尿管腸瘻閉鎖術（その他）                     |  |
|                 | 150198110        | 尿管腔瘻閉鎖術                          |  |
|                 | 150198310        | 尿管口形成手術                          |  |
|                 | 150198410        | 膀胱破裂閉鎖術                          |  |
|                 | 150198510        | 膀胱周囲膿瘍切開術                        |  |
|                 | 150198810        | 膀胱結石摘出術（膀胱高位切開術）                 |  |
|                 | 150199210        | 膀胱壁切除術                           |  |
|                 | 150199310        | 膀胱憩室切除術                          |  |
|                 | 150199510        | 膀胱単純摘除術（尿管利用の尿路変更を行う）            |  |
|                 | 150199610        | 膀胱単純摘除術（その他）                     |  |
|                 | 150245810        | 膀胱腫瘍摘出術                          |  |
|                 | 150348910        | 膀胱脱手術（メッシュ使用）                    |  |
|                 | 150162150        | 膀胱後腫瘍摘出術（腸管切除を伴わない）              |  |
|                 | 150162250        | 膀胱後腫瘍摘出術（腸管切除を伴う）                |  |
|                 | 150200510        | 膀胱悪性腫瘍手術（切除）                     |  |
|                 | 150200610        | 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わない））  |  |
|                 | 150245910        | 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管S状結腸吻合利用で尿路変更を行う）） |  |
|                 | 150246010        | 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管利用で尿路変更を行う）） |  |
|                 | 150246110        | 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱利用で尿路変更を行う））     |  |
|                 | 150201010        | 尿管管摘出術                           |  |
|                 | 150403910        | 膀胱皮膚瘻造設術                         |  |
|                 | 150404010        | 導尿管造設術                           |  |
|                 | 150201510        | 膀胱皮膚瘻閉鎖術                         |  |
|                 | 150201610        | 膀胱腔瘻閉鎖術                          |  |
|                 | 150404210        | 膀胱腸瘻閉鎖術（その他）                     |  |
|                 | 150201810        | 膀胱子宮瘻閉鎖術                         |  |
|                 | 150201950        | 膀胱尿管逆流手術                         |  |
|                 | 150202010        | ボアリー氏手術                          |  |
|                 | 150202110        | 尿管利用膀胱拡大術                        |  |
|                 | 150264310        | 回腸（結腸）導管造設術                      |  |
|                 | 150349010        | 排泄腔外反症手術（外反膀胱閉鎖術）                |  |
|                 | 150349110        | 排泄腔外反症手術（膀胱腸閉鎖術）                 |  |
|                 | 150246310        | 尿道悪性腫瘍摘出術（摘出）                    |  |
|                 | 150246510        | 尿道悪性腫瘍摘出術（尿路変更）                  |  |
|                 | 150365610        | 人工尿道括約筋植込・置換術                    |  |
|                 | 150208810        | 前立腺膿瘍切開術                         |  |
|                 | 150209010        | 前立腺癌腫下摘出術                        |  |
|                 | 150209310        | 前立腺悪性腫瘍手術                        |  |
|                 | 150326910        | 陰断端挙上術（腔式、腹式）                    |  |
|                 | 150214910        | 子宮位置矯正術（開腹による位置矯正術）              |  |
|                 | 150215010        | 子宮位置矯正術（鏡着剥離矯正術）                 |  |
|                 | 150215410        | 子宮脱手術（腔壁形成手術及び子宮全摘術）（腔式、腹式）      |  |
|                 | 150216910        | 子宮筋腫摘出（核出）術（腔式）                  |  |
|                 | 150217050        | 痕跡副角子宮手術（腔式）                     |  |
|                 | 150217410        | 子宮腔上部切断術                         |  |
|                 | 150217510        | 子宮全摘術                            |  |
|                 | 150409010        | 子宮全摘術（性同一性障害）                    |  |
|                 | 150217610        | 広輪帯内腫瘍摘出術                        |  |
|                 | 150217710        | 子宮悪性腫瘍手術                         |  |
|                 | 150218210        | 腹壁子宮瘻手術                          |  |
|                 | 150218310        | 直腹子宮手術                           |  |
|                 | 150218410        | 双角子宮手術                           |  |
|                 | 150219010        | 奇形子宮形成手術（ストラスマン手術）               |  |
|                 | 150219410        | 子宮附属器癌着剥離術（両側）（開腹）               |  |
|                 | 150219710        | 卵巣部分切除術（腔式を含む）（開腹）               |  |
|                 | 150219850        | 卵管結紮術（腔式を含む）（両側）（開腹）             |  |
|                 | 150219650        | 卵管口切開術（開腹）                       |  |
|                 | 150220010        | 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）               |  |
|                 | 150409410        | 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）（性同一性障害）       |  |

| 重症度、医療・看護必要度の項目 | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                          |  |
|-----------------|------------------|---------------------------------|--|
|                 | 150421910        | 子宮附属器腫瘍摘出術（両側、開腹、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者） |  |
|                 | 150220150        | 卵管全摘除術（両側）（開腹）                  |  |
|                 | 150220250        | 卵管腫瘍全摘除術（両側）（開腹）                |  |
|                 | 150220450        | 子宮卵管留血腫手術（両側）（開腹）               |  |
|                 | 150220710        | 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）                 |  |
|                 | 150220910        | 卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）           |  |
|                 | 150222110        | 帝王切開術（緊急帝王切開）                   |  |
|                 | 150222210        | 帝王切開術（選択帝王切開）                   |  |
|                 | 150222810        | 子宮破裂手術（子宮全摘除を行う）                |  |
|                 | 150222910        | 子宮破裂手術（子宮腔上部切断を行う）              |  |
|                 | 150223010        | 子宮破裂手術（その他）                     |  |
|                 | 150223110        | 妊娠子宮摘出術（ボロー手術）                  |  |
|                 | 150223310        | 子宮内反症修復手術（腹式）（観血的）              |  |
|                 | 150349310        | 性腺摘出術（開腹）                       |  |
|                 | 150019210        | 骨折観血的手術（大腿骨骨折観血的手術）             |  |
|                 | 150019410        | 骨折観血的手術（下腿骨骨折観血的手術）             |  |
|                 | 150019610        | 骨折観血的手術（膝蓋骨）                    |  |
|                 | 150458510        | 骨折観血的手術（足根骨骨折観血的手術）             |  |
|                 | 150458610        | 骨折観血的手術（中足骨骨折観血的手術）             |  |
| C 18 骨の手術（10日間） | 150352210        | 骨折観血的修復固定術（インプラント周囲骨折）（大腿骨）     |  |
|                 | 150352410        | 骨折観血的修復固定術（インプラント周囲骨折）（下腿骨）     |  |
|                 | 150459110        | 骨折観血的修復固定術（インプラント周囲骨折）（足根骨）     |  |
|                 | 150459210        | 骨折観血的修復固定術（インプラント周囲骨折）（中足骨）     |  |
|                 | 150021410        | 骨部分切除術（肩甲骨部分切除術）                |  |
|                 | 150021610        | 骨部分切除術（大腿骨部分切除術）                |  |
|                 | 150021810        | 骨部分切除術（下腿骨部分切除術）                |  |
|                 | 150021910        | 骨部分切除術（鎖骨部分切除術）                 |  |
|                 | 150022010        | 骨部分切除術（膝蓋骨部分切除術）                |  |
|                 | 150461210        | 骨部分切除術（足根骨部分切除術）                |  |
|                 | 150461310        | 骨部分切除術（中足骨部分切除術）                |  |
|                 | 150023510        | 腐骨摘出術（肩甲骨腐骨摘出術）                 |  |
|                 | 150023610        | 腐骨摘出術（上腕骨腐骨摘出術）                 |  |
|                 | 150022710        | 腐骨摘出術（大腿骨腐骨摘出術）                 |  |
|                 | 150022810        | 腐骨摘出術（前腕骨腐骨摘出術）                 |  |
|                 | 150022910        | 腐骨摘出術（下腿骨腐骨摘出術）                 |  |
|                 | 150023010        | 腐骨摘出術（鎖骨腐骨摘出術）                  |  |
|                 | 150023110        | 腐骨摘出術（膝蓋骨腐骨摘出術）                 |  |
|                 | 150023410        | 骨全摘術（肩甲骨全摘術）                    |  |
|                 | 150023510        | 骨全摘術（上腕骨全摘術）                    |  |
|                 | 150023610        | 骨全摘術（大腿骨全摘術）                    |  |
|                 | 150023710        | 骨全摘術（前腕骨全摘術）                    |  |
|                 | 150023810        | 骨全摘術（下腿骨全摘術）                    |  |
|                 | 150023910        | 骨全摘術（鎖骨全摘術）                     |  |
|                 | 150024010        | 骨全摘術（膝蓋骨全摘術）                    |  |
|                 | 150461710        | 骨全摘術（足部骨全摘術）                    |  |
|                 | 150461810        | 骨全摘術（その他の骨全摘術）                  |  |
|                 | 150024710        | 骨腫瘍切除術（肩甲骨腫瘍切除術）                |  |
|                 | 150024810        | 骨腫瘍切除術（上腕骨腫瘍切除術）                |  |
|                 | 150024910        | 骨腫瘍切除術（大腿骨腫瘍切除術）                |  |
|                 | 150025010        | 骨腫瘍切除術（前腕骨腫瘍切除術）                |  |
|                 | 150025110        | 骨腫瘍切除術（下腿骨腫瘍切除術）                |  |
|                 | 150025210        | 骨腫瘍切除術（鎖骨腫瘍切除術）                 |  |
|                 | 150025310        | 骨腫瘍切除術（膝蓋骨腫瘍切除術）                |  |
|                 | 150026510        | 骨悪性腫瘍手術（肩甲骨悪性腫瘍手術）              |  |
|                 | 150026610        | 骨悪性腫瘍手術（上腕骨悪性腫瘍手術）              |  |
|                 | 150026710        | 骨悪性腫瘍手術（大腿骨悪性腫瘍手術）              |  |
|                 | 150026810        | 骨悪性腫瘍手術（前腕骨悪性腫瘍手術）              |  |
|                 | 150026910        | 骨悪性腫瘍手術（下腿骨悪性腫瘍手術）              |  |
|                 | 150027010        | 骨悪性腫瘍手術（鎖骨悪性腫瘍手術）               |  |
|                 | 150027110        | 骨悪性腫瘍手術（膝蓋骨悪性腫瘍手術）              |  |
|                 | 150027210        | 骨悪性腫瘍手術（手部骨悪性腫瘍手術）              |  |
|                 | 150462510        | 骨悪性腫瘍手術（足部骨悪性腫瘍手術）              |  |
|                 | 150462610        | 骨悪性腫瘍手術（その他の骨悪性腫瘍手術）            |  |
|                 | 150027510        | 骨切り術（肩甲骨骨切り術）                   |  |
|                 | 150027610        | 骨切り術（上腕骨骨切り術）                   |  |
|                 | 150027710        | 骨切り術（大腿骨骨切り術）                   |  |
|                 | 150027810        | 骨切り術（前腕骨骨切り術）                   |  |
|                 | 150027910        | 骨切り術（下腿骨骨切り術）                   |  |
|                 | 150028010        | 骨切り術（鎖骨骨切り術）                    |  |
|                 | 150028110        | 骨切り術（膝蓋骨骨切り術）                   |  |
|                 | 150463210        | 骨切り術（足根骨骨切り術）                   |  |
|                 | 150463310        | 骨切り術（中足骨骨切り術）                   |  |
|                 | 150289710        | 骨切り術（その他の骨切り術）                  |  |
|                 | 150372170        | 患者適合型変形矯正ガイド加算（骨切り術）            |  |
|                 | 150459410        | 骨折一時的創外固定術（上腕骨骨折一時的創外固定術）       |  |
|                 | 150459510        | 骨折一時的創外固定術（前腕骨骨折一時的創外固定術）       |  |
|                 | 150459610        | 骨折一時的創外固定術（手部骨折一時的創外固定術）        |  |
|                 | 150459710        | 骨折一時的創外固定術（大腿骨骨折一時的創外固定術）       |  |
|                 | 150459810        | 骨折一時的創外固定術（膝蓋骨骨折一時的創外固定術）       |  |
|                 | 150459910        | 骨折一時的創外固定術（下腿骨骨折一時的創外固定術）       |  |
|                 | 150460010        | 骨折一時的創外固定術（足部骨折一時的創外固定術）        |  |
|                 | 150460110        | 骨折一時的創外固定術（脊椎骨折一時的創外固定術）        |  |
|                 | 150460210        | 骨折一時的創外固定術（骨盤骨骨折一時的創外固定術）       |  |
|                 | 150308810        | 大腿骨頭回転骨切り術                      |  |
|                 | 150308910        | 大腿骨近位部（転子間を含む）骨切り術              |  |
|                 | 150028610        | 偽関節手術（肩甲骨偽関節手術）                 |  |
|                 | 150028710        | 偽関節手術（上腕骨偽関節手術）                 |  |
|                 | 150028810        | 偽関節手術（大腿骨偽関節手術）                 |  |
|                 | 150028910        | 偽関節手術（前腕骨偽関節手術）                 |  |
|                 | 150029010        | 偽関節手術（下腿骨偽関節手術）                 |  |
|                 | 150309010        | 偽関節手術（手舟状骨偽関節手術）                |  |
|                 | 150029110        | 偽関節手術（鎖骨偽関節手術）                  |  |
|                 | 150029210        | 偽関節手術（膝蓋骨偽関節手術）                 |  |
|                 | 150463610        | 偽関節手術（手根骨（舟状骨を除く）偽関節手術）         |  |
|                 | 150463710        | 偽関節手術（中手骨偽関節手術）                 |  |
|                 | 150463910        | 偽関節手術（足根骨偽関節手術）                 |  |
|                 | 150464010        | 偽関節手術（中足骨偽関節手術）                 |  |
|                 | 150289810        | 偽関節手術（その他の偽関節手術）                |  |
|                 | 15029810         | 変形治癒骨折矯正手術（大腿骨変形治癒骨折矯正手術）       |  |
|                 | 150030010        | 変形治癒骨折矯正手術（下腿骨変形治癒骨折矯正手術）       |  |
|                 | 150030210        | 変形治癒骨折矯正手術（膝蓋骨変形治癒骨折矯正手術）       |  |
|                 | 150464510        | 変形治癒骨折矯正手術（足根骨変形治癒骨折矯正手術）       |  |
|                 | 150464610        | 変形治癒骨折矯正手術（中足骨変形治癒骨折矯正手術）       |  |
|                 | 150031410        | 骨長調整手術（骨端軟骨発育抑制術）               |  |
|                 | 150031510        | 骨長調整手術（骨短縮術）                    |  |
|                 | 150031610        | 骨長調整手術（その他の骨延長術）                |  |
|                 | 150295010        | 骨移植術（軟骨移植術を含む、自家骨移植）            |  |
|                 | 150031710        | 骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、生体）         |  |
|                 | 150383710        | 骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、特殊）     |  |
|                 | 150383810        | 骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、その他）    |  |
|                 | 150369450        | 骨移植術（軟骨移植術を含む）（自家培養軟骨移植術）       |  |
|                 | 150353110        | 自家骨軟骨移植術（関節鏡下）                  |  |
|                 | 150041710        | 関節切除術（肩関節切除術）                   |  |
|                 | 150041810        | 関節切除術（股関節切除術）                   |  |
|                 | 150041910        | 関節切除術（膝関節切除術）                   |  |
|                 | 150042010        | 関節切除術（胸鎖関節切除術）                  |  |
|                 | 150042110        | 関節切除術（肘関節切除術）                   |  |
|                 | 150042310        | 関節切除術（足関節及び距骨周囲関節切除術）           |  |

| 重症度、医療・看護必要度の項目 | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                          |  |
|-----------------|------------------|---------------------------------|--|
|                 | 150042410        | 関節切除術（肩鎖関節切除術）                  |  |
|                 | 150042710        | 関節内骨折観血の手術（股関節）                 |  |
|                 | 150042810        | 関節内骨折観血の手術（膝関節）                 |  |
|                 | 150043210        | 関節内骨折観血の手術（足関節及び距骨周囲関節）         |  |
|                 | 150353710        | 関節内骨折観血の手術（関節鏡下）（手関節）           |  |
|                 | 150353810        | 関節内骨折観血の手術（関節鏡下）（足関節及び距骨周囲関節）   |  |
|                 | 150396110        | 関節授動術（関節鏡下）（肩関節授動術）             |  |
|                 | 150396310        | 関節授動術（関節鏡下）（膝関節授動術）             |  |
|                 | 150396510        | 関節授動術（関節鏡下）（肘関節授動術）             |  |
|                 | 150396710        | 関節授動術（関節鏡下）（足関節及び距骨周囲関節授動術）     |  |
|                 | 150047410        | 関節観血の固定術（肘関節観血の固定術）             |  |
|                 | 150047510        | 関節観血の固定術（手関節観血の固定術）             |  |
|                 | 150047610        | 関節観血の固定術（足関節及び距骨周囲関節観血の固定術）     |  |
|                 | 150048210        | 関節形成手術（肩関節形成手術）                 |  |
|                 | 150048310        | 関節形成手術（股関節形成手術）                 |  |
|                 | 150048410        | 関節形成手術（膝関節形成手術）                 |  |
|                 | 150048510        | 関節形成手術（胸鎖関節形成手術）                |  |
|                 | 150048610        | 関節形成手術（肘関節形成手術）                 |  |
|                 | 150048710        | 関節形成手術（手関節形成手術）                 |  |
|                 | 150048810        | 関節形成手術（足関節及び距骨周囲関節形成手術）         |  |
|                 | 150048910        | 関節形成手術（肩鎖関節形成手術）                |  |
|                 | 150049410        | 人工骨頭挿入術（肩関節人工骨頭挿入術）             |  |
|                 | 150049510        | 人工骨頭挿入術（股関節人工骨頭挿入術）             |  |
|                 | 150049810        | 人工骨頭挿入術（肘関節人工骨頭挿入術）             |  |
|                 | 150469610        | 人工関節置換術（人工肩関節置換術）（縫移行を伴わない）     |  |
|                 | 150469710        | 人工関節置換術（人工肩関節置換術）（縫移行を伴う）       |  |
|                 | 150050410        | 人工関節置換術（人工股関節置換術）               |  |
|                 | 150050510        | 人工関節置換術（人工膝関節置換術）               |  |
|                 | 150470410        | 人工膝関節置換術（手術支援装置を用いる）            |  |
|                 | 150050710        | 人工関節置換術（人工肘関節置換術）               |  |
|                 | 150050810        | 人工関節置換術（人工手関節置換術）               |  |
|                 | 150050910        | 人工関節置換術（人工足関節置換術）               |  |
|                 | 150469810        | 人工関節置換術（人工手指関節置換術）              |  |
|                 | 150469910        | 人工関節置換術（人工足趾関節置換術）              |  |
|                 | 150300210        | 人工関節抜去術（人工肩関節抜去術）               |  |
|                 | 150300310        | 人工関節抜去術（人工股関節抜去術）               |  |
|                 | 150300410        | 人工関節抜去術（人工膝関節抜去術）               |  |
|                 | 150300610        | 人工関節抜去術（人工肘関節抜去術）               |  |
|                 | 150300710        | 人工関節抜去術（人工手関節抜去術）               |  |
|                 | 150300810        | 人工関節抜去術（人工足関節抜去術）               |  |
|                 | 150470010        | 人工関節抜去術（人工手指関節抜去術）              |  |
|                 | 150470110        | 人工関節抜去術（人工足趾関節抜去術）              |  |
|                 | 150255910        | 人工関節再置換術（人工肩関節再置換術）             |  |
|                 | 150256010        | 人工関節再置換術（人工股関節再置換術）             |  |
|                 | 150256110        | 人工関節再置換術（人工膝関節再置換術）             |  |
|                 | 150256310        | 人工関節再置換術（人工肘関節再置換術）             |  |
|                 | 150256410        | 人工関節再置換術（人工手関節再置換術）             |  |
|                 | 150256510        | 人工関節再置換術（人工足関節再置換術）             |  |
|                 | 150470210        | 人工関節再置換術（人工手指関節再置換術）            |  |
|                 | 150470310        | 人工関節再置換術（人工足趾関節再置換術）            |  |
|                 | 150397010        | 関節形成術（自家肋軟骨を用いる）                |  |
|                 | 150411610        | 人工距骨全置換術                        |  |
|                 | 150446210        | 人工股関節置換術（手術支援装置を用いる）            |  |
|                 | 150051310        | 四肢切断術（上腕切断術）                    |  |
|                 | 150051410        | 四肢切断術（前腕切断術）                    |  |
|                 | 150051610        | 四肢切断術（大腿切断術）                    |  |
|                 | 150051710        | 四肢切断術（下腿切断術）                    |  |
|                 | 150051810        | 四肢切断術（足切断術）                     |  |
|                 | 150052110        | 四肢関節離断術（肩関節離断術）                 |  |
|                 | 150052210        | 四肢関節離断術（股関節離断術）                 |  |
|                 | 150052310        | 四肢関節離断術（膝関節離断術）                 |  |
|                 | 150052410        | 四肢関節離断術（肘関節離断術）                 |  |
|                 | 150052510        | 四肢関節離断術（手関節離断術）                 |  |
|                 | 150052610        | 四肢関節離断術（足関節及び距骨周囲関節離断術）         |  |
|                 | 150053810        | 断端形成術（骨形成を要する）（その他の断端形成術）       |  |
|                 | 150053910        | 四肢切断再接合術                        |  |
|                 | 150059310        | 脊椎、骨盤骨接合術（脊椎骨接合術）               |  |
|                 | 150059410        | 脊椎、骨盤骨接合術（骨盤骨接合術）               |  |
|                 | 150059810        | 脊椎脱臼観血の手術                       |  |
|                 | 150060210        | 仙腸関節脱臼観血の手術                     |  |
|                 | 150060310        | 恥骨結合離開観血の手術                     |  |
|                 | 150060810        | 腸骨翼骨折観血の手術                      |  |
|                 | 150384510        | 寛骨臼骨折観血の手術                      |  |
|                 | 150060910        | 骨盤骨折観血の手術（腸骨翼及び寛骨臼骨折観血の手術を除く）   |  |
|                 | 150471510        | 椎弓切除術（内視鏡下）（頸椎椎弓切除術）            |  |
|                 | 150471610        | 椎弓切除術（内視鏡下）（胸椎椎弓切除術）            |  |
|                 | 150471710        | 椎弓切除術（内視鏡下）（腰椎椎弓切除術）            |  |
|                 | 150471810        | 椎弓切除術（内視鏡下）（仙椎椎弓切除術）            |  |
|                 | 150474210        | 脊椎、骨盤腫瘍切除術（頸椎腫瘍切除術）             |  |
|                 | 150474310        | 脊椎、骨盤腫瘍切除術（胸椎腫瘍切除術）             |  |
|                 | 150474410        | 脊椎、骨盤腫瘍切除術（腰椎腫瘍切除術）             |  |
|                 | 150474510        | 脊椎、骨盤腫瘍切除術（仙椎腫瘍切除術）             |  |
|                 | 150474610        | 脊椎、骨盤腫瘍切除術（骨盤腫瘍切除術）             |  |
|                 | 150474710        | 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術（頸椎悪性腫瘍手術）           |  |
|                 | 150474810        | 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術（胸椎悪性腫瘍手術）           |  |
|                 | 150474910        | 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術（腰椎悪性腫瘍手術）           |  |
|                 | 150475010        | 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術（仙椎悪性腫瘍手術）           |  |
|                 | 150475110        | 脊椎、骨盤悪性腫瘍手術（骨盤悪性腫瘍手術）           |  |
|                 | 150064210        | 骨盤切断術                           |  |
|                 | 150475210        | 腫瘍脊椎骨全摘術（頸椎腫瘍脊椎骨全摘術）            |  |
|                 | 150475310        | 腫瘍脊椎骨全摘術（胸椎腫瘍脊椎骨全摘術）            |  |
|                 | 150475410        | 腫瘍脊椎骨全摘術（腰椎腫瘍脊椎骨全摘術）            |  |
|                 | 150475510        | 腫瘍脊椎骨全摘術（仙椎腫瘍脊椎骨全摘術）            |  |
|                 | 150064710        | 骨盤骨切り術                          |  |
|                 | 150064810        | 臼蓋形成手術                          |  |
|                 | 150314510        | 寛骨臼移動術                          |  |
|                 | 150354910        | 脊椎制動術                           |  |
|                 | 150475610        | 脊椎骨切り術（頸椎骨切り術）                  |  |
|                 | 150475710        | 脊椎骨切り術（胸椎骨切り術）                  |  |
|                 | 150475810        | 脊椎骨切り術（腰椎骨切り術）                  |  |
|                 | 150475910        | 脊椎骨切り術（仙椎骨切り術）                  |  |
|                 | 150476010        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（頸椎前方椎体固定術）    |  |
|                 | 150476110        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（胸椎前方椎体固定術）    |  |
|                 | 150476210        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（腰椎前方椎体固定術）    |  |
|                 | 150476310        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（仙椎前方椎体固定術）    |  |
|                 | 150476410        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（頸椎後方又は後側方固定術） |  |
|                 | 150476510        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（胸椎後方又は後側方固定術） |  |
|                 | 150476610        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（腰椎後方又は後側方固定術） |  |
|                 | 150476710        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（仙椎後方又は後側方固定術） |  |
|                 | 150476810        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（頸椎後方椎体固定術）    |  |
|                 | 150476910        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（胸椎後方椎体固定術）    |  |
|                 | 150477010        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（腰椎後方椎体固定術）    |  |
|                 | 150477110        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（仙椎後方椎体固定術）    |  |
|                 | 150477210        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（頸椎前方後方同時固定術）  |  |
|                 | 150477310        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（胸椎前方後方同時固定術）  |  |
|                 | 150477410        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（腰椎前方後方同時固定術）  |  |
|                 | 150477510        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（仙椎前方後方同時固定術）  |  |
|                 | 150477610        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（頸椎椎弓切除術）      |  |

| 重症度、医療・看護必要度の項目      | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                           |   |
|----------------------|------------------|----------------------------------|---|
|                      | 150477710        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（胸椎椎弓切除術）       |   |
|                      | 150477810        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（腰椎椎弓切除術）       |   |
|                      | 150477910        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（仙椎椎弓切除術）       |   |
|                      | 150478010        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（頸椎椎弓形成術）       |   |
|                      | 150478110        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（胸椎椎弓形成術）       |   |
|                      | 150478210        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（腰椎椎弓形成術）       |   |
|                      | 150478310        | 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（仙椎椎弓形成術）       |   |
|                      | 150478410        | 多椎間又は多椎弓実施加算（頸椎前方椎体固定術）          |   |
|                      | 150478510        | 多椎間又は多椎弓実施加算（胸椎前方椎体固定術）          |   |
|                      | 150478610        | 多椎間又は多椎弓実施加算（腰椎前方椎体固定術）          |   |
|                      | 150478710        | 多椎間又は多椎弓実施加算（仙椎前方椎体固定術）          |   |
|                      | 150478810        | 多椎間又は多椎弓実施加算（頸椎後方又は後側方固定術）       |   |
|                      | 150478910        | 多椎間又は多椎弓実施加算（胸椎後方又は後側方固定術）       |   |
|                      | 150479010        | 多椎間又は多椎弓実施加算（腰椎後方又は後側方固定術）       |   |
|                      | 150479110        | 多椎間又は多椎弓実施加算（仙椎後方又は後側方固定術）       |   |
|                      | 150479210        | 多椎間又は多椎弓実施加算（頸椎後方椎体固定術）          |   |
|                      | 150479310        | 多椎間又は多椎弓実施加算（胸椎後方椎体固定術）          |   |
|                      | 150479410        | 多椎間又は多椎弓実施加算（腰椎後方椎体固定術）          |   |
|                      | 150479510        | 多椎間又は多椎弓実施加算（仙椎後方椎体固定術）          |   |
|                      | 150479610        | 多椎間又は多椎弓実施加算（頸椎前方後方同時固定術）        |   |
|                      | 150479710        | 多椎間又は多椎弓実施加算（胸椎前方後方同時固定術）        |   |
|                      | 150479810        | 多椎間又は多椎弓実施加算（腰椎前方後方同時固定術）        |   |
|                      | 150479910        | 多椎間又は多椎弓実施加算（仙椎前方後方同時固定術）        |   |
|                      | 150480010        | 多椎間又は多椎弓実施加算（頸椎椎弓切除術）            |   |
|                      | 150480110        | 多椎間又は多椎弓実施加算（胸椎椎弓切除術）            |   |
|                      | 150480210        | 多椎間又は多椎弓実施加算（腰椎椎弓切除術）            |   |
|                      | 150480310        | 多椎間又は多椎弓実施加算（仙椎椎弓切除術）            |   |
|                      | 150480410        | 多椎間又は多椎弓実施加算（頸椎椎弓形成術）            |   |
|                      | 150480510        | 多椎間又は多椎弓実施加算（胸椎椎弓形成術）            |   |
|                      | 150480610        | 多椎間又は多椎弓実施加算（腰椎椎弓形成術）            |   |
|                      | 150480710        | 多椎間又は多椎弓実施加算（仙椎椎弓形成術）            |   |
|                      | 150282750        | 脊椎側弯症手術（脊椎側弯症手術固定術）              |   |
|                      | 150343910        | 脊椎側弯症手術（脊椎側弯症手術矯正術・初回挿入）         |   |
|                      | 150344010        | 脊椎側弯症手術（脊椎側弯症手術矯正術・交換術）          |   |
|                      | 150344110        | 脊椎側弯症手術（脊椎側弯症手術矯正術・伸展術）          |   |
|                      | 150480810        | 胸椎又は腰椎前方固定術（内視鏡下）（胸椎前方固定術）       |   |
|                      | 150480910        | 胸椎又は腰椎前方固定術（内視鏡下）（腰椎前方固定術）       |   |
|                      | 150397310        | 肩突起骨折接合術                         |   |
|                      | 150397410        | 腰椎分離部修復術                         |   |
|                      | 150066110        | 仙腸関節固定術                          |   |
|                      | 150095010        | 中耳、側頭骨腫瘍摘出術                      |   |
|                      | 150095210        | 中耳悪性腫瘍手術（切除）                     |   |
|                      | 150095310        | 中耳悪性腫瘍手術（側頭骨摘出術）                 |   |
|                      | 150096210        | アブミ骨摘出術                          |   |
|                      | 150096350        | アブミ骨可動化手術                        |   |
|                      | 150104210        | 咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む）           |   |
|                      | 150344810        | 副咽頭間隙腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））       |   |
|                      | 150345010        | 副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））     |   |
|                      | 150481110        | 椎弓形成術（内視鏡下）（頸椎椎弓形成術）             |   |
|                      | 150481210        | 椎弓形成術（内視鏡下）（胸椎椎弓形成術）             |   |
|                      | 150481310        | 椎弓形成術（内視鏡下）（腰椎椎弓形成術）             |   |
|                      | 150481410        | 椎弓形成術（内視鏡下）（仙椎椎弓形成術）             |   |
|                      | 150111510        | 頰結核悪性腫瘍手術                        |   |
|                      | 150113610        | 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術                   |   |
|                      | 150115410        | 顎骨腫瘍摘出術（長径3 c m未満）               |   |
|                      | 150115510        | 顎骨腫瘍摘出術（長径3 c m以上）               |   |
|                      | 150115610        | 下顎骨部分切除術                         |   |
|                      | 150115710        | 下顎骨離断術                           |   |
|                      | 150115810        | 下顎骨悪性腫瘍手術（切除）                    |   |
|                      | 150413110        | 下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（おとがい部を含む）          |   |
|                      | 150115910        | 下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（その他）               |   |
|                      | 150116210        | 上顎骨全摘術                           |   |
|                      | 150116310        | 上顎骨悪性腫瘍手術（摘除）                    |   |
|                      | 150116410        | 上顎骨悪性腫瘍手術（切除）                    |   |
|                      | 150116510        | 上顎骨悪性腫瘍手術（全摘）                    |   |
|                      | 150123610        | 胸骨切除術                            |   |
|                      | 310006710        | 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術                   | ※ |
|                      | 310008010        | 上顎骨悪性腫瘍手術（全摘）                    | ※ |
|                      | 310036610        | 下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（おとがい部を含むもの）        | ※ |
|                      | 310008410        | 下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（その他のもの）            | ※ |
|                      | 310008310        | 下顎骨悪性腫瘍手術（切除）                    | ※ |
|                      | 310007910        | 上顎骨悪性腫瘍手術（切除）                    | ※ |
|                      | 310034710        | 同種骨移植術（非生体）（特殊）                  | ※ |
|                      | 310008210        | 下顎骨離断術                           | ※ |
|                      | 310012610        | 同種骨移植術（生体）                       | ※ |
|                      | 310007110        | 頰結核悪性腫瘍手術                        | ※ |
|                      | 310008110        | 下顎骨部分切除術                         | ※ |
|                      | 310034810        | 同種骨移植術（非生体）（その他）                 | ※ |
|                      | 310012510        | 自家骨移植術（困難）                       | ※ |
|                      | 310008610        | 顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢嚢を除く。）（長径3 c m以上）     | ※ |
|                      | 310008510        | 顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢嚢を除く。）（長径3センチメートル未満）  | ※ |
|                      | 310007810        | 上顎骨悪性腫瘍手術（摘除）                    | ※ |
|                      | 310012410        | 自家骨移植術（簡便）                       | ※ |
| C 19 胸腔鏡・腹腔鏡の手術（4日間） | 150336310        | 嚢・膽手術（胸腔鏡）                       |   |
|                      | 150356910        | 胸腔鏡下気管開胸術                        |   |
|                      | 150357010        | 胸腔鏡下試験切除術                        |   |
|                      | 150292410        | 胸腔鏡下肺膜胸膜又は胸膜肺低切除術                |   |
|                      | 150317010        | 胸腔鏡下膿胸摘除術                        |   |
|                      | 150357210        | 胸腔鏡下胸腔結紮術（乳糜胸手術）                 |   |
|                      | 150357310        | 胸腔鏡下縦隔切開術                        |   |
|                      | 150374210        | 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術                      |   |
|                      | 150414010        | 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器使用）        |   |
|                      | 150374310        | 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術                     |   |
|                      | 150405910        | 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）       |   |
|                      | 150266610        | 胸腔鏡下肺切除術（肺嚢胞手術（楔状部分切除））          |   |
|                      | 150414110        | 胸腔鏡下肺切除術（部分切除）                   |   |
|                      | 150414210        | 胸腔鏡下肺切除術（区域切除）                   |   |
|                      | 150414310        | 胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は1肺葉超）             |   |
|                      | 150447610        | 胸腔鏡下肺切除術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）     |   |
|                      | 150447710        | 胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は1肺葉超）（内視鏡手術用支援機器） |   |
|                      | 150270750        | 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術                     |   |
|                      | 150406010        | 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）       |   |
|                      | 150270850        | 胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術                     |   |
|                      | 150298750        | 胸腔鏡下肺結核術                         |   |
|                      | 150358610        | 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）                |   |
|                      | 150358710        | 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）                |   |
|                      | 150414410        | 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）  |   |
|                      | 150358810        | 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超える）       |   |
|                      | 150406110        | 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除、1肺葉超・手術用支援機器使用） |   |
|                      | 150428010        | 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）         |   |
|                      | 150447810        | 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺全摘）                 |   |
|                      | 150358910        | 胸腔鏡下食道憩室切除術                      |   |
|                      | 150399510        | 腹腔鏡下食道憩室切除術                      |   |
|                      | 150274710        | 食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下）                    |   |
|                      | 150317710        | 食道腫瘍摘出術（胸腔鏡下）                    |   |
|                      | 150386710        | 胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術                 |   |
|                      | 150374710        | 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頭部、胸部、腹部の操作）        |   |
|                      | 150406210        | 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頭、胸、腹部操作・手術用支援機器使用） |   |

| 重症度、医療・看護必要度の項目 | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                            |
|-----------------|------------------|-----------------------------------|
|                 | 150374810        | 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作）            |
|                 | 150406310        | 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作・手術用支援機器使用）  |
|                 | 150387070        | 有支腸管移植加算（胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術）            |
|                 | 150399610        | 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術                      |
|                 | 150414810        | 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）        |
|                 | 150296310        | 腹腔鏡下食道アカラシア形成手術                   |
|                 | 150366910        | 腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）             |
|                 | 150359110        | 胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む）横隔横縫合術               |
|                 | 150275110        | 腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術                    |
|                 | 150359210        | 胸腔鏡下心膜開窓術                         |
|                 | 150448310        | 心臓傷摘出術（単独）（胸腔鏡下）                  |
|                 | 150399710        | 胸腔鏡下弁形成術（1弁）                      |
|                 | 150406410        | 胸腔鏡下弁形成術（1弁）（内視鏡手術用支援機器使用）        |
|                 | 150399810        | 胸腔鏡下弁形成術（2弁）                      |
|                 | 150406510        | 胸腔鏡下弁形成術（2弁）（内視鏡手術用支援機器使用）        |
|                 | 150399910        | 胸腔鏡下弁置換術（1弁）                      |
|                 | 150400010        | 胸腔鏡下弁置換術（2弁）                      |
|                 | 150448710        | 胸腔鏡下弁置換術（1弁）（内視鏡手術用支援機器使用）        |
|                 | 150448810        | 胸腔鏡下弁置換術（2弁）（内視鏡手術用支援機器使用）        |
|                 | 150376110        | 胸腔鏡下動脈管開閉鎖術                       |
|                 | 150449010        | 胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術                     |
|                 | 150424650        | 不整脈手術（左心耳閉鎖術）（胸腔鏡下手術）             |
|                 | 150416910        | 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）                 |
|                 | 150417010        | 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）                |
|                 | 150417110        | 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）                  |
|                 | 150428810        | 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）                  |
|                 | 150377010        | 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術                |
|                 | 150377110        | 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術                |
|                 | 150361210        | 腹腔鏡下ヘルニア手術（腹壁最低ヘルニア）              |
|                 | 150361310        | 腹腔鏡下ヘルニア手術（大腿ヘルニア）                |
|                 | 150388010        | 腹腔鏡下ヘルニア手術（半月状線ヘルニア、白線ヘルニア）       |
|                 | 150388110        | 腹腔鏡下ヘルニア手術（膈ヘルニア）                 |
|                 | 150388210        | 腹腔鏡下ヘルニア手術（閉鎖孔ヘルニア）               |
|                 | 150263610        | 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）                  |
|                 | 150361410        | 腹腔鏡下試験開腹術                         |
|                 | 150361510        | 腹腔鏡下試験切除術                         |
|                 | 150361610        | 腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術                      |
|                 | 150361710        | 腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術               |
|                 | 150377210        | 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術                   |
|                 | 150377310        | 腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術                  |
|                 | 150449310        | 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術                       |
|                 | 150271650        | 腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術                 |
|                 | 150377410        | 腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）               |
|                 | 150377510        | 腹腔鏡下胃捻転症手術                        |
|                 | 150377610        | 腹腔鏡下胃局所切除術（内視鏡処置を併施）              |
|                 | 150377710        | 腹腔鏡下胃局所切除術（その他）                   |
|                 | 150417310        | 腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施）           |
|                 | 150323410        | 腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）                   |
|                 | 150406610        | 腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）     |
|                 | 150323510        | 腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）                  |
|                 | 150406710        | 腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）    |
|                 | 150377810        | 腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）                |
|                 | 150406810        | 腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）  |
|                 | 150377910        | 腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術）               |
|                 | 150406910        | 腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術）（手術用支援機器）      |
|                 | 150378010        | 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）                 |
|                 | 150449710        | 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）（バイパス術を併施）       |
|                 | 150323610        | 腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）                   |
|                 | 150407010        | 腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）（内視鏡手術用支援機器使用）     |
|                 | 150323710        | 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）                  |
|                 | 150429110        | 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（空腸囊作製術を伴うもの）     |
|                 | 150407110        | 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）    |
|                 | 150361910        | 腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）              |
|                 | 150276610        | 腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術                |
|                 | 150362010        | 腹腔鏡下胃腸吻合術                         |
|                 | 150323810        | 腹腔鏡下幽門形成術                         |
|                 | 150276710        | 腹腔鏡下噴門形成術                         |
|                 | 150276810        | 腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含む）            |
|                 | 150276910        | 腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含まない）          |
|                 | 150254110        | 腹腔鏡下胆嚢摘出術                         |
|                 | 150388310        | 腹腔鏡下総胆管拡張症手術                      |
|                 | 150441410        | 腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器）          |
|                 | 150429210        | 腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）          |
|                 | 150401210        | 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術                       |
|                 | 150277710        | 腹腔鏡下肝嚢嚢切開術                        |
|                 | 150417810        | 腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（単回切除）              |
|                 | 150441810        | 腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（単回切除）（内視鏡手術用支援機器）  |
|                 | 150417910        | 腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回切除）             |
|                 | 150441910        | 腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回切除・内視鏡手術用支援機器）  |
|                 | 150348110        | 腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）                  |
|                 | 150442010        | 腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）（内視鏡手術用支援機器）      |
|                 | 150388710        | 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）                   |
|                 | 150442410        | 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）（内視鏡手術用支援機器）       |
|                 | 150388810        | 腹腔鏡下肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））        |
|                 | 150441510        | 腹腔鏡下肝切除術（1区域切除・外側区域切除を除く・内視鏡支援機器） |
|                 | 150388910        | 腹腔鏡下肝切除術（2区域切除）                   |
|                 | 150441610        | 腹腔鏡下肝切除術（2区域切除）（内視鏡手術用支援機器）       |
|                 | 150389010        | 腹腔鏡下肝切除術（3区域切除以上）                 |
|                 | 150441710        | 腹腔鏡下肝切除術（3区域切除以上）（内視鏡手術用支援機器）     |
|                 | 150378410        | 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（腹腔鏡）         |
|                 | 150378610        | 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（腹腔鏡）       |
|                 | 150429410        | 移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）           |
|                 | 150401510        | 腹腔鏡下膵腫瘍摘出術                        |
|                 | 150450010        | 腹腔鏡下膵中央切除術                        |
|                 | 150389210        | 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除・脾同時切除）        |
|                 | 150418310        | 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除・脾同時切除）（通則18）  |
|                 | 150389310        | 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除・脾温存）          |
|                 | 150418410        | 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除・脾温存）（通則18）    |
|                 | 150487610        | 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（郭清等を伴う腫瘍切除）         |
|                 | 150487710        | 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（郭清等を伴う腫瘍切除）（通則18）   |
|                 | 150418510        | 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）           |
|                 | 150418610        | 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）（通則18）     |
|                 | 150418710        | 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等伴う腫瘍切除術）  |
|                 | 150418810        | 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節等伴う腫瘍切除術）（通則18）  |
|                 | 150271850        | 腹腔鏡下脾摘出術                          |
|                 | 150271550        | 腹腔鏡下腸管癒着剥離術                       |
|                 | 150389510        | 腹腔鏡下腸重複症整復術                       |
|                 | 150363710        | 腹腔鏡下小腸切除術（複雑）                     |
|                 | 150271950        | 腹腔鏡下小腸切除術（その他）                    |
|                 | 150337610        | 腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）          |
|                 | 150272050        | 腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）            |
|                 | 150277810        | 腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除、結腸半側切除）           |
|                 | 150337710        | 腹腔鏡下結腸切除術（全切除、重全切除）               |
|                 | 150324910        | 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術                     |
|                 | 150442110        | 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器）         |
|                 | 150420210        | 腹腔鏡下全結腸・直腸切除糞肛門吻合術                |
|                 | 150364010        | 腹腔鏡下腸瘻、虫垂嚢造設術                     |
|                 | 150389610        | 腹腔鏡下人工肛門造設術                       |

| 重症度、医療・看護必要度の項目                  | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                            |  |
|----------------------------------|------------------|-----------------------------------|--|
|                                  | 150364210        | 腹腔鏡下腸閉鎖症手術                        |  |
|                                  | 150420510        | 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（直腸切除術後）               |  |
|                                  | 150364310        | 腹腔鏡下腸回転異常症手術                      |  |
|                                  | 150325110        | 腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術                    |  |
|                                  | 150325210        | 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）                 |  |
|                                  | 150337810        | 腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）             |  |
|                                  | 150429910        | 腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除術）            |  |
|                                  | 150430110        | 腹腔鏡下直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）         |  |
|                                  | 150337910        | 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）                 |  |
|                                  | 150487810        | 腹腔鏡下直腸切除・切断術（手術支援機器）（切除術）         |  |
|                                  | 150487910        | 腹腔鏡下直腸切除・切断術（手術支援機器）（低位前方切除術）     |  |
|                                  | 150488010        | 腹腔鏡下直腸切除・切断術（手術支援機器）（超低位前方切除術）    |  |
|                                  | 150488110        | 腹腔鏡下直腸切除・切断術（手術支援機器）（経肛門吻合を伴う切除術） |  |
|                                  | 150488210        | 腹腔鏡下直腸切除・切断術（手術支援機器）（切断術）         |  |
|                                  | 150364610        | 腹腔鏡下直腸脱手術                         |  |
|                                  | 150325510        | 腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰式）                    |  |
|                                  | 150279210        | 腹腔鏡下副腎摘出術                         |  |
|                                  | 150442210        | 腹腔鏡下副腎摘出術（内視鏡手術用支援機器）             |  |
|                                  | 150338110        | 腹腔鏡下小切開副腎摘出術                      |  |
|                                  | 150378910        | 腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）              |  |
|                                  | 150442310        | 腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器）  |  |
|                                  | 150364710        | 腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術                      |  |
|                                  | 150325710        | 腹腔鏡下腎部分切除術                        |  |
|                                  | 150338210        | 腹腔鏡下小切開腎部分切除術                     |  |
|                                  | 150325810        | 腹腔鏡下腎囊嚢切除縮小術                      |  |
|                                  | 150364810        | 腹腔鏡下腎囊嚢切除術                        |  |
|                                  | 150325910        | 腹腔鏡下腎摘出術                          |  |
|                                  | 150338310        | 腹腔鏡下小切開腎摘出術                       |  |
|                                  | 150326010        | 腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術                   |  |
|                                  | 150338410        | 腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術                |  |
|                                  | 150436510        | 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術支援機器・7センチ以下）     |  |
|                                  | 150430410        | 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）（その他）  |  |
|                                  | 150430510        | 腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）    |  |
|                                  | 150326110        | 腹腔鏡下腎盂形成手術                        |  |
|                                  | 150420810        | 腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器使用）          |  |
|                                  | 150338510        | 腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）                   |  |
|                                  | 150379010        | 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術                    |  |
|                                  | 150379110        | 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術                    |  |
|                                  | 150379210        | 腹腔鏡下膀胱部分切除術                       |  |
|                                  | 150379310        | 腹腔鏡下膀胱脱手術                         |  |
|                                  | 150407510        | 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（腸管等利用し尿路変更なし・通則18）   |  |
|                                  | 150403310        | 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用し尿路変更なし）     |  |
|                                  | 150407610        | 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（回腸等導管利用尿路変更あり・通則18）  |  |
|                                  | 150403410        | 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸結腸導管利用し尿路変更あり）  |  |
|                                  | 150403510        | 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用し尿路変更あり）    |  |
|                                  | 150407710        | 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（代用膀胱利用し尿路変更あり・通則18）  |  |
|                                  | 150403610        | 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用尿路変更なし）   |  |
|                                  | 150403710        | 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸等利用尿路変更あり）   |  |
|                                  | 150403810        | 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用尿路変更あり）  |  |
|                                  | 150379510        | 腹腔鏡下尿膜管摘出術                        |  |
|                                  | 150365310        | 腹腔鏡下膀胱内手術                         |  |
|                                  | 150365510        | 腹腔鏡下尿失禁手術                         |  |
|                                  | 150278310        | 腹腔鏡下内精果静脈結紮術                      |  |
|                                  | 150326410        | 腹腔鏡下腹腔内停留精果陰嚢内固定術                 |  |
|                                  | 150326510        | 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術                     |  |
|                                  | 150338810        | 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術                  |  |
|                                  | 150390310        | 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）     |  |
|                                  | 150365810        | 腹腔鏡下造精術                           |  |
|                                  | 150431310        | 腹腔鏡下陰断雄拳上術                        |  |
|                                  | 150451610        | 腹腔鏡下陰断雄拳上術（内視鏡手術用支援機器使用）          |  |
|                                  | 150264510        | 腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術                    |  |
|                                  | 150390410        | 腹腔鏡下仙骨籠固定術                        |  |
|                                  | 150421210        | 腹腔鏡下仙骨籠固定術（内視鏡手術用支援機器使用）          |  |
|                                  | 150294110        | 腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術                   |  |
|                                  | 150366010        | 腹腔鏡下子宮腫上部切断術                      |  |
|                                  | 150272250        | 腹腔鏡下腹式子宮全摘術                       |  |
|                                  | 150409110        | 腹腔鏡下腹式子宮全摘術（性同一性障害）               |  |
|                                  | 150409210        | 腹腔鏡下腹式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器使用）         |  |
|                                  | 150409710        | 腹腔鏡下腹式子宮全摘術（性同一性障害・内視鏡手術用支援機器使用）  |  |
|                                  | 150327210        | 腹腔鏡下広韧带内腫瘍摘出術                     |  |
|                                  | 150379810        | 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る）            |  |
|                                  | 150409310        | 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る・手術用支援機器使用）  |  |
|                                  | 150409810        | 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る）            |  |
|                                  | 150431410        | 腹腔鏡下子宮癒着部修復術                      |  |
|                                  | 150264610        | 子宮附属器癒着剥離術（両側）（腹腔鏡）               |  |
|                                  | 150264710        | 卵巣部分切除術（腹式を含む）（腹腔鏡）               |  |
|                                  | 150267650        | 卵管結紮術（腹式を含む）（両側）（腹腔鏡）             |  |
|                                  | 150299850        | 腹腔鏡下多嚢嚢性卵巣嚢胞術                     |  |
|                                  | 150270010        | 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡）               |  |
|                                  | 150409510        | 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡）（性同一性障害）       |  |
|                                  | 150422010        | 子宮附属器腫瘍摘出術（両側、腹腔鏡、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）  |  |
|                                  | 150268250        | 子宮卵管留置手術（両側）（腹腔鏡）                 |  |
|                                  | 150268150        | 卵管腫瘍全摘除術（両側）（腹腔鏡）                 |  |
|                                  | 150268050        | 卵管全摘除術（両側）（腹腔鏡）                   |  |
|                                  | 150264910        | 異所性妊娠手術（腹腔鏡）                      |  |
| C 20 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）           | 150232910        | 脊椎麻酔                              |  |
|                                  | 150332510        | 閉鎖循環式全身麻酔1（麻酔困難な患者）               |  |
|                                  | 150332610        | 閉鎖循環式全身麻酔1                        |  |
|                                  | 150332710        | 閉鎖循環式全身麻酔2（麻酔困難な患者）               |  |
|                                  | 150332810        | 閉鎖循環式全身麻酔2                        |  |
|                                  | 150332910        | 閉鎖循環式全身麻酔3（麻酔困難な患者）               |  |
|                                  | 150333010        | 閉鎖循環式全身麻酔3                        |  |
|                                  | 150333110        | 閉鎖循環式全身麻酔4（麻酔困難な患者）               |  |
|                                  | 150333210        | 閉鎖循環式全身麻酔4                        |  |
|                                  | 150328210        | 閉鎖循環式全身麻酔5（麻酔困難な患者）               |  |
|                                  | 150233410        | 閉鎖循環式全身麻酔5                        |  |
|                                  | 150247470        | 硬膜外麻酔併施加算（頭・胸部）                   |  |
|                                  | 150247570        | 硬膜外麻酔併施加算（腰部）                     |  |
|                                  | 150247670        | 硬膜外麻酔併施加算（仙骨部）                    |  |
|                                  | 150342470        | 術中経食道心エコー連続監視加算（心臓手術又は冠動脈疾患、弁膜症）  |  |
|                                  | 150395670        | 術中経食道心エコー連続監視加算（カテーテル使用経皮的な心臓手術）  |  |
|                                  | 150350670        | 臓器移植術加算                           |  |
| C 21 救命等に係る内科的治療（4日間）（①経皮的血管内治療） | 150391070        | 神経ブロック併施加算（イ以外）                   |  |
|                                  | 150391170        | 非侵襲的血行動態モニタリング加算                  |  |
|                                  | 190120810        | 超急性期脳卒中加算                         |  |
|                                  | 130004670        | 中心静脈注射用カテーテル挿入                    |  |
|                                  | 130011810        | カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入          |  |
|                                  | 130004810        | 脳脊髄腔注射（腰椎）                        |  |
|                                  | 140003010        | 腰椎穿刺                              |  |
|                                  | 140029850        | 持続経線徐式血液濾過                        |  |
|                                  | 140008410        | 吸着式血液浄化法                          |  |
|                                  | 140061610        | エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（18歳以上）       |  |
|                                  | 140061710        | エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（18歳未満）       |  |
|                                  | 150263810        | 経皮経肝胆管ステント挿入術                     |  |
|                                  | 150401310        | 経皮経肝バルーン拡張術                       |  |
|                                  | 150254910        | 脳血管内手術（1箇所）                       |  |
|                                  | 150344410        | 脳血管内手術（2箇所以上）                     |  |
|                                  | 150355410        | 脳血管内手術（脳血管内ステント）                  |  |

| 重症度、医療・看護必要度の項目                       | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                           |
|---------------------------------------|------------------|----------------------------------|
|                                       | 150273510        | 経皮的脳血管形成術                        |
|                                       | 150301110        | 経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（頭蓋内脳血管）          |
|                                       | 150301210        | 経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（頭部脳血管）（内頸、椎骨動脈）  |
|                                       | 150481810        | 経皮的脳血栓回収術（頸動脈ステント留置を併施）          |
|                                       | 150481910        | 経皮的脳血栓回収術（その他）                   |
|                                       | 150380850        | 経皮的脳血管ステント留置術                    |
|                                       | 150374910        | 経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）                |
|                                       | 150375010        | 経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症）                |
|                                       | 150375110        | 経皮的冠動脈形成術（その他）                   |
|                                       | 150260350        | 経皮的冠動脈粥腫切除術                      |
|                                       | 150284310        | 経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミカテータル）  |
|                                       | 150359310        | 経皮的冠動脈形成術（エキシマレーザー血管形成用カテータル）    |
|                                       | 150443750        | 経皮的冠動脈形成術（アテローム切除アブレーション式カテータル）  |
|                                       | 150375210        | 経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）            |
|                                       | 150375310        | 経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症）            |
|                                       | 150375410        | 経皮的冠動脈ステント留置術（その他）               |
|                                       | 160107550        | 冠動脈内血栓溶解療法                       |
|                                       | 150318310        | 経皮的冠動脈血栓吸引術                      |
|                                       | 150387310        | 経カテータル弁置換術（経皮的大動脈弁置換術）           |
|                                       | 150400410        | ステントグラフト内挿術（血管損傷）                |
|                                       | 150301310        | ステントグラフト内挿術（胸部大動脈）               |
|                                       | 150485510        | ステントグラフト内挿術（腹部大動脈（腸骨動脈の再建を伴う））   |
|                                       | 150485610        | ステントグラフト内挿術（腹部大動脈（その他））          |
|                                       | 150301510        | ステントグラフト内挿術（腸骨動脈）                |
|                                       | 150360610        | 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（止血術）         |
|                                       | 150376810        | 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）  |
|                                       | 150360710        | 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他）         |
|                                       | 150401110        | バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術                |
| C 21 救命等に係る内科的治療（４日間）（②経皮的心的筋焼灼術等の治療） | 140010310        | カウンスラーショック（その他）                  |
|                                       | 150346710        | 経皮的カテータル心筋焼灼術（心房中隔穿刺、心外膜アプローチ）   |
|                                       | 150262810        | 経皮的カテータル心筋焼灼術（その他）               |
|                                       | 150346870        | 三次元カブリレーション加算                    |
|                                       | 150370050        | 磁気ナビゲーション加算                      |
|                                       | 150303310        | 経皮的の中隔心筋焼灼術                      |
|                                       | 150267310        | 体外ペースメーカー置換術                     |
|                                       | 150140110        | ペースメーカー移植術（心筋電極）                 |
|                                       | 150140210        | ペースメーカー移植術（経静脈電極）                |
|                                       | 150415110        | 両心室ペースメーカー移植術（心筋電極）              |
|                                       | 150415210        | 両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極）             |
|                                       | 150387410        | 植込型除細動器移植術（経静脈リード）               |
|                                       | 150383250        | 植込型除細動器移植術（皮下植込型リード）             |
|                                       | 150415810        | 両室ベレーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極）     |
|                                       | 150415910        | 両室ベレーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極）    |
|                                       | 150347210        | 経皮的大動脈遮断術                        |
|                                       | 150336810        | 内視鏡的食道粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）       |
|                                       | 150400810        | 内視鏡下胃、十二指腸穿孔縫合閉鎖術                |
|                                       | 150323010        | 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜）   |
|                                       | 150417210        | 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍十二指腸） |
|                                       | 150362310        | 内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）             |
| C 21 救命等に係る内科的治療（４日間）（③侵襲的な消化器治療）     | 150174910        | 内視鏡的胆道結石除去術（胆道砕石術を伴う）            |
|                                       | 150362510        | 内視鏡的胆道結石除去術（その他）                 |
|                                       | 150175310        | 内視鏡的胆道拡張術                        |
|                                       | 150175410        | 内視鏡的乳頭切開術（乳頭括約筋切開のみ）             |
|                                       | 150296710        | 内視鏡的乳頭切開術（胆道砕石術を伴う）              |
|                                       | 150417510        | 内視鏡的乳頭切開術（胆道鏡下結石破砕術を伴う）          |
|                                       | 150254410        | 内視鏡的胆道ステント留置術                    |
|                                       | 150363610        | 内視鏡的膵管ステント留置術                    |
|                                       | 150378510        | 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍ以内）（その他）        |
|                                       | 150378710        | 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍを超える）（その他）      |
|                                       | 150363910        | 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術                  |
|                                       | 150164850        | 内視鏡的消化管止血術                       |
|                                       | 150341450        | 内視鏡的乳頭拡張術                        |
|                                       | 160160410        | 超音波検査（心臓超音波検査）（経食道心エコー法）         |
|                                       | 160092810        | E F ー気管支                         |
|                                       | 160213910        | 気管支カテータル気管支肺胞洗浄法検査               |
|                                       | 160098010        | 経皮的針生検法                          |
|                                       | 160219410        | 経皮的腎生検法                          |
|                                       | 160188210        | E U S ー F N A                    |
|                                       | 160148210        | 経気管肺生検法                          |
|                                       | 160200210        | E B U S ー T B N A                |
|                                       | 160188310        | 組織試験採取、切採法（心筋）                   |
| C 22 別に定める検査（２日間）                     | 160093150        | 縦隔鏡検査                            |
|                                       | 160095010        | 腹腔鏡検査                            |
|                                       | 160093010        | 胸腔鏡検査                            |
|                                       | 160092110        | 関節鏡検査（片）                         |
|                                       | 160160830        | 関節鏡検査（両）                         |
|                                       | 160064510        | 心カテ（左心）                          |
|                                       | 160064610        | 心カテ（右心）                          |
|                                       | 150004210        | 皮膚悪性腫瘍切除術（広汎切除）                  |
|                                       | 150005110        | 顔面神経麻痺形成手術（動的）                   |
|                                       | 150006710        | 分層植皮術（２００ｃｍ２以上）                  |
|                                       | 150333910        | 全層植皮術（１００ｃｍ２以上２００ｃｍ２未満）          |
|                                       | 150334010        | 全層植皮術（２００ｃｍ２以上）                  |
|                                       | 150443050        | 自家皮膚非培養細胞移植術（２００ｃｍ２以上）           |
|                                       | 150008010        | 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術（１００ｃｍ２以上）    |
|                                       | 150009010        | 筋（皮）弁術                           |
|                                       | 150008810        | 動脈（皮）弁術                          |
|                                       | 150371710        | 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（乳房再建術）          |
|                                       | 150371810        | 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（その他）            |
|                                       | 150455010        | 自家脂肪注入（５０ｍＬ未満のもの）（１回目）           |
|                                       | 150455110        | 自家脂肪注入（５０ｍＬ未満のもの）（２回目）           |
|                                       | 150009210        | 自家筋腫複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付き）           |
| C 23 別に定める手術（５日間）                     | 150020350        | 象皮膚根治手術（大腿）                      |
|                                       | 150020450        | 象皮膚根治手術（下腿）                      |
|                                       | 150011510        | 四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（肩軟部悪性腫瘍手術）         |
|                                       | 150011710        | 四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（前腕軟部悪性腫瘍手術）        |
|                                       | 150011610        | 四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（上腕軟部悪性腫瘍手術）        |
|                                       | 150011910        | 四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（下腿軟部悪性腫瘍手術）        |
|                                       | 150308710        | 四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（軀幹軟部悪性腫瘍手術）        |
|                                       | 150011810        | 四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（大腿軟部悪性腫瘍手術）        |
|                                       | 150013510        | 腓骨移植術（人工腓骨形成術を含む）（その他の腓骨移植術）     |
|                                       | 150352110        | 骨折観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（上腕骨）      |
|                                       | 150353010        | 難治性感染性偽関節手術（創外固定器）               |
|                                       | 150029710        | 変形性変性骨折矯正手術（上腕骨変形性変性骨折矯正手術）      |
|                                       | 150029910        | 変形性変性骨折矯正手術（前腕骨変形性変性骨折矯正手術）      |
|                                       | 150464850        | 骨移植術（自家骨移植と人工骨移植の併施）（特殊）         |
|                                       | 150465050        | 骨移植術（非生体同種骨移植と人工骨移植の併施）（特殊）      |
|                                       | 150464950        | 骨移植術（自家骨移植と人工骨移植の併施）（その他）        |
|                                       | 150465150        | 骨移植術（非生体同種骨移植と人工骨移植の併施）（その他）     |
|                                       | 150052850        | 化膿性又は結核性関節炎摘除術（肩関節）              |
|                                       | 150052950        | 化膿性又は結核性関節炎摘除術（股関節）              |
|                                       | 150053050        | 化膿性又は結核性関節炎摘除術（膝関節）              |
|                                       | 150035410        | 関節脱臼観血的整復術（肩関節）                  |
|                                       | 150035210        | 関節脱臼観血的整復術（肩関節）                  |
|                                       | 150035310        | 関節脱臼観血的整復術（股関節）                  |
|                                       | 150036110        | 先天性股関節脱臼観血的整復術                   |
|                                       | 150042610        | 関節内骨折観血的手術（肩関節）                  |
|                                       | 150043010        | 関節内骨折観血的手術（肘関節）                  |

| 重症度、医療・看護必要度の項目 | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                           |  |
|-----------------|------------------|----------------------------------|--|
|                 | 150353610        | 関節内骨折観血の手術（関節鏡下）（肘関節）            |  |
|                 | 150353210        | 関節内骨折観血の手術（関節鏡下）（肩関節）            |  |
|                 | 150353410        | 関節内骨折観血の手術（関節鏡下）（膝関節）            |  |
|                 | 150313310        | 韌帯断裂縫合術（関節鏡下）（十字韌帯断裂縫合術）         |  |
|                 | 150045310        | 関節観血の授動術（股関節観血の授動術）              |  |
|                 | 150045410        | 関節観血の授動術（膝関節観血の授動術）              |  |
|                 | 150045210        | 関節観血の授動術（肩関節観血の授動術）              |  |
|                 | 150045810        | 関節観血の授動術（足関節及び距骨周囲関節観血の授動術）      |  |
|                 | 150045610        | 関節観血の授動術（肘関節観血の授動術）              |  |
|                 | 150046210        | 関節観血の制動術（股関節観血の制動術）              |  |
|                 | 150046310        | 関節観血の制動術（膝関節観血の制動術）              |  |
|                 | 150046110        | 関節観血の制動術（肩関節観血の制動術）              |  |
|                 | 150047110        | 関節観血の固定術（股関節観血の固定術）              |  |
|                 | 150047010        | 関節観血の固定術（肩関節観血の固定術）              |  |
|                 | 150047210        | 関節観血の固定術（膝関節観血の固定術）              |  |
|                 | 150047910        | 韌帯断裂形成手術（十字韌帯断裂形成手術）             |  |
|                 | 150313710        | 韌帯断裂形成手術（関節鏡下）（十字韌帯断裂形成手術）       |  |
|                 | 150354110        | 韌帯断裂形成手術（関節鏡下）（内側膝蓋大腿韌帯断裂形成手術）   |  |
|                 | 150049250        | 内反足手術                            |  |
|                 | 150354210        | 肩腱板断裂手術（複雑）                      |  |
|                 | 150343810        | 肩腱板断裂手術（関節鏡下）（単単）                |  |
|                 | 150425810        | 肩腱板断裂手術（関節鏡下）（単単）（上腕二頭筋腱の固定を伴う）  |  |
|                 | 150354310        | 肩腱板断裂手術（関節鏡下）（複雑）                |  |
|                 | 150384210        | 肩関節唇形成術（関節鏡下）（腱板断裂を伴う）           |  |
|                 | 150384310        | 肩関節唇形成術（関節鏡下）（腱板断裂を伴わない）         |  |
|                 | 150384410        | 股関節唇縫合術（関節鏡下）                    |  |
|                 | 150426010        | 上腕二頭筋腱固定術（関節鏡下）                  |  |
|                 | 150411710        | 人工股関節置換術（交換術）                    |  |
|                 | 150471110        | 四肢切断再接合術（手指切断再接合術）               |  |
|                 | 150471210        | 四肢切断再接合術（足趾切断再接合術）               |  |
|                 | 150055410        | 足三関節固定（ランプリスディ）手術                |  |
|                 | 150290910        | デュエイトレン拘縮手術（4指以上）                |  |
|                 | 1500657210       | 巨指症手術（骨関節、腱の形成を要する）              |  |
|                 | 150058110        | 裂足手術                             |  |
|                 | 150058010        | 裂手手術                             |  |
|                 | 150058210        | 母指化手術                            |  |
|                 | 150472010        | 黄色靱帯骨化症手術（頸椎黄色靱帯骨化症手術）           |  |
|                 | 150472110        | 黄色靱帯骨化症手術（胸椎黄色靱帯骨化症手術）           |  |
|                 | 150472210        | 黄色靱帯骨化症手術（腰椎黄色靱帯骨化症手術）           |  |
|                 | 150472310        | 黄色靱帯骨化症手術（仙椎黄色靱帯骨化症手術）           |  |
|                 | 150472410        | 後縦靱帯骨化症手術（前方進入）（頸椎後縦靱帯骨化症手術）     |  |
|                 | 150472510        | 後縦靱帯骨化症手術（前方進入）（胸椎後縦靱帯骨化症手術）     |  |
|                 | 150472610        | 椎間板摘出術（頸椎椎間板前方摘出術）               |  |
|                 | 150472710        | 椎間板摘出術（胸椎椎間板前方摘出術）               |  |
|                 | 150472810        | 椎間板摘出術（腰椎椎間板前方摘出術）               |  |
|                 | 150472910        | 椎間板摘出術（頸椎椎間板後方摘出術）               |  |
|                 | 150473010        | 椎間板摘出術（胸椎椎間板後方摘出術）               |  |
|                 | 150473110        | 椎間板摘出術（腰椎椎間板後方摘出術）               |  |
|                 | 150473210        | 椎間板摘出術（仙椎椎間板後方摘出術）               |  |
|                 | 150063310        | 椎間板摘出術（腰椎椎間板側方摘出術）               |  |
|                 | 150473410        | 椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）（頸椎椎間板前方摘出術）     |  |
|                 | 150473510        | 椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）（胸椎椎間板前方摘出術）     |  |
|                 | 150473610        | 椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）（腰椎椎間板前方摘出術）     |  |
|                 | 150473710        | 椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）（頸椎椎間板後方摘出術）     |  |
|                 | 150473810        | 椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）（胸椎椎間板後方摘出術）     |  |
|                 | 150473910        | 椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）（腰椎椎間板後方摘出術）     |  |
|                 | 150474010        | 椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）（仙椎椎間板後方摘出術）     |  |
|                 | 150410650        | 頸椎人工椎間板置換術                       |  |
|                 | 150064410        | 脊椎拔裂手術（神経処置を伴う）                  |  |
|                 | 150064510        | 脊椎拔裂手術（その他）                      |  |
|                 | 150072950        | 骨形成的片側椎弓切除術と髄核摘出術                |  |
|                 | 150344250        | 脊椎側弯症手術（脊椎側弯症手術矯正術・交換術・胸郭変形矯正材料） |  |
|                 | 150426110        | 腰部脊柱管拡大減圧術（顕微鏡下）                 |  |
|                 | 150243210        | 体外式脊椎固定術                         |  |
|                 | 150067910        | 鼻性頭蓋内合併症手術                       |  |
|                 | 150372210        | 定位脳腫瘍生検術                         |  |
|                 | 180058750        | 集束超音波による機能的定位脳手術                 |  |
|                 | 150372310        | 内視鏡下脳内血腫除去術                      |  |
|                 | 150426310        | 内視鏡下脳腫瘍生検術                       |  |
|                 | 150426410        | 内視鏡下脳腫瘍摘出術                       |  |
|                 | 150070810        | 経耳の聴神経腫瘍摘出術                      |  |
|                 | 150071010        | 経鼻的下垂体腫瘍摘出術                      |  |
|                 | 150384610        | 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）              |  |
|                 | 150384710        | 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く））   |  |
|                 | 150301610        | 水頭症手術（脳室穿破術（神経内視鏡手術による））         |  |
|                 | 150301710        | 水頭症手術（シャント手術）                    |  |
|                 | 150255110        | 脳刺激装置植込術（片側）                     |  |
|                 | 150315010        | 脳刺激装置植込術（両側）                     |  |
|                 | 150355510        | 迷走神経刺激装置植込術                      |  |
|                 | 150315210        | 神経交差縫合術（その他）                     |  |
|                 | 150072510        | 脊髄硬膜切開術                          |  |
|                 | 150372610        | 空洞・くも膜下腔シャント術（脊髄空洞症）             |  |
|                 | 150072610        | 減圧脊髄切開術                          |  |
|                 | 150072710        | 脊髄切筋術                            |  |
|                 | 150072810        | 脊髄硬膜内神経切断術                       |  |
|                 | 150426810        | 壊疽性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剝離操作を行うもの）      |  |
|                 | 150398010        | 脊髄刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置）             |  |
|                 | 150398110        | 脊髄刺激装置植込術（ジェネレーターを留置）            |  |
|                 | 150315310        | 重症慢性疼痛治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術       |  |
|                 | 150398310        | 仙骨神経刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置）           |  |
|                 | 150398410        | 仙骨神経刺激装置植込術（ジェネレーターを留置）          |  |
|                 | 150073210        | 脊髄腫瘍摘出術（髄外）                      |  |
|                 | 150073310        | 脊髄腫瘍摘出術（髄内）                      |  |
|                 | 150073410        | 脊髄血管腫摘出術                         |  |
|                 | 150076010        | 神経移植術                            |  |
|                 | 150081710        | 眼窩内異物除去術（深在性）（眼窩先端）              |  |
|                 | 150082610        | 眼窩悪性腫瘍手術                         |  |
|                 | 150086210        | 角膜移植術                            |  |
|                 | 150087110        | 虹彩腫瘍切除術                          |  |
|                 | 150373010        | 緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術）（プレートあり）   |  |
|                 | 150089410        | 網膜復位術                            |  |
|                 | 150373110        | 網膜再建術                            |  |
|                 | 150356310        | 水晶体再建術（計画的後囊切開を伴う）               |  |
|                 | 150092910        | 外耳道悪性腫瘍手術（悪性外耳道炎手術を含む）           |  |
|                 | 150093510        | 外耳道造設術・閉鎖症手術                     |  |
|                 | 150253110        | 小耳症手術（軟骨移植による耳介形成手術）             |  |
|                 | 150093910        | 上鼓室乳突洞開放術                        |  |
|                 | 150094110        | 乳突削開術                            |  |
|                 | 150095910        | 中耳根治手術                           |  |
|                 | 150398510        | 鼓室形成手術（耳小骨温存術）                   |  |
|                 | 150398610        | 鼓室形成手術（耳小骨再建術）                   |  |
|                 | 150427510        | 経外耳道の内視鏡下鼓室形成術（上鼓室開放を伴わない）       |  |
|                 | 150427410        | 経外耳道の内視鏡下鼓室形成術（上鼓室・乳突洞開放を伴う）     |  |
|                 | 150394850        | 人工中耳植込術                          |  |
|                 | 150096610        | 内リンパ嚢開放術                         |  |
|                 | 150255010        | 内耳窓閉鎖術                           |  |
|                 | 150266510        | 人工内耳植込術                          |  |
|                 | 150274210        | 鼻骨変形治療骨折矯正術                      |  |

| 重症度、医療・看護必要度の項目 | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                           |
|-----------------|------------------|----------------------------------|
|                 | 150373610        | 内視鏡下鼻・副鼻腔手術4型（汎副鼻腔手術）            |
|                 | 150373710        | 内視鏡下鼻・副鼻腔手術5型（拡大副鼻腔手術）           |
|                 | 150099410        | 鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（切除）                   |
|                 | 150099510        | 鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（全摘）                   |
|                 | 150427610        | 経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清等）         |
|                 | 150100010        | 後鼻孔閉鎖症手術（複棟）（骨性閉鎖）               |
|                 | 150292110        | 経上顎洞的顎動脈結紮術                      |
|                 | 150102310        | 汎副鼻腔根治手術                         |
|                 | 150102510        | 経上顎洞的翼突管神経切除術                    |
|                 | 150412710        | 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む）        |
|                 | 150441110        | 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術含・内視鏡用支援機器） |
|                 | 150114450        | 鼻咽腔閉鎖術                           |
|                 | 150104610        | 上咽頭悪性腫瘍手術                        |
|                 | 150344710        | 副咽頭間隙腫瘍摘出術（経頸部）                  |
|                 | 150344910        | 副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経頸部）                |
|                 | 150107810        | 喉頭悪性腫瘍手術（切除）                     |
|                 | 150107910        | 喉頭悪性腫瘍手術（全摘）                     |
|                 | 150412910        | 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（切除）                  |
|                 | 150441210        | 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（切除）（内視鏡手術用支援機器）      |
|                 | 150108110        | 喉頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）   |
|                 | 150108210        | 下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）  |
|                 | 150108710        | 喉頭狭窄症手術（前方開大術）                   |
|                 | 150108810        | 喉頭狭窄症手術（前壁形成手術）                  |
|                 | 150109010        | 気管狭窄症手術                          |
|                 | 150109310        | 喉頭形成手術（筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術）        |
|                 | 150398710        | 喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具使用）              |
|                 | 150109710        | 縦隔気管口形成手術                        |
|                 | 150109810        | 気管形成手術（管状気管、気管移植等）（頸部から）         |
|                 | 150345310        | 嚥下機能手術（喉頭気管分離術）                  |
|                 | 150345410        | 嚥下機能手術（喉頭全摘術）                    |
|                 | 150110810        | 顎・口蓋裂形成手術（硬口蓋に及ぶ）                |
|                 | 150345510        | 顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（両側）             |
|                 | 150110910        | 顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（片側）             |
|                 | 150111210        | 口腔底悪性腫瘍手術                        |
|                 | 150112110        | 舌悪性腫瘍手術（切除）                      |
|                 | 150112210        | 舌悪性腫瘍手術（亜全摘）                     |
|                 | 150113110        | 口腔悪性腫瘍手術                         |
|                 | 150114210        | 口腔裂形成手術（片側）（鼻腔底形成を伴う）            |
|                 | 150316310        | 口腔裂形成手術（両側）（口腔裂鼻形成を伴う）           |
|                 | 150316410        | 口腔裂形成手術（両側）（鼻腔底形成を伴う）            |
|                 | 150274310        | 頰骨変形治療骨折矯正術                      |
|                 | 150274410        | 下顎骨折癒的手術（両側）                     |
|                 | 150345610        | 下顎関節突起骨折癒血的手術（片側）                |
|                 | 150345710        | 下顎関節突起骨折癒血的手術（両側）                |
|                 | 150114910        | 顎関節脱臼癒血的手術                       |
|                 | 150115210        | 顔面多発骨折癒血的手術                      |
|                 | 150116710        | 上顎骨形成術（単純）                       |
|                 | 150116810        | 上顎骨形成術（複雑及び2次の再建）                |
|                 | 150336110        | 上顎骨形成術（骨移動を伴う）                   |
|                 | 150268610        | 下顎骨形成術（伸長）                       |
|                 | 150268510        | 下顎骨形成術（短縮）                       |
|                 | 150268710        | 下顎骨形成術（再建）                       |
|                 | 150336210        | 下顎骨形成術（骨移動を伴う）                   |
|                 | 150262410        | 顎関節授動術（開放授動術）                    |
|                 | 150117810        | 顎下腺悪性腫瘍手術                        |
|                 | 150118110        | 耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）               |
|                 | 150118210        | 耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）               |
|                 | 150118310        | 耳下腺悪性腫瘍手術（切除）                    |
|                 | 150118410        | 耳下腺悪性腫瘍手術（全摘）                    |
|                 | 150386110        | 内視鏡下甲状腺部分切除・腺腫摘出術（両葉）            |
|                 | 150119310        | パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）              |
|                 | 150386210        | 内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）          |
|                 | 150119410        | 甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴わない）     |
|                 | 150413410        | 甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴う）       |
|                 | 150119510        | 甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・頸部外側区域郭清を伴わない） |
|                 | 150413510        | 甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・片側頸部外側区域郭清を伴う） |
|                 | 150413610        | 甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・両側頸部外側区域郭清を伴う） |
|                 | 150398810        | 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術（切除）                |
|                 | 150398910        | 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘）           |
|                 | 150119810        | 副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術（副甲状腺全摘、一部筋肉移植） |
|                 | 150386310        | 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術            |
|                 | 150119910        | 副甲状腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎）             |
|                 | 150120410        | 頸部郭清術（片）                         |
|                 | 150262610        | 頸部郭清術（両）                         |
|                 | 150120610        | 頸部悪性腫瘍手術                         |
|                 | 150447210        | 頸頭部悪性腫瘍光線力学療法                    |
|                 | 150303110        | 乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わない））    |
|                 | 150316510        | 乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））      |
|                 | 150262710        | 乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴う））      |
|                 | 150121710        | 乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施しない）       |
|                 | 150121810        | 乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施する）        |
|                 | 150121910        | 乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術（郭清を併施する））       |
|                 | 150386410        | 乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術・腋窩部郭清無・内視鏡下）  |
|                 | 150386510        | 乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴う））    |
|                 | 150483450        | 乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術・腋窩部郭清無・内視鏡以外） |
|                 | 150316610        | 動脈（皮）弁等乳房再建術（乳房切除後・内視鏡下・一次的）     |
|                 | 150483550        | 動脈（皮）弁等乳房再建術（乳房切除後・内視鏡下以外・一次的）   |
|                 | 150316710        | 動脈（皮）弁等乳房再建術（乳房切除後・内視鏡下・二次的）     |
|                 | 150483650        | 動脈（皮）弁等乳房再建術（乳房切除後・内視鏡下以外・二次的）   |
|                 | 150133010        | 食道異物摘出術（頸部手術）                    |
|                 | 150133610        | 食道癌至切術（頸部手術）                     |
|                 | 150382950        | 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法                 |
|                 | 150260050        | 経皮の大動脈弁拡張術                       |
|                 | 150242550        | 経皮的僧帽弁拡張術                        |
|                 | 150400310        | 経皮的僧帽弁クリップ術                      |
|                 | 150319710        | 動脈管閉存症手術（経皮的動脈管閉存閉鎖術）            |
|                 | 150346410        | 経皮の大動脈形成術                        |
|                 | 150260150        | 経皮的肺動脈弁拡張術                       |
|                 | 150346510        | 経皮的肺動脈形成術                        |
|                 | 150320610        | 経皮の心房中隔欠損閉鎖術                     |
|                 | 150411050        | 経皮的卵門孔閉存閉鎖術                      |
|                 | 150410850        | 不整脈手術（左心耳閉鎖術）（経カテーテルの手術）         |
|                 | 150387510        | 経静脈電極拔去術（レーザーシースを用いる）            |
|                 | 150387610        | 経静脈電極拔去術（レーザーシースを用いない）           |
|                 | 150149410        | 動脈血腔内膜摘出術（大動脈に及ぶ）                |
|                 | 150322710        | 動脈血腔内膜摘出術（内頸動脈）                  |
|                 | 150149510        | 動脈血腔内膜摘出術（その他）                   |
|                 | 150337110        | 経皮的頸動脈ステント留置術                    |
|                 | 150152010        | 腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）            |
|                 | 150360510        | 血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）           |
|                 | 150387810        | 血管移植術、バイパス移植術（膝窩動脈）              |
|                 | 150153810        | 四肢の血管拡張術・血栓除去術（その他）              |
|                 | 150347310        | 経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後）             |
|                 | 150416810        | 経皮の下肢動脈形成術                       |
|                 | 150416410        | 末梢動静脈瘻造設術（内シャント造設術）（単純）          |
|                 | 150416510        | 末梢動静脈瘻造設術（内シャント造設術）（静脈転位を伴う）     |
|                 | 150154430        | 総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術                  |
|                 | 150154510        | 門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）             |

| 重症度、医療・看護必要度の項目 | レセプト電算処理システム用コード | 診療行為名称                              |   |
|-----------------|------------------|-------------------------------------|---|
|                 | 150156410        | リンパ節群郭清術（頸部）（深在性）                   |   |
|                 | 150156710        | リンパ節群郭清術（胸骨旁）                       |   |
|                 | 150322810        | リンパ節群郭清術（骨盤）                        |   |
|                 | 150159710        | 胸水・腹水濾過濃縮再静注法                       |   |
|                 | 150347510        | 経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術                       |   |
|                 | 150347610        | 内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術                   |   |
|                 | 150361810        | 内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術                     |   |
|                 | 150171610        | 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）    |   |
|                 | 150362110        | 経皮経食道胃管挿入術（P T E G）                 |   |
|                 | 150394950        | 薬剤投与用胃瘻造設術                          |   |
|                 | 150255310        | 体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）                   |   |
|                 | 150174550        | 経皮的胆管ドレナージ術                         |   |
|                 | 150362410        | 超音波内視鏡下嚢孔形成術（腹腔内嚢瘍）                 |   |
|                 | 150337410        | 経皮的肝嚢瘍ドレナージ術                        |   |
|                 | 150378210        | 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（腹腔鏡によるもの）      |   |
|                 | 150378310        | 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（その他のもの）        |   |
|                 | 150370250        | 体外衝撃波腎石破砕術（一連につき）                   |   |
|                 | 150179210        | 経嚥腔外瘻造設術（内視鏡によるもの）                  |   |
|                 | 150293310        | 小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）               |   |
|                 | 150364410        | 下部消化管ステント留置術                        |   |
|                 | 150348610        | 経肛門の内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る）                 |   |
|                 | 150389810        | 直腸脱手術（経会陰）（腸管切除を伴う）                 |   |
|                 | 150190710        | 肛門悪性腫瘍手術（切除）                        |   |
|                 | 150191210        | 肛門括約筋形成手術（組織置換）                     |   |
|                 | 150191510        | 鎖肛手術（仙骨会陰式）                         |   |
|                 | 150277910        | 仙尾部奇形腫手術                            |   |
|                 | 150194010        | 経皮的尿路結石除去術（経皮的腎瘻造設術を含む）             |   |
|                 | 150194210        | 経皮的腎正腫瘍切除術（経皮的腎瘻造設術を含む）             |   |
|                 | 150489610        | 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固）（2 c m以内）            |   |
|                 | 150489710        | 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固）（2 c mを超える）          |   |
|                 | 150365010        | 経尿道的尿路結石除去術（レーザー）                   |   |
|                 | 150197010        | 経尿道的尿管狭窄拡張術                         |   |
|                 | 150264210        | 経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術                       |   |
|                 | 150404110        | 膀胱腫瘍閉鎖術（内視鏡）                        |   |
|                 | 150246410        | 尿道悪性腫瘍摘出術（内視鏡）                      |   |
|                 | 150246910        | 尿道形成手術（後部尿道）                        |   |
|                 | 150204810        | 尿道下裂形成手術                            |   |
|                 | 150407910        | 尿道下裂形成手術（性同一性障害）                    |   |
|                 | 150204950        | 陰茎形成術                               |   |
|                 | 150408010        | 陰茎形成術（性同一性障害）                       |   |
|                 | 150285610        | 尿失禁手術（その他）                          |   |
|                 | 150326310        | 膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術                   |   |
|                 | 150365410        | 膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材）                   |   |
|                 | 150206710        | 陰茎悪性腫瘍手術（陰茎切除）                      |   |
|                 | 150206810        | 陰茎悪性腫瘍手術（陰茎全摘）                      |   |
|                 | 150379610        | 経尿道的前立腺手術（電解質溶液利用）                  |   |
|                 | 150365710        | 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術（ホルミウムレーザー等使用）     |   |
|                 | 150404410        | 経尿道的前立腺核摘出術                         |   |
|                 | 150211010        | 女子外生殖器悪性腫瘍手術（切除）                    |   |
|                 | 150211110        | 女子外生殖器悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用））           |   |
|                 | 150326710        | 陰壁裂創縫合術（分娩時を除く）（直腸裂傷を伴う）            |   |
|                 | 150213210        | 陰壁悪性腫瘍手術                            |   |
|                 | 150404510        | 陰腸腫瘍閉鎖術（内視鏡）                        |   |
|                 | 150404610        | 陰腸腫瘍閉鎖術（その他）                        |   |
|                 | 150285910        | 造肛術（陰部癌等上）                          |   |
|                 | 150366210        | 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術                   |   |
|                 | 150349710        | 造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）             |   |
|                 | 310021710        | 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付き）              | ※ |
|                 | 310004210        | 舌悪性腫瘍手術（亜全摘）                        | ※ |
|                 | 310021510        | 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）                    | ※ |
|                 | 310031810        | 上顎骨形成術（骨移動を伴う）                      | ※ |
|                 | 310023810        | 顔面神経麻痺形成手術（動的）                      | ※ |
|                 | 310031910        | 下顎骨形成術（骨移動を伴う）                      | ※ |
|                 | 310022310        | 血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）               | ※ |
|                 | 310014210        | 上顎骨形成術（複雑及び2次的再建）                   | ※ |
|                 | 310011310        | 耳下腺悪性腫瘍手術（全摘）                       | ※ |
|                 | 310016110        | 顔面多発骨折観血的手術                         | ※ |
|                 | 310014410        | 頬骨変形治療骨折矯正術                         | ※ |
|                 | 310011110        | 耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）                  | ※ |
|                 | 310006610        | 口唇悪性腫瘍手術                            | ※ |
|                 | 310010910        | 顎下腺悪性腫瘍手術                           | ※ |
|                 | 310011210        | 耳下腺悪性腫瘍手術（切除）                       | ※ |
|                 | 310015910        | 下顎骨形成術（再建）                          | ※ |
|                 | 310021410        | 動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術                      | ※ |
|                 | 310020810        | 全層植皮術（2 0 0 c m 2 以上）               | ※ |
|                 | 310003810        | 口腔底悪性腫瘍手術                           | ※ |
|                 | 310014110        | 上顎骨形成術（単純）                          | ※ |
|                 | 310014810        | 下顎骨折観血的手術（両側）                       | ※ |
|                 | 310011010        | 耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）                  | ※ |
|                 | 310005810        | 口唇裂形成手術（両側）（鼻腔底形成を伴う）               | ※ |
|                 | 310030510        | 顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（両側）                | ※ |
|                 | 310015810        | 下顎骨形成術（短縮又は伸長）                      | ※ |
|                 | 310022410        | 血管移植術、バイパス移植術（その他の動脈）               | ※ |
|                 | 310004110        | 舌悪性腫瘍手術（切除）                         | ※ |
|                 | 310020710        | 全層植皮術（1 0 0 c m 2 以上2 0 0 c m 2 未満） | ※ |
|                 | 310016310        | 顎間筋脱臼観血的手術                          | ※ |
|                 | 310016710        | 顎間筋授動術（開放授動術）                       | ※ |
|                 | 310020410        | 分層植皮術（2 0 0 c m 2 以上）               | ※ |
|                 | 310005010        | 顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（片側）                | ※ |
|                 | 310005510        | 口唇裂形成手術（片側）（鼻腔底形成を伴う）               | ※ |
|                 | 310006010        | 鼻咽腔閉鎖術                              | ※ |
|                 | 310022710        | 神経移植術                               | ※ |
|                 | 310004910        | 顎・口蓋裂形成手術（硬口蓋）                      | ※ |
|                 | 310005710        | 口唇裂形成手術（両側）（口唇裂鼻形成を伴う）              | ※ |
|                 | 310021310        | 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術（1 0 0 c m 2 以上） | ※ |
|                 | 310022110        | 動脈形成術、吻合術                           | ※ |

**電子的診療情報連携体制整備加算及び電子的歯科診療情報連携体制整備加算（初・再診料）  
の施設基準に係る届出書添付書類**

| 項目                                               |                                                                                                | 記入欄 |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. 届出区分（該当区分に○をつけること）                            |                                                                                                |     |
| ア 電子的診療情報連携体制整備加算                                | 加算 1 ・ 加算 2 ・ 加算 3                                                                             |     |
| イ 電子的歯科診療情報連携体制整備加算                              | 加算 1 ・ 加算 2                                                                                    |     |
| 2. 診療体制等の要件<br>（該当するすべての□に「✓」を記入すること。）           | <input type="checkbox"/> 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っている                                             |     |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している                   |     |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認（以下オンライン資格確認）を行う体制が整備されている                 |     |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している                 |     |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている                       |     |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書の無料交付について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している                               |     |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書の無料交付についてのウェブサイトへの掲載を行っている                                     |     |
| 3. 電子処方箋に係る要件<br>（該当するすべての□に「✓」を記入すること。）         | <input type="checkbox"/> 「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制が整備されている |     |
| 4. 電子カルテに係る要件<br>（該当するすべての□に「✓」を記入すること。）         | <input type="checkbox"/> 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制が整備されている                         |     |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 電子処方箋サービスとの接続インターフェースを有している                                           |     |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有している                                       |     |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 厚生労働省が認証する電子カルテ製品である                                                  |     |
| 5. 電子カルテ情報共有サービス等に係る要件                           |                                                                                                |     |
| ア 国等が提供する電子カルテ情報共有サービス<br>（該当する場合、□に「✓」を記入すること。） | <input type="checkbox"/> 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている                      |     |
| イ 地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク  |                                                                                                |     |
| ネットワーク名                                          |                                                                                                |     |
| ネットワークを運営する事務局名                                  |                                                                                                |     |
| ネットワークを運営する事務局所在地                                |                                                                                                |     |
| 登録患者数                                            |                                                                                                |     |
| 年間新規登録患者数                                        |                                                                                                |     |
| 年間新規登録患者数<br>開始年月（和暦で記載すること）                     | 年                                                                                              | 月   |
| 年間新規登録患者数<br>終了年月（和暦で記載すること）                     | 年                                                                                              | 月   |
| ネットワークの運営主体による連携医療機関及び登録患者数のウェブサイトでの公表           | 有                                                                                              | 無   |
| ウ 診療情報提供料（Ⅰ）の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準の届出     | 有                                                                                              | 無   |
| エ ネットワークに係る掲示事項<br>（該当する場合、□に「✓」を記入すること。）        | <input type="checkbox"/> ネットワークへの参加及び共有実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している               |     |

## 〔記載上の注意〕

- 「2」のウェブサイトへの掲示については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- 「3」から「5」までは、電子的診療情報連携体制整備加算 1 若しくは 2 又は電子的歯科診療情報連携体制整備加算 1 を算定する場合に記載すること。

## 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

## ○専従・専任等の看護職員配置状況

(届出があり、専従・専任の看護職員配置している場合には氏名を記入すること)

|                   |     |
|-------------------|-----|
| 褥瘡対策チーム専任看護職員     | 氏 名 |
| 身体的拘束最小化チーム専任看護職員 | 氏 名 |

| 区 分          | 看護職員の配置                                                                                                            | 氏 名 |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 外来感染対策向上加算   | 感染防止対策部門内に専任の看護師                                                                                                   |     |
| 急性期総合体制加算    | 救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した専任の看護師                                                                                    |     |
| 産科管理加算       | 助産もしくは産科患者及び新生児のケア並びに母子保健や福祉に関する事業等との地域連携に係る業務に関する十分な経験に従事した経験を5年以上有し、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師 |     |
| 緩和ケア診療加算     | 悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専従の常勤看護師                                                                     |     |
|              | 悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専任の常勤看護師                                                                     |     |
| 小児緩和ケア診療加算   | 悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専従の常勤看護師                                                                     |     |
|              | 悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専従の常勤看護師で、小児患者の看護に従事し経験のある専従の常勤看護師                                           |     |
|              | 小児患者の看護に従事した経験を3年以上有している専任の看護師                                                                                     |     |
| 精神科リエゾンチーム加算 | 精神科等の経験を有する、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師                                                                          |     |
| がん拠点病院加算     | がん化学療法看護等がんの専門看護に精通した看護師                                                                                           |     |
| 栄養サポートチーム加算  | 栄養管理に係る所定の研修を修了した専従の常勤看護師                                                                                          |     |
|              | 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師                                                                                          |     |
| 医療安全対策加算 1   | 医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師                                                                                          |     |
| 医療安全対策加算 2   | 医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師                                                                                          |     |
| 感染対策向上加算 1   | 感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師                                                                             |     |
|              | 感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師                                                                             |     |
| 感染対策向上加算 2   | 感染管理に従事した経験を有する                                                                                                    |     |

|                               |                                                                    |  |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|
|                               | 専任の看護師                                                             |  |
| 患者サポート体制充実加算                  | 患者等からの相談に対して適切な対応ができる専任の看護師                                        |  |
| 重症患者初期支援充実加算                  | 当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の看護師        |  |
| 褥瘡ハイリスク患者ケア加算                 | 褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を有し、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した褥瘡管理者である専従の看護師         |  |
| 呼吸ケアチーム加算                     | 呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事した経験を有し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した専任の看護師                  |  |
| 術後疼痛管理チーム加算                   | 手術室又は周術期管理センター等の勤務経験を有し、術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の看護師                  |  |
| 入退院支援加算 1・2                   | 入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師（入退院支援部門配置）                           |  |
|                               | 入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師（入退院支援部門配置）                           |  |
| 入退院支援加算 1                     | 入退院支援及び地域連携業務に専従する専任の看護師（病棟配置）                                     |  |
| 入退院支援加算 3                     | 入退院支援、新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師 |  |
|                               | 入退院支援、新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有する専任の看護師                       |  |
| 入院時支援加算 1・2（入退院支援加算の注 8）      | 入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師                                      |  |
|                               | 入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師                                      |  |
| 精神科入退院支援加算                    | 入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師（入退院支援部門配置）                           |  |
|                               | 入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師（入退院支援部門配置）                           |  |
|                               | 入退院支援及び地域連携業務に専従する専任の看護師（病棟配置）                                     |  |
| 認知症ケア加算 1・2                   | 認知症患者の看護に従事した経験を有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師                      |  |
| 排尿自立支援加算                      | 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師                     |  |
| 精神疾患診断治療初回加算（救命救急入院料の注 2 のイ）  | 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師         |  |
| 早期離床・リハビリテーション加算（救命救急入院料の注 8） | 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を有し、集中治療の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師             |  |

|                                       |                                                                 |  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|
| 重症患者対応体制強化加算<br>（救命救急入院料の注11）         | 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師 |  |
| 早期離床・リハビリテーション加算（特定集中治療室管理料の注4）       | 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を有し、集中治療の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師          |  |
| 重症患者対応体制強化加算<br>（特定集中治療室管理料の注6）       | 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師 |  |
| 早期離床・リハビリテーション加算（ハイケアユニット入院医療管理料の注3）  | 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を有し、集中治療の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師          |  |
| 早期離床・リハビリテーション加算（脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注3） | 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を有し、集中治療の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師          |  |
| 早期離床・リハビリテーション加算（小児特定集中治療室管理料の注3）     | 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を有し、集中治療の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師          |  |
| 成育連携支援加算（総合周産期特定集中治療室管理料の注3）          | 5年以上新生児の集中治療に係る業務の経験を有する専任の常勤看護師                                |  |
| 養育支援体制加算（小児入院医療管理料の注7）                | 小児患者の看護に従事する専任の常勤看護師                                            |  |
| 地域包括ケア病棟入院料                           | 入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師                                   |  |
|                                       | 入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師                                   |  |
| 精神科養育支援体制加算（児童・思春期精神科入院医療管理料の注3）      | 20歳未満の精神疾患を有する患者の看護に従事する専任の常勤看護師                                |  |
| 特定一般病棟入院料                             | 入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師                                   |  |
|                                       | 入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師                                   |  |
| 地域移行機能強化病棟入院料                         | 退院支援部署に専従の看護師                                                   |  |
| ウイルス疾患指導料                             | H I V 感染者の看護に従事した経験を有する専任の看護師                                   |  |
| 喘息治療管理料                               | 専任の看護職員                                                         |  |
| 糖尿病合併症管理料                             | 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を有し、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した専任の看護師              |  |
| がん患者指導管理料イ・ロ                          | がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング                                 |  |

|           |                                                |  |
|-----------|------------------------------------------------|--|
|           | 等に係る適切な研修を修了した専任の看護師                           |  |
| 外来緩和ケア管理料 | 悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専従の常勤看護師 |  |
|           | 悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専任の常勤看護師 |  |

|                                                                         |          |                                                              |  |
|-------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------|--|
| 移植後患者<br>指導管理料                                                          | 臓器移植後    | 臓器移植に従事した経験を有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師                     |  |
|                                                                         | 造血幹細胞移植後 | 造血幹細胞移植に従事した経験を有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師                  |  |
| 糖尿病透析予防指導管理料                                                            |          | 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師                                      |  |
| 腎代替療法指導管理料                                                              |          | 腎臓病患者の看護の経験を有する専任の常勤看護師                                      |  |
| 生殖補助医療管理料                                                               |          | 患者からの相談に対応する専任の看護師                                           |  |
| 二次性骨折予防継続管理料                                                            |          | 専任の常勤看護師                                                     |  |
| 慢性腎臓病透析予防指導管理料                                                          |          | 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師                                    |  |
| 乳腺炎重症化予防ケア・指導料                                                          |          | 乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を有し、医療関係団体等から認証された専任の助産師 |  |
| <u>院内トリアージ実施料院内トリアージ実施体制加算</u>                                          |          | 救急医療に関する経験を有する専任の看護師                                         |  |
| <u>救急搬送看護体制加算 1・2（夜間休日救急搬送医学管理料の注 3）救急外来緊急検査対応加算 1・2（救急外来医学管理料の注 3）</u> |          | <del>救急患者の受入への対応に係る専任の看護師</del>                              |  |
| 外来放射線照射診療料                                                              |          | 専従の看護師                                                       |  |
| 外来腫瘍化学療法診療料 1・2                                                         |          | 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師                                          |  |
| ニコチン依存症管理料                                                              |          | 禁煙治療に係る専任の看護職員                                               |  |
| 相談支援加算（療養・就労両立支援指導料の注 3）                                                |          | 専任の看護師                                                       |  |
| 外来排尿自立指導料                                                               |          | 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師               |  |
| 遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料の注 2）                                             |          | 呼吸器内科についての経験を有する看護師                                          |  |
| 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料                                                         |          | 脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護の経験を有する専任の看護師                         |  |
| 外来化学療法加算                                                                |          | 化学療法の経験を有する専任の看護師                                            |  |
| 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）                                                     |          | 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師                               |  |

|                        |                                                                                   |  |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
|                        | 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の看護師                                                      |  |
| 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）    | 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の看護師                                                      |  |
| 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）       | 適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した専従の常勤看護職員                                                |  |
| 摂食嚥下機能回復体制加算１・２        | 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験をし、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師                          |  |
| 摂食嚥下機能回復体制加算３          | 専任の常勤看護師                                                                          |  |
| 難病患者リハビリテーション料         | 専従の看護師                                                                            |  |
| 障害児（者）リハビリテーション料       | 障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師                                                    |  |
| リンパ浮腫複合的治療料            | 資格取得後２年以上経過し、リンパ浮腫の複合的治療に関する研修を修了した専任の常勤看護師                                       |  |
| 児童思春期支援指導加算（通院・在宅精神療法） | 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師又は看護師                                                      |  |
| 救急患者精神科継続支援料           | 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師                        |  |
| 認知療法・認知行動療法２           | 認知療法・認知行動療法に係る経験を有し、認知療法・認知行動療法についての研修を修了した専任の看護師                                 |  |
| 依存症集団療法                | 専任の看護師                                                                            |  |
| 精神科ショート・ケア             | 専従の看護師                                                                            |  |
| 精神科デイ・ケア               | 専従の看護師                                                                            |  |
| 精神科ナイト・ケア              | 専従の看護師                                                                            |  |
| 精神科デイ・ナイト・ケア           | 専従の看護師                                                                            |  |
| 重度認知症患者デイ・ケア料          | 専従の看護師                                                                            |  |
| 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）   | 血管外科、心臓血管外科、皮膚科、形成外科又は循環器内科を専ら担当する専任の常勤看護師                                        |  |
| 緊急穿頭血腫除去術              | 救急医療に関する３年以上の経験を有する専任の看護師                                                         |  |
| 麻酔管理料（Ⅱ）               | 麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師（担当医師が実施する一部の行為を麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合） |  |
| 粒子線治療医学管理加算（粒子線治療）     | 放射線治療に専従する常勤の看護師                                                                  |  |
| ホウ素中性子捕捉療法医学           | 放射線治療に専従の常勤の看護師                                                                   |  |

|                                                   |                                        |  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|--|
| 管 理 加 算                                           |                                        |  |
| 画 像 誘 導 密 封 小 線 源 治 療 加<br>算（密 封 小 線 源 治 療 の 注 ８） | 放 射 線 治 療 を 専 ら 担 当 す る 常 勤 の<br>看 護 師 |  |

一般病棟入院基本料等の施設基準に係る  
患者の重症度、医療・看護必要度に係る届出書添付書類

1 入院基本料及び入院基本料等加算

急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院料 1、7 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、急性期総合体制加算及び看護・多職種協働加算を届け出る場合は本欄を使用すること。

|                                       |                                                                            |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票（該当するいずれかに○を記入） | ( I ・ II )                                                                 |
| 届出事項<br>(該当するいずれか1つを○で囲むこと)           | <div>・ 入院料等の届出の変更</div> <div>・ 評価方法の変更</div> <div>・ 入院料等の届出及び評価方法の変更</div> |
| 直近3月の入院患者の状況（和暦で記載）                   | ( 年 月 ～ 年 月 )                                                              |
| 直近3月の実績                               |                                                                            |
| 届出区分                                  | ( )                                                                        |
| 届出の加算                                 | ( )                                                                        |
| 届出病床数                                 | ( ) 床                                                                      |
| ア 入院患者延べ数                             | ( ) 名                                                                      |
| イ アのうちA3点以上又はC1点以上に該当する患者の延べ数         | ( ) 名                                                                      |
| ウ 基準①該当患者割合（イ／ア）                      | ( ) 割                                                                      |
| エ アのうちA2点以上又はC1点以上に該当する患者の延べ数         | ( ) 名                                                                      |
| オ 基準②該当患者割合（エ／ア）                      | ( ) 割                                                                      |

2 入院基本料、入院基本料等加算及び特定入院料等

急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院料 1、7 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、急性期総合体制加算及び看護・多職種協働加算以外の届出をする場合は本欄を使用すること。

|                                       |                                                                            |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票（該当するいずれかに○を記入） | ( I ・ II )                                                                 |
| 届出事項<br>(該当するいずれか1つを○で囲むこと)           | <div>・ 入院料等の届出の変更</div> <div>・ 評価方法の変更</div> <div>・ 入院料等の届出及び評価方法の変更</div> |
| 直近3月の入院患者の状況（和暦で記載）                   | ( 年 月 ～ 年 月 )                                                              |
| 直近3月の実績                               |                                                                            |
| 届出区分                                  | ( )                                                                        |
| 届出の加算                                 | ( )                                                                        |
| 届出病床数                                 | ( ) 床                                                                      |
| ア 入院患者延べ数                             | ( ) 名                                                                      |
| イ アのうち基準を満たす患者の延べ数                    | ( ) 名                                                                      |
| ウ 該当患者割合（イ／ア）                         | ( ) 割                                                                      |

3 基準患者割合に係る指数

急性期病院一般入院料、急性期一般入院料（急性期一般入院料6を除く。）、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））、地域包括医療病棟入院料、急性期総合体制加算及び看護・多職種協働加算を届け出る場合は、本欄を使用すること。

|                                                                        |                    |  |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| ア 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送受入                                        |                    |  |
| 期間（和暦で記載）（4月～翌年3月）                                                     | （            ） 年度  |  |
| (1) 救急搬送受入件数（外来のみで帰宅した分を含む病院全体）                                        | （            ） 件／年 |  |
| (2) 救急搬送からの入院件数（救急患者応需係数を計算する病棟の合計）                                    | （            ） 件／年 |  |
| イ 救急患者応需係数を算入する病棟                                                      |                    |  |
| 届出区分                                                                   | （            ）     |  |
| 届出の加算                                                                  | （            ）     |  |
| (3) 当該区分の病床数                                                           | （            ） 床   |  |
| (4) 当該届出区分における救急搬送からの入院件数                                              | （            ） 件／年 |  |
| (5) 救急患者応需係数 $(1) \times ((4) \div (2)) \div (3) \times 0.005$ （上限0.1） | （            ） 割   |  |
| ウ 基準患者割合に係る指数                                                          |                    |  |
| 届出区分                                                                   | （            ）     |  |
| 届出の加算                                                                  | （            ）     |  |
| 基準①割合指数（地医1、及び2、急2～5以外）<br>（基準①該当患者割合+当該病棟の救急患者応需係数）                   | （            ） 割   |  |
| 基準②割合指数（地医1、及び2、急2～5以外）<br>（基準②該当患者割合+当該病棟の救急患者応需係数）                   | （            ） 割   |  |
| 基準割合指数（地医1、及び2、急2～5に限る）<br>（該当患者割合+当該病棟の救急患者応需係数）                      | （            ） 割   |  |

4 院内研修の実施状況

|                                          |             |
|------------------------------------------|-------------|
| 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る<br>院内研修の実施日（和暦で記載） | 年    月    日 |
|------------------------------------------|-------------|

- 〔記載上の注意〕
- 1 看護補助加算1のうち、当該様式の届出を要するのは、地域一般入院料1又は2若しくは13対1入院基本料であること。
  - 2 一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位としている場合、重症度、医療・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができる。

- 3 入院患者延べ数とは、算出期間中に当該届出区分を算定している病棟に入院している延べ患者数を行い、以下の患者は対象に含めない。また、退院日の患者については、入院患者延べ数に含めない。重症度、医療・看護必要度Ⅱに当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は含めない。
- ア 産科患者
  - イ 15歳未満の小児患者
  - ウ 結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る）
    - （イ） 上記「記載上の注意」2において一般病棟と結核病棟の両病棟全体で評価を行う場合
    - （ロ） 「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合
    - （ハ） 医療法施行規則第10条第5号により感染症病床に入院する場合

- 4 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ又はⅡを用いて評価を行い、入院料等の基準に該当する患者をいう。

- 5 「3」の「ア」における救急搬送受入件数については、届出を行う年度の前年1年間（令和8年度に届け出る場合は、令和7年4月～令和8年3月の1年間）の救急用の自動車等による搬送件数を記載すること。

- 6 「3」の「イ」における各救急患者応需係数の算出方法は以下のとおり。（上限は1割）

救急搬送受入件数 ×  $\frac{\text{当該届出区分の救急搬送入院件数}}{\text{3のイに記載した全区分の救急搬送入院件数}} \div \text{当該届出区分の病床数} \times 0.005$

例：急1病棟100床と地医2病棟50床からなる病院において、救急搬送受入件数が1000件、急1病棟の救急搬送入院件数が400件、地医2病棟の救急搬送入院件数が100件の場合  
急1病棟の救急患者応需係数は以下のとおり0.4割となる。

$1000 \times \frac{400}{400+100} \div 100 \times 0.005 = 0.04$

- 7 急性期病院一般入院料、急性期一般入院料（急性期一般入院料6を除く。）、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、地域包括医療病棟入院料、急性期総合体制加算及び看護・多職種協働加算については、1又は2で算出した基準該当患者割合に、3で算出した救急患者応需係数を加えることで、基準患者割合に係る指数を算出すること。

- 8 「届出区分」及び「届出の加算」の欄は、下表の例により記載すること。

| 入院基本料等            | 届出区分等                                                                              |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 一般病棟入院基本料         | 急病A、急病B、急1、急2、急3、急4、急5、急6、地域1                                                      |
| 結核病棟入院基本料         | 結核7対1                                                                              |
| 特定機能病院入院基本料（一般病棟） | 特A一般7対1、特B一般7対1、特C一般7対1、<br>特A一般10対1、特B一般10対1、特C一般10対1、<br>特A結核7対1、特B結核7対1、特C結核7対1 |
| 専門病院入院基本料         | 専門7対1、専門10対1、専門13対1                                                                |
| 脳卒中ケアユニット入院医療管理料  | 脳卒中ケア                                                                              |
| 地域包括医療病棟入院料       | 地医1、地医2                                                                            |
| 地域包括ケア病棟入院料       | 地ケア1、地ケア2、地ケア3、地ケア4                                                                |

|                   |                                        |
|-------------------|----------------------------------------|
| 特定一般病棟入院料         | 特定一般 1、特定一般注 7                         |
| 急性期総合体制加算         | 急総 1、急総 2、急総 3、急総 4、急総 5               |
| 看護・多職種協働<br>加算    | 看多協 1、看多協 2                            |
| 急性期看護補助体制加<br>算   | 急看補                                    |
| 看護職員夜間配置加算        | 看夜12対 1 配置 1、看夜12対 1 配置 2、看夜16対 1 配置 1 |
| 看護補助加算 1          | 看補 1                                   |
| 看護必要度加算           | 看必 1、看必 2、看必 3                         |
| 一般病棟看護必要度評<br>価加算 | 看必評                                    |

## 在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類 (有床診療所入院基本料)

### 1. 届出病床の状況

|       |   |
|-------|---|
| 一般病床数 | 床 |
|-------|---|

### 2. 退院患者の状況

| 対象期間（直近6か月間）（和暦） |                                                  | 始期 | 年 | 月 | 日 |
|------------------|--------------------------------------------------|----|---|---|---|
|                  |                                                  | 終期 | 年 | 月 | 日 |
| ①                | 直近6か月間における退院患者数（再入院患者、死亡退院患者を除く）                 |    |   |   | 名 |
| ①再掲              | （1）在宅（自宅及び居住系介護施設等）                              |    |   |   | 名 |
|                  | （2）（1）のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上継続する見込みであることを確認できた患者 |    |   |   | 名 |
|                  | （3）介護老人保健施設                                      |    |   |   | 名 |
|                  | （4）同一の保険医療機関の療養病床                                |    |   |   | 名 |
|                  | （5）他の保険医療機関                                      |    |   |   | 名 |
| ②                | 在宅復帰率（2）／①（70%以上）                                |    |   |   | % |

### 3. 病床の利用状況

| 算出期間（直近3か月 <del>1年間</del> ）（和暦） |                                    | 始期 | 年 | 月 | 日  |
|---------------------------------|------------------------------------|----|---|---|----|
|                                 |                                    | 終期 | 年 | 月 | 日  |
| ③                               | 当該病床における直近3月間の在院患者延べ日数             |    |   |   | 名日 |
| ④                               | 当該病床における当該3月間の新入院患者数               |    |   |   | 名  |
| ⑤                               | 当該病床における当該3月間の新退院患者数（死亡退院を含む）      |    |   |   | 名  |
| ⑥                               | （④＋⑤）／2                            |    |   |   | 名  |
| ⑦                               | 平均在院日数 ③／⑥（90日以内）<br>（小数点以下は切り上げる） |    |   |   | %日 |

※病床の利用状況について、別添6の別紙4「平均在院日数の算定方法」1から4を参考にすること。

## 在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類 (有床診療所療養病床入院基本料)

### 1. 届出病床の状況

|       |   |
|-------|---|
| 療養病床数 | 床 |
|-------|---|

### 2. 退院患者の状況

| 対象期間（直近6か月間）（和暦） |                                                  | 始期 | 年 | 月 | 日 |
|------------------|--------------------------------------------------|----|---|---|---|
|                  |                                                  | 終期 | 年 | 月 | 日 |
| ①                | 直近6か月間における退院患者数（再入院患者、死亡退院患者を除く）                 |    |   |   | 名 |
| ①再掲              | （1）在宅（自宅及び居住系介護施設等）                              |    |   |   | 名 |
|                  | （2）（1）のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上継続する見込みであることを確認できた患者 |    |   |   | 名 |
|                  | （3）介護老人保健施設                                      |    |   |   | 名 |
|                  | （4）同一の保険医療機関の一般病床                                |    |   |   | 名 |
|                  | （5）他の保険医療機関                                      |    |   |   | 名 |
| ②                | 在宅復帰率 （2）／① （50%以上）                              |    |   |   | % |

### 3. 病床の利用状況

| 算出期間（直近 <u>3か月1年間</u> ）（和暦） |                                     | 始期 | 年 | 月 | 日  |
|-----------------------------|-------------------------------------|----|---|---|----|
|                             |                                     | 終期 | 年 | 月 | 日  |
| ③                           | 当該病床における直近3月間の在院患者延べ日数              |    |   |   | 名日 |
| ④                           | 当該病床における当該3月間の新入院患者数                |    |   |   | 名  |
| ⑤                           | 当該病床における当該3月間の新退院患者数（死亡退院を含む）       |    |   |   | 名  |
| ⑥                           | （④＋⑤）／2                             |    |   |   | 名  |
| ⑦                           | 平均在院日数 ③／⑥（365日以内）<br>（小数点以下は切り上げる） |    |   |   | %日 |

※病床の利用状況について、別添6の別紙4「平均在院日数の算定方法」1から4を参考にすること。

医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規）

新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項

（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

|                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 年 月 日時点の医療従事者の負担の軽減に対する体制の状況                                                                            |                                                                                                                                                                                                     |
| (1) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制                                                                            |                                                                                                                                                                                                     |
| ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者                                                                             | 氏名: 職種:                                                                                                                                                                                             |
| イ 医療従事者の勤務状況の把握等                                                                                        |                                                                                                                                                                                                     |
| (ア) 勤務時間の具体的な把握方法                                                                                       | <input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード<br><input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり)<br><input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(自己申告)<br><input type="checkbox"/> その他<br>(具体的に: ) |
| (イ) 勤務時間以外についての勤務状況の把握内容                                                                                | <input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率<br><input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率<br><input type="checkbox"/> その他<br>(具体的に: )                                                                            |
| ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議                                                                              | 開催頻度: 回/年(うち、管理者が出席した回数 回)<br>参加人数: 平均 人/回<br>参加職種( )                                                                                                                                               |
| エ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画                                                                              | <input type="checkbox"/> 計画策定<br><input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知                                                                                                                               |
| オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開                                                                         | <input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開<br>(具体的な公開方法 )                                                                                                                                           |
| (2) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容                                                                   |                                                                                                                                                                                                     |
| (イ)～(ト)のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> (イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み<br>※ 許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。 | <input type="checkbox"/> 外来診療時間の短縮<br><input type="checkbox"/> 地域の他の保険医療機関との連携<br><input type="checkbox"/> その他                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> (ロ) 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい)                                       | <input type="checkbox"/> 夜間帯の保育の実施<br><input type="checkbox"/> 病児保育の実施                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> (ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減                                                |                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> (ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善                                             |                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> (ホ) 特定行為研修修了者の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減                                             | <input type="checkbox"/> 特定行為研修修了者: 名                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> (ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減                                                   | <input type="checkbox"/> 院内助産<br><input type="checkbox"/> 助産師外来                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> (ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減                                                       |                                                                                                                                                                                                     |

〔記載上の注意〕

- 1 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。  
2 当該加算の変更の届出に当たり、直近8月1年以内に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略することができる。

医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

|                             |                                    |
|-----------------------------|------------------------------------|
| 届出区分<br>(該当するいずれか1つを○で囲むこと) | 1：医師事務作業補助体制加算1<br>2：医師事務作業補助体制加算2 |
|-----------------------------|------------------------------------|

1 医師事務作業補助体制加算の届出区分（該当区分に数値を記入すること。）

|                                              |                              |                                                                |                                            |
|----------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 届出区分別病床数と配置数<br>(該当するすべての項目に、数値、✓又は○を記入すること) | ① 以下の②以外の病床                  | イ 当該加算の届出を行う病床数                                                | 床                                          |
|                                              |                              | ロ 配置基準                                                         | 対1                                         |
|                                              |                              | ハ 医師事務作業補助者数の算入方法<br>(該当するいずれか1つに✓を記入すること)                     | 医師事務作業補助者1名当たり<br>□ 1名<br>□ 1.2名<br>□ 1.3名 |
|                                              |                              | ニ 医師事務作業補助者の数<br>(ハの算入方法による数)                                  | 名                                          |
|                                              |                              | うち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の数<br>(ハの算入方法による数)                      | 名                                          |
|                                              |                              | ホ 配置基準に定める医師事務作業補助者数のうち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の割合が5割以上           | □                                          |
|                                              | ② 50対1、75対1又は100対1に限り算定できる病床 | イ 当該加算の届出を行う病床数                                                | 床                                          |
|                                              |                              | ロ 配置基準                                                         | 対1                                         |
|                                              |                              | ハ 医師事務作業補助者数の算入方法<br>(該当するいずれか1つに✓を記入すること)                     | 医師事務作業補助者1名当たり<br>□ 1名<br>□ 1.2名<br>□ 1.3名 |
|                                              |                              | ニ 医師事務作業補助者の数<br>(ハの算入方法による数)                                  | 名                                          |
|                                              |                              | うち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の数<br>(ハの算入方法による数)                      | 名                                          |
|                                              |                              | ホ 配置基準に定める医師事務作業補助者数のうち、ハの算入方法により、自院における3年以上の勤務経験を有する者の割合が5割以上 | □                                          |

- ※ 配置基準は15対1・20対1・25対1・30対1・40対1・50対1・75対1・100対1のうち該当するものを記入（②は50対1・75対1・100対1に限る。）すること。
- ※ ニで記載した値が、イ／（ロで記載した値）で小数点第一位を四捨五入した値以上であること。
- ※ 医師事務作業補助者の数は1名以上であること。
- ※ 「自院における3年以上の勤務経験」は、医師事務作業補助者としての勤務経験を指す。
- ※ 医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、ホが5割以上であること。

2 医師事務作業補助者の配置責任者

|                    |  |
|--------------------|--|
| 医師事務作業補助者の配置責任者の氏名 |  |
|--------------------|--|

3 医師事務作業補助者を配置するにあたっての研修計画

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| 最低6ヶ月間の研修計画を作成している                    | はい ・ いいえ |
| 上記研修期間内に32時間の研修を行う計画がある               | はい ・ いいえ |
| ICIT機器等の操作方法及び生成AIの適切な利用に関する研修を実施している | はい ・ いいえ |

4 院内規程の整備について（満たしているものに○をつける）

|                                                     |                                                     |                                                          |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| (1) 通則に関する規定の整備状況<br>(該当するすべての口に✓を記入すること)           | □                                                   | ① 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。             |
|                                                     | □                                                   | ② 計画に基づき、医師事務作業補助者を配置している。                               |
|                                                     | □                                                   | ③ 医師事務作業補助者の業務範囲について、関係法令に基づき規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備している。 |
|                                                     | □                                                   | ④ 診療記録の記載について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。                      |
|                                                     | □                                                   | ⑤ 個人情報保護について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。                       |
|                                                     | (2) ICT機器等と、その活用に関する規定の整備状況<br>(該当するすべての口に✓を記入すること) | □                                                        |
| □                                                   |                                                     | 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）                               |
| □                                                   |                                                     | 電子カルテシステムのみ                                              |
| □                                                   |                                                     | オーダーリングシステムのみ                                            |
| □                                                   |                                                     | ① 生成AIを活用した医療文書等の文書作成補助システム                              |
| □                                                   |                                                     | ② 医療文書用の音声入力システム（汎用音声入力機能を除く。）                           |
| (2) ICT機器等と、その活用に関する規定の整備状況<br>(該当するすべての口に✓を記入すること) | □                                                   | ③ 医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション（RPA）        |
|                                                     | □                                                   | ④ 10種類以上の患者向け説明動画                                        |
|                                                     | □                                                   | ⑤ 医師事務・医師の事務作業時間・負担感等について年1回程度評価・確認し、適宜、適切な対策を講じている      |

5 医療実績等に関する事項

|                                                |                                                              |    |   |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----|---|
| 医療実績等に関する施設基準<br>(該当するすべての項目に数値<br>又は✓を記入すること) | <input type="checkbox"/> ①第三次救急医療機関                          |    |   |
|                                                | <input type="checkbox"/> ②総合周産期母子医療センターを有する医療機関              |    |   |
|                                                | <input type="checkbox"/> ③小児救急医療拠点病院                         |    |   |
|                                                | ④年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する<br>医療機関                            | 年間 | 名 |
|                                                | <input type="checkbox"/> ⑤災害拠点病院                             |    |   |
|                                                | <input type="checkbox"/> ⑥へき地医療拠点病院                          |    |   |
|                                                | <input type="checkbox"/> ⑦地域医療支援病院                           |    |   |
|                                                | <input type="checkbox"/> ⑧「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する医療機関 |    |   |
|                                                | ⑨年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する医療機関                                | 年間 | 名 |
|                                                | ⑩年間の全身麻酔による手術件数が800件以上の実績を有する医<br>療機関                        | 年間 | 件 |
|                                                | ⑪年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する医療機関                                | 年間 | 名 |
|                                                | ⑫年間の緊急入院患者数が50名以上の実績を有する医療機関                                 | 年間 | 名 |

(年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数の算出期間： 年 月 日～ 年 月 日)

【記載上の注意】

- 1 届出区分に応じて必要な箇所を記載すること。
- 2 様式18の2「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。
- 3 「3」については、医師事務作業補助員の研修計画の概要について分かる資料を添付すること。
- 4 「4」の①については、様式13の4「医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」及び医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。ただし、加算の変更の届出にあたり、直近 **4月1年以内**に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の4の添付を略することができる。
- 5 「4」の②から⑤については、計画書及び規程文書の写しを添付すること。
- 6 「4」の⑥については、規程文書の写しを添付し、併せて、医療機関内における電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）における「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する真正性、見読性、保存性の確保に係る取組が分かる資料及び各入力項目についての入力権限、許可権限が分かる一覧表を添付すること。
- 7 15対1補助体制加算を届け出る場合には「5」の①～④のいずれかを満たすこと。20対1、25対1、30対1又は40対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑩のいずれかを満たすこと。50対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑪のいずれかを満たすこと。75対1又は100対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑫のいずれかを満たすこと。
- 8 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近1年間の実績を記載すること。
- 9 「5」の①～③、⑤～⑦に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことの方かる資料を添付すること。

## 様式 18 の 3

夜間看護加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（療養病棟入院基本料の注 12・13）  
 看護補助加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（障害者施設等入院基本料の注 9・10）  
 急性期看護補助体制加算  
 看護補助体制充実加算（急性期看護補助体制加算の注 4）  
 看護職員夜間配置加算  
 看護補助加算  
 看護補助体制充実加算（看護補助加算の注 4）  
 看護補助体制加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（地域包括医療病棟入院料の注 5・8）  
 看護補助加算／看護補助体制充実加算（小児入院医療管理料の注 9・10）  
 看護補助者配置加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料の注 4・5）

に係る届出書添付書類

### 1 届出区分

（新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。）

| 新規<br>届出                 | 既<br>届出                  | 区分                                                                                    | 新規<br>届出                 | 既<br>届出                  | 区分                                                                             |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護加算<br>（療養病棟入院基本料の注 12）                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助・患者ケア体制充実加算<br>（療養病棟入院基本料の注 13）<br>（ 1 ・ 2 ・ 3 ）<br>（いずれか該当するものに○をつけること）   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算<br>（障害者施設等入院基本料の注 9）                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助・患者ケア体制充実加算<br>（障害者施設等入院基本料の注 10）<br>（ 1 ・ 2 ・ 3 ）<br>（いずれか該当するものに○をつけること） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 急性期看護補助体制加算<br>（ 対 1 ）                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算<br>（急性期看護補助体制加算の注 4）<br>（ 1 ・ 2 ）<br>（いずれか該当するものに○をつけること）           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間配置加算<br>（12 対 1 配置加算（ 1 ・ 2 ）、<br>16 対 1 配置加算（ 1 ・ 2 ））<br>（いずれか該当するものに○をつけること） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算<br>（ 1 ・ 2 ・ 3 ）<br>（いずれか該当するものに○をつけること）                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算<br>（看護補助加算の注 4）<br>（ 1 ・ 2 ）<br>（いずれか該当するものに○をつけること）                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制加算<br>（地域包括医療病棟入院料注 5）<br>（ 対 1 ）                                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助・患者ケア体制充実加算<br>（地域包括医療病棟入院料の注 8）<br>（ 1 ・ 2 ・ 3 ）<br>（いずれか該当するものに○をつけること）         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算<br>（小児入院医療管理料注 9）                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算<br>（小児入院医療管理料注 10）                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助者配置加算<br>（地域包括ケア病棟入院料の注 4）                                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助・患者ケア体制充実加算<br>（地域包括ケア病棟入院料の注 5）<br>（ 1 ・ 2 ・ 3 ）<br>（いずれか該当するものに○をつけること）         |                          |                          |                                                                                |

## 2 療養病棟における入院患者の状況

|                                               |   |
|-----------------------------------------------|---|
| ① 当該病棟の入院患者延べ数<br>(算出期間 (1 か月) ____ 年 ____ 月) | 名 |
| ② ①のうちADL区分3の患者の延べ数                           | 名 |
| ③ ADL区分3の患者の割合 (②／①)                          | % |

### 3 急性期医療を担う医療機関の体制

|                                                                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1) 次の区分のいずれかに該当する病院（該当する区分の全てに○をつけること。）                                                                                                                 |     |
| ① 年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院<br>期            間            :            年    月～    年    月<br>緊急入院患者数            :                                    名 |     |
| ② 総合周産期母子医療センターを有する医療機関                                                                                                                                 |     |
| 2) 年間の救急自動車及び<br>救急医療用ヘリコプターによる搬送受入人数                                                                                                                   | 人／年 |
| うち入院患者数                                                                                                                                                 | 人／年 |

#### 4 看護補助者に対する研修

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>看護補助業務に必要な基礎的な知識・技術を<br/>習得するための院内研修の実施状況</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>実施日：      月      日<br/>(複数日ある場合は複数日)</p>                                                                                                                                                      |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 10px; vertical-align: top;"> <p>研修の主な内容等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; padding: 10px; vertical-align: top;"> <p>2回目以降の受講の看護補助者に対して「ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解」を省略している場合、該当する□に「✓」を記入</p> <p><input type="checkbox"/> 全看護補助者のうち、2回目以降の受講の看護補助者のみ省略</p> <p><input type="checkbox"/> 全看護補助者が2回目以降の受講のため、全ての研修で省略</p> </td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                  | <p>研修の主な内容等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul> | <p>2回目以降の受講の看護補助者に対して「ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解」を省略している場合、該当する□に「✓」を記入</p> <p><input type="checkbox"/> 全看護補助者のうち、2回目以降の受講の看護補助者のみ省略</p> <p><input type="checkbox"/> 全看護補助者が2回目以降の受講のため、全ての研修で省略</p> |
| <p>研修の主な内容等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>2回目以降の受講の看護補助者に対して「ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解」を省略している場合、該当する□に「✓」を記入</p> <p><input type="checkbox"/> 全看護補助者のうち、2回目以降の受講の看護補助者のみ省略</p> <p><input type="checkbox"/> 全看護補助者が2回目以降の受講のため、全ての研修で省略</p> |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                  |

5 看護補助者の活用に関する所定の研修を受講した看護師長等の配置状況

[illegible]

6 看護補助者の活用に関する看護職員の研修

|                       |                                                                                                            |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 看護補助者の活用に関する院内研修の実施状況 | 実施日： 月 日<br>(複数日ある場合は複数日)                                                                                  |
| 研修の主な内容等              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul> |

7 3年以上の勤務経験を有する看護補助者及び主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の配置の状況

| 該当する加算                   |                                                | 看護補助者の数<br>(うち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の数) | 看護補助者のうち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の割合が5割以上 | 主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者が100対1以上 |
|--------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 看護補助・患者ケア体制充実加算 ( 1 ・ 2 )<br>(療養病棟入院基本料の注13)   | ( 名 )                                  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>             |
| <input type="checkbox"/> | 看護補助・患者ケア体制充実加算 ( 1 ・ 2 )<br>(障害者施設等入院基本料の注10) | ( 名 )                                  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>             |
| <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算1<br>(急性期看護補助体制加算の注4)                | ( 名 )                                  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>             |
| <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算1<br>(看護補助加算の注4)                     | ( 名 )                                  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>             |
| <input type="checkbox"/> | 看護補助・患者ケア体制充実加算 ( 1 ・ 2 )<br>(地域包括医療病棟入院料の注8)  | ( 名 )                                  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>             |
| <input type="checkbox"/> | 看護補助・患者ケア体制充実加算 ( 1 ・ 2 )<br>(地域包括ケア病棟入院料の注5)  | ( 名 )                                  | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>             |

8 自院において3年以上の勤務経験を有する看護補助者及び主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の名簿

| 氏名 | 自院において3年以上の勤務経験を有する看護補助者 | 主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者 |                                      |
|----|--------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
|    |                          | 介護福祉士の資格を有する者                | 看護補助者として3年以上の勤務経験を有し、適切な研修を修了した看護補助者 |
|    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>             |
|    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>             |
|    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>             |
|    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>             |
|    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>             |
|    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>             |
|    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>             |
|    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>             |
|    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>             |
|    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>             |

9 看護補助者の業務に必要な能力の段階的な評価

|            |                          |
|------------|--------------------------|
| 段階的評価指標の作成 | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|

10 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

様式13の3に記載すること。

※ 直近 1年以内~~8月~~に届け出た内容と変更がないため届出を省略する場合、□に「✓」を記入

(ただし、「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の該当項目数が要件にある場合は省略することができないものであること。)

☐ 届出を省略

[記載上の注意]

- 1 「2」の療養病棟における入院患者の状況は、夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注12）及び看護補助・患者ケア体制充実加算（療養病棟入院基本料の注13）を届け出る場合のみ記入すること。
- 2 「3」の急性期医療を担う医療機関の体制は、急性期看護補助体制加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合のみ記入すること。
- 3 「3」の1)の①に該当する場合は、直近一年間の緊急入院患者数を記入するとともに、各月の緊急

入院患者数が分かる資料を添付すること。

- 4 「3」の1)の②に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことの分かる資料を添付すること。
- 5 看護職員夜間配置加算を届け出る場合は、「4」、「5」、「6」、「7」及び「8」の記載は不要である。
- 6 看護補助体制充実加算を届け出る場合は、「4」、「5」及び「6」を記載すること。また、「5」に掲げる看護師長等については、看護補助者の活用に関する所定の研修を受講していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 7 「7」3年以上の勤務経験を有する看護補助者及び主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の配置の状況は、看護補助体制充実加算1を届け出る場合及び療養病棟入院基本料の注13、障害者施設等入院基本料の注10、地域包括医療病棟入院料の注8並びに地域包括ケア病棟入院料の注5の看護補助体制充実加算2を届け出る場合のみ記入すること。
- 8 「8」「主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者」に該当する場合、介護福祉士の資格を有する者であること又は看護補助者として適切な研修を修了していることが確認できる文書（介護福祉士資格の有無、当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 9 「9」看護補助者の業務に必要な能力の段階的な評価は、看護補助体制充実加算1を届け出る場合及び療養病棟入院基本料の注13、障害者施設等入院基本料の注10、地域包括医療病棟入院料の注8並びに地域包括ケア病棟入院料の注5の看護補助体制充実加算2を届け出る場合のみ記入すること。
- 10 看護補助者の業務範囲について定めた院内規定及び個別の業務内容の文書を添付すること。（看護職員夜間配置加算を届け出る場合は不要である。）

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入院医療管理料又は  
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

|         |                                                                                   |     |                     |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------|
| 入院患者の構成 | 平均数算出期間                                                                           |     | 年 月 日 ~<br>年 月 日    |
|         | ① 当該病棟（回復期リハビリテーション入院医療管理料を届出する場合にあっては当該病室）の1日平均入院患者数                             |     | 名                   |
|         | ② 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症、義肢装着訓練を要する状態 |     | 名                   |
|         | ③ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症、二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態                                  |     | 名                   |
|         | ④ 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態                                   |     | 名                   |
|         | ⑤ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷の状態                                                |     | 名                   |
|         | ⑥ 股関節又は膝関節の置換術後の状態                                                                |     | 名                   |
|         | ⑦ 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態                                             |     | 名                   |
|         | ⑧ 小計（②+③+④+⑤+⑥+⑦）                                                                 |     | 名                   |
|         | 入院患者の比率 ⑧／①                                                                       |     | %                   |
|         | 脳血管疾患等の患者の比率 ②／①                                                                  |     | %                   |
|         | 常勤従事者                                                                             | 職 種 | 氏 名                 |
| 医 師     |                                                                                   |     | 1. 専従 2. 専任         |
| 理学療法士   |                                                                                   |     | 1. 専従 2. 専任         |
| 作業療法士   |                                                                                   |     | 1. 専従 2. 専任         |
| 言語聴覚士   |                                                                                   |     | 1. 専従 2. 専任 3. 配置なし |
| 管理栄養士   |                                                                                   |     | 1. 専従 2. 専任 3. 配置なし |
| 社会福祉士   |                                                                                   |     | 1. 専従 2. 専任 3. 配置なし |

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| リハビリテーション実績指数                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| 前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施<br>(該当するいずれか1つに○) | 1. あり      2. なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |
| 病棟の状況                                                    | 病棟種別<br>(該当するいずれか1つに○)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1. 一般      2. 療養 |
|                                                          | 病棟名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |
|                                                          | 病床数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 床                |
| 病棟の面積                                                    | 平方メートル                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
|                                                          | (1床当たり面積                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 平方メートル)          |
| 病室部分の面積                                                  | 平方メートル                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
|                                                          | (1床当たり面積                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 平方メートル)          |
| 病室に隣接する廊下幅                                               | メートル                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |
| 疾患別リハビリテーションの届出<br>(該当するすべての□に✓)                         | <input type="checkbox"/> 心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅰ)<br><input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅰ)<br><input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅱ)<br><input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅲ)<br><input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料 (Ⅰ)<br><input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料 (Ⅱ)<br><input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション料 (Ⅰ) |                  |

〔記載上の注意〕

- 1 入院患者の構成は、直近1か月の実績について記載すること。
- 2 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「(常勤換算)」と記入すること。
- 3 「前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施」については、該当するものを○で囲むこと。
- 4 常勤従事者のうち、管理栄養士及び社会福祉士について、配置されていない場合は、「氏名」の欄に「―」を記入及び「専従・専任」の欄で「3. 配置なし」を選択すること。
- 5 リハビリテーション実績指数については、前月までの6か月間について算出した値を記入すること。前月までの6か月間についてのリハビリテーションの実績がない場合、記入は不要であること。
- 6 病室部分の1床当たりの面積は、1床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- 7 「脳血管疾患等の患者の比率」については、回復期リハビリテーション入院管理料の届出を行う場合のみ記入すること。
- 8 当該届出に係る病棟の平面図(面積等がわかるもの)を添付すること。
- 9 様式5から9及び様式20を添付すること。

回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 施設基準に係る届出書添付書類

|                                      |                                                                                                                                                                                   |   |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| ①                                    | 直近6か月間における退院患者数                                                                                                                                                                   | 名 |
| (再掲)<br>(1)                          | 他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数                                                                                                                                                             | 名 |
| ②                                    | 在宅復帰率 (1)／①                                                                                                                                                                       | % |
| ③                                    | 直近6か月間に当該病棟又は病室に新たに入院した患者数                                                                                                                                                        | 名 |
| ④                                    | 上記③のうち、次のいずれかに該当する患者数<br>(Ⅰ) 入院時の日常生活機能評価が10点以上又はFIM総得点が21点以上55点以下であった患者<br>(Ⅱ) 高次脳機能障害と診断された患者(基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。)<br>(Ⅲ) 脊髄損傷と診断された患者(基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。) | 名 |
| ⑤                                    | 新規入院患者における重症者の割合 ④／③                                                                                                                                                              | % |
| 日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況                | 実施日： 年 月 日                                                                                                                                                                        |   |
| FIMの測定に関わる職員を対象としたFIMの測定に関する研修会の実施状況 | 実施日： 年 月 日                                                                                                                                                                        |   |

2. 周辺の医療機関の回復期リハビリテーション病棟の届出状況  
(回復期リハビリテーション入院医療管理料に限る。)

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| 当該病院を中心とした半径12キロメートル以内の回復期リハビリテーション病棟入院料1から5の届出数(当該病院を含む) ※ | 病棟 |
|-------------------------------------------------------------|----|

上記が1病棟以上である場合には、以下の要件を全て満たす場合に限り、※の要件を満たすものとして回復期リハビリテーション入院医療管理料を届け出ることができる。

|     |                                                                                               |                               |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| (1) | 半径10km以内に他に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟がない。                                                       | <input type="checkbox"/> 該当する |
| (2) | 届出時点における、当該医療機関が回復期リハビリテーション入院医療管理料を届け出た後の二次医療圏内の回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床数(人口10万対50床以下)       | 人口10万対 床                      |
| (3) | 半径12km圏内の回復期リハビリテーション病棟を持つ他の医療機関が1以下であり、当該病院が合意している。                                          | <input type="checkbox"/> 該当する |
| (4) | 地域医療構想調整会議又は都道府県が、二次医療圏や構想区域内で回復期リハビリテーション病棟の新設又は増床の計画がないことを確認し、当該医療機関が入院医療管理料を届け出る必要性を認めている。 | <input type="checkbox"/> 該当する |
| (5) | 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出ている。                                                 | <input type="checkbox"/> 該当する |
| (6) | 入院医療管理料として届出予定の病床数(16床以上)                                                                     | 床                             |

### 3. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

|    |                                                                     |                                         |    |
|----|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----|
| ①  | 直近1ヶ月間に回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定する病室に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数 |                                         | 日  |
| ②  | 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数<br>(i + ii + iii + iv + v)     |                                         | 単位 |
| 再掲 | i                                                                   | 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
|    | ii                                                                  | 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
|    | iii                                                                 | 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数  | 単位 |
|    | iv                                                                  | 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数    | 単位 |
|    | v                                                                   | 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数    | 単位 |
| ③  | 1日当たりリハビリテーション提供単位数 (②/①) ※3単位以上であること。                              |                                         | 単位 |

(算出期間 :                      年      月      日～                      年      月      日)

#### [記載上の注意]

- 「1」の「①」の直近6か月間における退院患者数については、入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病室を有する病棟以外の病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）を除く。また、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟又は病室を有する病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の（1）のイの（イ）に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。
- 「1」の「④」について、区分番号「A246」入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する患者が当該病室に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。

3 「2」の例外（4）については、地域医療構想調整会議又は都道府県により、当該医療機関が回復期リハビリテーション入院医療管理料を届け出る必要性を認めたことが分かる文書（議事録等）を添付すること。

特掲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  
(令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 8 号)

第 1 特掲診療料の施設基準等

- 4 特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 2 条第 1 号に規定する育児休業、同条第 2 号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第 23 条第 2 項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第 24 条第 1 項の規定により同項第 2 号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項若しくは第 3 項、第 23 条の 3 又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第 2 届出に関する手続き

- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付すこと。

（中略）

口腔機能実地指導料

（口実地）第 号

第 4 経過措置等

表 1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

（中略）

- ・ 充実管理加算 1（脂質異常症を主病とする場合）（令和 8 年 3 月 31 日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）の注 4 又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注 4 に係る届出を行っている保険医療機関については、令和 9 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 充実管理加算 2（脂質異常症を主病とする場合）
- ・ 充実管理加算 1（高血圧症を主病とする場合）（令和 8 年 3 月 31 日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）の注 4 又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注 4 に係る届出を行っている保険医療機関については、令和 9 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 充実管理加算 2（高血圧症を主病とする場合）
- ・ 充実管理加算 1（糖尿病を主病とする場合）（令和 8 年 3 月 31 日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）の注 4 又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注 4 に係る届出を行っている保険医療機

関については、令和9年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

- ・ 充実管理加算2（糖尿病を主病とする場合）
- ・ 心不全再入院予防継続管理料
- ・ 遺伝性疾患療養指導管理料の注1から注3（令和8年5月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一「D026」に掲げる検体検査判断料の注6に規定する遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除く。）
- ・ 遺伝性疾患療養指導管理料の注5（令和8年5月31日時点で「旧算定方法」別表第一「D026」に掲げる検体検査判断料の注7に規定する遺伝性腫瘍カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除く。）

（中略）

- ・ ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出
- ・ ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（令和8年5月31日時点で「旧算定方法」別表第一「D023」に掲げる微生物核酸同定・定量検査の「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）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除く。）
- ・ 壁側胸膜凍結生検法

表3 施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要でないもの）

（中略）

- ・ 遺伝性疾患療養指導管理料の注1から注3（令和8年~~3~~5月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一「D026」に掲げる検体検査判断料の注6に規定する遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関に限る。）
- ・ 遺伝性疾患療養指導管理料の注5（令和8年~~3~~5月31日時点で「旧算定方法」別表第一「D026」に掲げる検体検査判断料の注7に規定する遺伝性腫瘍カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関に限る。）

（中略）

- ・ ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（令和8年~~3~~5月31日時点で「旧算定方法」別表第一「D023」に掲げる微生物核酸同定・定量検査の「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）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関に限る。）

## 別添 1

### 特掲診療料の施設基準等

第 13 の 2 の 2 小児口腔機能管理料の注 7、口腔機能管理料の注 7 及び歯科特定疾患療養管理料の注 5 に規定する施設基準

#### 2 届出に関する事項

歯科点数表の初診料の注 ~~47~~16 及び再診料の注 13 に規定する施設基準の届出を行ってればよく、小児口腔機能管理料の注 7、口腔機能管理料の注 7 及び歯科特定疾患療養管理料の注 5 に規定する情報通信機器を用いた歯科診療として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 14 在宅療養支援歯科診療所 1 及び在宅療養支援歯科診療所 2

#### 1 在宅療養支援歯科診療所 1 及び在宅療養支援歯科診療所 2 の施設基準

##### (1) 在宅療養支援歯科診療所 1 の施設基準

次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

ク 直近 1 か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が 9 割 5 分以上の診療所にあつては、次のいずれにも該当するものであること。

(イ) 過去 1 年間に、5 か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。

(ロ) 直近 3 か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、6 割以上が歯科訪問診療 1 を算定していること。

(ハ) 在宅歯科医療に係る 3 年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。

(ニ) 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。

(ホ) 歯科訪問診療において、過去 1 年間の診療実績（歯科点数表に掲げる もののうち、次に掲げるものの算定実績をいう。）が次の要件のいずれにも該当していること。

#### 2 届出に関する事項

在宅療養支援歯科診療所 1 及び在宅療養支援歯科診療所 2 の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 18 を用いること。令和 8 年 3 月 31 日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」による改正前の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和 9 年 5 月 31 日までの間に限り、1 の(1)のア及び~~2 の(1)~~1 の(2)のアの基準を満たしているものとする。

第 15 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

#### 5 届出に関する事項

(3) 「4」については、在宅時医学総合管理料の注 16（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準の該当可否について毎年 2 月、5 月、

8月及び11月に確認し、変更がある場合（当該届出を初めて行う場合にあっては、該当しない場合）は別添2の様式19を用いて同月中に速やかに地方厚生（支）局長に届出を行うこと。また、令和8年8月においては、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を届け出る全ての医療機関において、注16（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準の該当可否について確認し、該当する場合についても、確認の結果を別添2所定の様式19を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。

### 第25の3 光トポグラフィー

#### 1 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合の診療料を算定するための施設基準

~~（7）当該療法の実施状況を別添2の様式26の3により毎年地方厚生（支）局長に報告していること。~~

### 第47の7 通院・在宅精神療法

#### 6 通院・在宅精神療法の注13に関する施設基準

以下のいずれかを満たすこと

（1）以下のいずれかを満たす保険医療機関において実施されていること。

ア 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する以下のいずれかの医療機関において、行われていること。

（イ）身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関

（ロ）精神科救急医療確保事業において常時対応型施設又は病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関

イ 精神病床を有する特定機能病院

ウ 急性期病院精神科棟入院基本料を届け出ている病院

エ 急性期病院A一般入院料又は急性期病院B一般入院料を届け出ている病院であって、かつ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・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ている病院

オ 障害者施設等入院基本料を届け出ている病院

カ 通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算又は児童思春期支援指導加算を届け出ている保険医療機関（20歳未満の者又は20歳未満から継続して診療を行っている者に算定する場合に限る。）

### 第56の2 医科点数表第2章第9部処置の通則の5並びに歯科点数表第2章第8部処置の通則の6に掲げる処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準

4 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、急性期総合体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算等に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

（6）当該計画には、医師（当該加算を算定している診療科以外の医師も含む）の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。

- ① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
- ③ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ④ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑤ 育児・介護休業法第 23 条第 1 項若しくは第 3 項、第 23 条の 3 又は第 24 条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

## 第 79 の 7 外科医療確保特別加算

### 1 外科医療確保特別加算の施設基準

（４）当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること。

ア 当該診療科の経験を 5 年以上有する常勤（週 4 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 31 時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項、第 23 条の 3 又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週 30 時間以上であることをいう。）の医師が 6 名以上配置されていること。

イ チーム制又は交代勤務制を導入していること。

ウ 当該診療科に配置されている常勤の医師については、医療法第 123 条第 1 項に規定する特定対象医師であるかどうかにかかわらず、特定対象医師について医療法第 123 条第 1 項及び第 2 項に規定するものと同様の休息時間を確保すること。また、特定対象医師について同条第 3 項に規定するものと同様の休息時間を確保するよう配慮していること。

## 第 88 の 2 調剤基本料 2

### 2 調剤基本料 2 の施設基準に関する留意点

（９）保険薬局が開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直した場合であっても、各厚生局のホームページに公表されている「コード内容別医療機関一覧表」において指定年月日に変更されない限り、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、令和 8 年 6 月 1 日以降も 1 月当たりの処方箋の受付回数が継続的に 1,800 枚以下である保険薬局は、1 の（１）のウの（ロ）に該当するものとみなす。

## 第 89 調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準（処方箋集中率等の状況によらず例外的に調剤基本料 1 を算定することができる保険薬局）

### 2 届出に関する事項

（３）令和 8 年 3 月 31 日において、現に改正前の基本診療料施設基準通知の別添 3 の別紙 2 の「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局が、調剤基本料の注 1 ただし書に②規定に係る届出を行っている場合は、令和 10 年 5 月 31 日までの間、なお効力を有するものとする。

## 第 92 地域支援・医薬品供給対応体制加算

### 2 地域支援・医薬品供給対応体制加算 2

(3) 地域医療への貢献に係る十分な体制として、以下のアからコまでの要件を満たすこと。

コ 地域医療に関連する取組の実施として以下を満たすこと。

(ヘ) 次に掲げるセルフメディケーション関連機器のうち少なくとも 3 つについて、患者の求めに応じて使用できるよう設置していること。

- ① 体重計
- ② 体温計
- ③ 血圧測定器
- ④ 体組成計（体脂肪率、BMI 等を含むもの）
- ⑤ 血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメータ）
- ⑥ 握力計
- ⑦ 骨密度測定器
- ⑧ 心電計

## 第 97 調剤管理料の注 3 及び注 4 に規定する保険薬局（手帳の活用実績が少ない保険薬局）

- 1 「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、3 月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料（服薬管理指導料 3 並びに服薬管理指導料 4 のイのうち介護老人福祉施設等の患者に係るもの、同 4 のロ及びハに係るものを除く。）の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合が 50% 以下である保険薬局であること。この場合において、小数点以下は四捨五入すること。
- 2 手帳の活用実績は、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の「2 調剤基本料 2 の施設基準に関する留意点」の（1）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年 5 月 1 日から当年 4 月 30 日までの~~服薬管理指導料~~の実績をもって該当性を判断し、当年 6 月 1 日から翌年 5 月 31 日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の「2 調剤基本料 2 の施設基準に関する留意点」の（1）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。

## 第 97 の 2 服薬管理指導料の注 1 に規定する保険薬局

- 1 かかりつけ薬剤師として必要な指導等を行う保険薬剤師は、次の要件を全て満たすこと。

(1) 以下に掲げる勤務経験等を有していること。

イ 当該保険薬局に週 31 時間以上（31 時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第 23 条第 1 項若しくは第 3 項、第 23 条の 3又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該保険薬剤師（労働者に限る。）の所定労働時間が短縮された場合にあつては週 24 時間以上かつ週 4 日以上）勤務している。

(2) 以下のいずれかの要件を満たすこと。

ア 当該保険薬局に勤務する~~常勤の~~週 31 時間以上勤務する保険薬剤師（派遣労働者である者を含み、産前産後休業中、育児休業中又は介護休業中の者を除く。）について、当該保険薬局に継続的に在籍し、週 31 時間以上勤務している期間（産前産後休業、育児休業又

は介護休業から復職した保険薬剤師の休業前の在籍期間を含む。) が平均して1年以上であること。

第99 服薬管理指導料の注17に規定する保険薬局(手帳の活用実績が少ない保険薬局)

- 1 「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、3月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料(服薬管理指導料3並びに服薬管理指導料4のイのうち介護老人福祉施設等の患者に係るもの、同4のロ及びハに係るものを除く。)の算定回数の割合が50%以下である保険薬局であること。この場合において、小数点以下は四捨五入すること。
- 2 手帳の活用実績は、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年5月1日から当年4月30日までの~~服薬管理指導料~~の実績をもって該当性を判断し、当年6月1日から翌年5月31日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。

外来／在宅／リハビリテーションデータ提出加算及び充実管理加算  
に係る届出書

1 届出の理由（該当する項目にチェックをすること。）

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 各加算の新規届出のため           |
| <input type="checkbox"/> 充実管理加算の実績値に基づく区分変更のため |
| <input type="checkbox"/> 上記以外の理由のため            |

2 施設基準の状況（該当する項目にチェックをすること。）

|                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」に適切に参加できる。          |
| <input type="checkbox"/> 診療記録（過去 5 年間の診療録及び過去 3 年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されている。 |
| <input type="checkbox"/> 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されている。                           |
| <input type="checkbox"/> 患者についての疾病統計には、I C D 大分類程度以上の疾病分類がされている。              |
| <input type="checkbox"/> 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる。                           |

3-3 届出を行う項目

|                                              |
|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 外来データ提出加算（地域包括診療加算） |
| <input type="checkbox"/> 外来データ提出加算（地域包括診療料）  |
| <input type="checkbox"/> 充実管理加算              |
| <input type="checkbox"/> 在宅データ提出加算           |
| <input type="checkbox"/> リハビリテーションデータ提出加算    |

3-4 充実管理加算に係る実績

|                |     |   |
|----------------|-----|---|
| (1) 脂質異常症に係る実績 | 実績値 |   |
|                | 上位  | % |
|                |     |   |
| (2) 高血圧症に係る実績  | 実績値 |   |
|                | 上位  | % |
|                |     |   |
| (3) 糖尿病に係る実績   | 実績値 |   |
|                | 上位  | % |
|                |     |   |

〔記載上の注意〕

「3-4」については、充実管理加算の届出を行う場合であって、実績値について厚生労働省保険局医療課より通知があった場合に限り記入すること（新たにデータ提出を開始し、充実管理加算に係る届出を行う医療機関にあっては、記入は不要である。）。この場合にあっては、当該実績値が分かる書類を添付すること。なお、実績値の集計期間等については、別途厚生労働省保険局医療課より通知する。

上記のとおり届出を行います。

令和 年 月 日

保険医療機関コード  
保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

機能強化型在宅療養支援診療所・病院及び在宅医療充実体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. 届出区分<br>(該当するいずれか1つを○で囲むこと)                                  |  | 1. 「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所<br>(単独型機能強化型)<br>2. 「第9」の1の(2)のアに規定する在宅療養支援診療所<br>(連携型機能強化型ア)<br>3. 「第9」の1の(2)のイに規定する在宅療養支援診療所<br>(連携型機能強化型イ)<br>4. 「第14の2」の1の(1)に規定する在宅療養支援病院<br>(単独型機能強化型)<br>5. 「第14の2」の1の(2)のアに規定する在宅療養支援病院<br>(連携型機能強化型) |  |
| 2. 直近1年間の緊急の往診の実績等                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| (実績の期間)                                                         |  | 年 月 日 ~ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                             |  |
| ① 緊急の往診の実績                                                      |  | 件                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| (1. で「2」、「3」又は「5」を選択した場合)連携保険医療機関の緊急の往診の実績の合計                   |  | 件                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| ② (1. で「4」又は「5」を選択した場合)在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績        |  | 件                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| ③ (1. で「4」又は「5」を選択した場合)在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保しているか。 |  | 該当 ・ 非該当                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| ④ (1. で「4」又は「5」を選択した場合)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ているか。         |  | 該当 ・ 非該当                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| 3. 直近1年間の看取り等の実績                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| (実績の期間)                                                         |  | 年 月 日 ~ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                             |  |
| ① 看取りの実績                                                        |  | 件                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| (1. で「2」、「3」又は「5」を選択した場合)連携保険医療機関の看取りの実績の合計                     |  | 件                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| ② 15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅診療実績                                   |  | 件                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| 4. 直近の5月から7月に実施した訪問診療の実績                                        |  | 回                                                                                                                                                                                                                                         |  |

[記載上の留意事項]

1 「2」の①の緊急の往診とは、「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

2 「3」の②の実績には、3回以上の定期的な訪問診療を実施し、「C002」在宅時医学総合管理料又は「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限り、含むことができる。なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、緊急時の入院受入機関で7日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該診療所が、当該入院日を含む直近6月間において訪問診療を実施していた場合も、在宅における看取りの実績に含めることができる。

3 「4」の実績が2,100回を超える届出医療機関にあっては、次年の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。

|                                                                                                                  |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 1. 人員等の体制について                                                                                                    |               |
| ① 在宅医療を担当する医師の常勤換算数                                                                                              | 名             |
| ② 届出医療機関が単独で、24時間の直接連絡を受ける体制及び24時間往診が可能な体制を確保しているか。(該当するいずれか1つを○で囲むこと)                                           | 該当 ・ 非該当      |
| 2. 緩和ケアの提供体制について                                                                                                 |               |
| ① 緩和ケアに係る研修を受けた医師の氏名                                                                                             |               |
| ② 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師について                                                      |               |
| 氏名                                                                                                               |               |
| 勤務を行った保険医療機関名                                                                                                    |               |
| 勤務期間                                                                                                             | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| ③ 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある常勤の医師の氏名                                                        |               |
| ④ 実績に係る要件                                                                                                        |               |
| (実績の期間)                                                                                                          | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| (a) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数                                                                    | 名             |
| (b) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数                                                                                      | 名             |
| 3. 直近1年間における、重症患者の診療状況について                                                                                       |               |
| (算出に係る期間)                                                                                                        | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| ① 在宅時医学総合管理料を算定した患者の延べ診療月数                                                                                       | 月             |
| ② 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の延べ診療月数                                                                                    | 月             |
| ③ ①又は②のうち、「別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合」を算定した患者の延べ診療月数                                                 | 月             |
| ④ ①又は②のうち、ターミナルケア加算、看取り加算又は死亡診断加算を算定した患者の延べ診療月数                                                                  | 月             |
| ⑤④ 在宅がん医療総合診療料を算定した患者の延べ診療月数                                                                                     | 月             |
| ⑥⑤ 重症患者の割合 $\left[ \frac{(\text{③} + \text{④} + \text{⑤})}{(\text{①} + \text{②} + \text{⑤})} \times 100 \right]$ | %             |
| ⑦ 適切なケアを行う重度の認知症患者(認知症自立度Ⅳ又はMで関係機関等と適切な連携等を行った患者)の延べ診療月数                                                         | 月             |
| ⑧ ⑦のうち、在宅時医学総合管理料を算定する患者の延べ診療月数                                                                                  | 月             |
| ⑨ 重度の認知症患者の割合(全体) $\left[ \frac{\text{⑦}}{(\text{①} + \text{②} + \text{⑤})} \right]$                             | %             |
| ⑩ 重度の認知症患者の割合(在医総管を算定する患者) $\left[ \frac{\text{⑧}}{(\text{①} + \text{②} + \text{⑤})} \right]$                    | %             |
| ⑪⑥ ⑤が20%以上かつ⑨が8%以上かつ⑩が4%以上の場合は、15%以上か                                                                            | 該当 ・ 非該当      |

|                                                                                                                                                                                               |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 4. 重症患者の診療体制について                                                                                                                                                                              |               |
| ① 訪問診療を実施する患者の <b>実</b> 人数<br><u>※ 以下のいずれかに該当する患者については、それぞれ70人を上限として、1人を0.5人とみなして計算することができる。</u><br><u>○ 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単一建物診療患者が2人以上の場合の点数を算定する患者</u><br><u>○ 月1回訪問診療を行っている患者</u> | 名             |
| ② 訪問診療を担当する時間について常勤換算した、在宅医療を担当する医師数                                                                                                                                                          | 名             |
| ③ 医師1人当たりの診療患者数 【①／②】                                                                                                                                                                         |               |
| ④ ③が100以下か。                                                                                                                                                                                   | 該当 ・ 非該当      |
| 5. 医師等の教育体制について                                                                                                                                                                               |               |
| 過去2年度以内に受け入れた実績があるものについて、その期間を記載すること。                                                                                                                                                         |               |
| ① 大学の医学部医学科の単位認定を目的とした地域医療実習生                                                                                                                                                                 | 年 月 日 ～ 年 月 日 |
| ② 協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設として、地域医療の研修を目的とした研修医                                                                                                                                                     | 年 月 日 ～ 年 月 日 |
| ③ 内科領域、総合診療領域又は小児科領域の専門研修基幹施設又は専門研修連携施設として、専門研修を目的とした専攻医                                                                                                                                      | 年 月 日 ～ 年 月 日 |
| ④ 卒業後に都道府県内で一定期間医師として就業する契約を当該都道府県と締結している医師又はこれに準ずる医師(研修医を含む。)                                                                                                                                | 年 月 日 ～ 年 月 日 |

〔記載上の留意事項〕

1 「2. 在宅医療充実体制加算の届出について」については、届出の有無について選択し、届出にあたって必要な事項を記載すること。

2 「3」の③の別に厚生労働大臣が定める状態の患者とは、別表第8の2に該当する患者を指す。

3 「4」の②の訪問診療を担当する時間とは、訪問診療を実施することを予定していた時間とし、外来診療を行う時間や臨時の往診に向かう時間を含めないこと。また、在宅医療充実体制加算の届出に当たっては、在宅医療を担当する医師ごとの訪問診療を実施する時間帯がわかる勤務表等を添付すること。

4 「5」について、実際に医師等を受け入れた期間のわかる書類を添付すること。

## 在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは 2 又は在宅療養支援歯科病院の 施設基準に係る届出書添付書類

|                               |                                                          |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 届出区分<br>(該当するいずれか 1 つを○で囲むこと) | 1 : 在宅療養支援歯科診療所 1<br>2 : 在宅療養支援歯科診療所 2<br>3 : 在宅療養支援歯科病院 |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|

### 1. 歯科訪問診療の割合(届出前 1 月間の実績)

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| ①歯科訪問診療料を算定した人数                     | 人 |
| ②外来で歯科診療を提供した人数                     | 人 |
| 歯科訪問診療を提供した患者数の割合<br>①/(①+②)/・・・(A) |   |

※ ①については、歯科訪問診療料(歯科訪問診療 1、2、3、4 若しくは 5 又は歯科訪問診療料の注15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」若しくは注19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」)を算定した患者の延べ人数を記載すること。

※ ②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の延べ人数を記載すること。

### 2. 歯科訪問診療の実績

在宅療養支援歯科診療所 1 の届出を行う場合(次のいずれかに該当すること。)

|                                                                                          |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| ① 直近 1 か月に歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療料 3 を合計10回以上算定していること。                                |                           |
| 歯科訪問診療 1、2 又は 3 の算定回数<br>(届出前 1 月間の実績)                                                   | 回                         |
| 歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療料 3 を合計10回以上算定している                                             | 1 : 満たしている<br>2 : 満たしていない |
| ② 直近 1 か月に歯科訪問診療 2 から 5 までのいずれかを算定した回数が 5 回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が 6 割以上であること。 |                           |
| ①歯科訪問診療 2 から 5 までの算定回数<br>(届出前 1 月間の実績)                                                  | 回                         |
| ②歯科訪問診療 2 から 5 までのうち、20分以上の歯科訪問診療を算定した回数<br>(届出前 1 月間の実績)                                | 回                         |
| ②歯科訪問診療 2 から 5 までのうち、20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合<br>②/①                                       |                           |
| 歯科訪問診療 2 から 5 までのいずれかを算定した回数が 5 回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が 6 割以上である              | 1 : 満たしている<br>2 : 満たしていない |
| ③ 直近 1 か月に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を合計 5 回以上算定していること。             |                           |
| 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の算定回数<br>(届出前 1 月間の実績)                   | 回                         |
| 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を合計 5 回以上算定している                          | 1 : 満たしている<br>2 : 満たしていない |
| ④ 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。                                |                           |
| 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である                                     | 1 : 満たしている<br>2 : 満たしていない |

在宅療養支援歯科診療所2の届出を行う場合（次のいずれかに該当すること。）

|                                                                                                       |                       |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---|
| ① 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を合計4回以上算定していること。                                                      |                       |   |
| 歯科訪問診療1、2又は3の算定回数<br>(届出前1年間の実績)                                                                      |                       | 回 |
| 歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3<br>を合計4回以上算定している                                                             | 1：満たしている<br>2：満たしていない |   |
| ② 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である<br>こと。<br>(在宅療養支援歯科診療所1、2又は在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合) |                       |   |
| 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対し<br>て歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施<br>設である                                          | 1：満たしている<br>2：満たしていない |   |

在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合（次のいずれかに該当すること。）

|                                                                                                        |                       |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---|
| ① 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3の算定件数及び他の保険医療機関からの要請によ<br>り歯科訪問診療による歯科治療が困難な患者の受入れを行った実績が合計18回以上であること。 |                       |   |
| 歯科訪問診療1、2又は3の算定回数<br>(届出前1年間の実績)                                                                       |                       | 回 |
| 他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療によ<br>る歯科治療が困難な患者の受入れ<br>(届出前1年間の実績)                                             |                       | 回 |
| 歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3<br>を合計4回以上算定している                                                              | 1：満たしている<br>2：満たしていない |   |
| ② 直近1か月に歯科訪問診療2から5までのいずれかを算定した回数が5回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問<br>診療を算定した回数の割合が6割以上であること。                     |                       |   |
| ①歯科訪問診療2から5までの算定回数<br>(届出前1月間の実績)                                                                      |                       | 回 |
| ②歯科訪問診療2から5までのうち、20分以上の歯科<br>訪問診療を算定した回数<br>(届出前1月間の実績)                                                |                       | 回 |
| ②歯科訪問診療2から5までのうち、20分以上の歯科<br>訪問診療を算定した回数の割合<br>②/①                                                     |                       |   |
| 歯科訪問診療2から5までのいずれかを算定した回数<br>が5回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療<br>を算定した回数の割合が6割以上である                            | 1：満たしている<br>2：満たしていない |   |
| ③ 直近1か月に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<br>理料を合計10回以上算定していること。                          |                       |   |
| 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は<br>小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料<br>の算定回数<br>(届出前1月間の実績)                           |                       | 回 |
| 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は<br>小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料<br>を合計5回以上算定している                                  | 1：満たしている<br>2：満たしていない |   |
| ④ 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である<br>こと。                                          |                       |   |
| 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対し<br>て歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施<br>設である                                           | 1：満たしている<br>2：満たしていない |   |

※ 歯科訪問診療料の注15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」のう  
ち、歯科訪問診療1、2又は3に相当する診療を含めた、算定回数を記載すること。

### 3. 高齢者の口腔機能管理等に係る研修の受講歴等

|                  |   |     |
|------------------|---|-----|
| 受講者 1            |   |     |
| 受講者名（常勤歯科医師名）    |   |     |
| 研修名              |   |     |
| 受講年月日（和暦で記載すること） | 年 | 月 日 |
| 当該講習会の主催者        |   |     |
| 講習の内容等           |   |     |
| 受講者 2            |   |     |
| 受講者名（常勤歯科医師名）    |   |     |
| 研修名              |   |     |
| 受講年月日（和暦で記載すること） | 年 | 月 日 |
| 当該講習会の主催者        |   |     |
| 講習の内容等           |   |     |
| 受講者 3            |   |     |
| 受講者名（常勤歯科医師名）    |   |     |
| 研修名              |   |     |
| 受講年月日（和暦で記載すること） | 年 | 月 日 |
| 当該講習会の主催者        |   |     |
| 講習の内容等           |   |     |

※ 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含む。）、高齢者の口腔機能管理、緊急時の対応等に関する内容を含むものであること。

※ 研修会の修了証の写し又は当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧の添付でも可とするものであること。

### 4. 歯科衛生士の氏名等

|                         |      |       |
|-------------------------|------|-------|
| 歯科衛生士 1                 |      |       |
| 歯科衛生士名                  |      |       |
| 常勤又は非常勤（常勤又は非常勤を○で囲むこと） | 1：常勤 | 2：非常勤 |
| 歯科衛生士 2                 |      |       |
| 歯科衛生士名                  |      |       |
| 常勤又は非常勤（常勤又は非常勤を○で囲むこと） | 1：常勤 | 2：非常勤 |
| 歯科衛生士 3                 |      |       |
| 歯科衛生士名                  |      |       |
| 常勤又は非常勤（常勤又は非常勤を○で囲むこと） | 1：常勤 | 2：非常勤 |

### 5. 迅速に対応できる体制に係る事項

#### (1) 患者からの連絡を受ける体制

|       |  |   |
|-------|--|---|
| 担当者数  |  | 人 |
| 担当者 1 |  |   |
| 担当者名  |  |   |
| 職種    |  |   |
| 担当者 2 |  |   |
| 担当者名  |  |   |
| 職種    |  |   |
| 担当者 3 |  |   |
| 担当者名  |  |   |
| 職種    |  |   |

#### (2) 歯科訪問診療体制

|      |  |   |
|------|--|---|
| 担当医数 |  | 人 |
| 担当医名 |  |   |
|      |  |   |
|      |  |   |

6. 在宅医療を担う他の保険医療機関等からの歯科訪問診療の依頼実績（届出前1年間の実績）

|       |  |   |
|-------|--|---|
| 依頼元 1 |  |   |
| 施設名   |  |   |
| 回数    |  | 回 |
| 依頼元 2 |  |   |
| 施設名   |  |   |
| 回数    |  | 回 |
| 依頼元 3 |  |   |
| 施設名   |  |   |
| 回数    |  | 回 |
| 合計回数  |  | 回 |

7. 保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績（以下のいずれかに該当すること。）

|                                                                  |  |   |
|------------------------------------------------------------------|--|---|
| ① 地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等の出席 |  |   |
| 会議等の名称                                                           |  |   |
| ② 病院・診療所・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実績又は口腔管理への協力（届出前1年間）      |  |   |
| 協力施設名                                                            |  |   |
| ③ 歯科訪問診療に関する他の保険医療機関との連携実績（年1回）                                  |  |   |
| 保険医療機関名                                                          |  |   |
| ④ 次のうち該当する項目に、算定件数（届出前1年間）を記載する。                                 |  |   |
| 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（1から3までに限る。）                                  |  | 件 |
| 退院時共同指導料 1                                                       |  | 件 |
| 医科連携訪問加算                                                         |  | 件 |
| 在宅歯科医療連携加算 1                                                     |  | 件 |
| 在宅歯科医療連携加算 2                                                     |  | 件 |
| 小児在宅歯科医療連携加算 1                                                   |  | 件 |
| 小児在宅歯科医療連携加算 2                                                   |  | 件 |
| 在宅歯科医療情報連携加算                                                     |  | 件 |
| 在宅患者連携指導料                                                        |  | 件 |
| 在宅患者緊急時等カンファレンス料                                                 |  | 件 |

8. 在宅歯科診療に係る後方支援の機能

|                                                                           |                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--|
| ①在宅療養支援歯科診療所1又は2の届出を行う場合<br>在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。 |                       |  |
| 医療機関の名称                                                                   |                       |  |
| 所在地                                                                       |                       |  |
| 連絡先                                                                       |                       |  |
| ②在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合<br>在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。                          |                       |  |
| 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有している                                                    | 1：満たしている<br>2：満たしていない |  |

以下、9～13については、1. の（A）が0.95以上である診療所のみ記載

9. 過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。

|           |  |
|-----------|--|
| ① 保険医療機関名 |  |
| ② 保険医療機関名 |  |
| ③ 保険医療機関名 |  |
| ④ 保険医療機関名 |  |
| ⑤ 保険医療機関名 |  |

10. 直近3か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| ① 歯科訪問診療1                     | 人 |
| ② 歯科訪問診療2                     | 人 |
| ③ 歯科訪問診療3                     | 人 |
| ④ 歯科訪問診療4                     | 人 |
| ⑤ 歯科訪問診療5                     | 人 |
| 歯科訪問診療1の算定割合<br>①／（①＋②＋③＋④＋⑤） |   |

※1 ①～⑤の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

※2 歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※3 歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

11. 在宅歯科医療に係る3年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。

|        |  |   |
|--------|--|---|
| ① 歯科医師 |  |   |
| 歯科医師名  |  |   |
| 経験年数   |  | 年 |
| ② 歯科医師 |  |   |
| 歯科医師名  |  |   |
| 経験年数   |  | 年 |
| ⑤ 歯科医師 |  |   |
| 歯科医師名  |  |   |
| 経験年数   |  | 年 |

12. 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。

|              |  |  |
|--------------|--|--|
| ① ポータブルユニット  |  |  |
| 医療機器認証番号     |  |  |
| 製品名          |  |  |
| 製造販売業者名      |  |  |
| ② ポータブルバキューム |  |  |
| 医療機器認証番号     |  |  |
| 製品名          |  |  |
| 製造販売業者名      |  |  |
| ③ ポータブルレントゲン |  |  |
| 医療機器認証番号     |  |  |
| 製品名          |  |  |
| 製造販売業者名      |  |  |

※ ①～③について、各欄に書ききれない場合は備考欄に医療機器認証番号、製品名及び製造販売業者名を記載すること。

13. 歯科訪問診療において、過去1年間の診療実績（歯科点数表に掲げるもののうち、次に掲げるものの算定実績をいう。）が次の要件のいずれにも該当していること。

|                      |  |   |
|----------------------|--|---|
| ①抜髄                  |  | 回 |
| ②感染根管処置              |  | 回 |
| ③ ①及び②の合計（③＝①＋②）     |  | 回 |
| ④抜歯手術                |  | 回 |
| ⑤有床義歯の新製             |  | 回 |
| ⑥有床義歯修理              |  | 回 |
| ⑦有床義歯内面適合法           |  | 回 |
| ⑧ ⑤、⑥及び⑦の合計（⑧＝⑤＋⑥＋⑦） |  | 回 |

※1 回数は延べ算定回数を記載すること。

※2 ③、④が20回以上であること。

※3 ⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※4 ⑧が40回以上であること。

## 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準に係る届出書添付書類

## 1. 届出医療機関の体制について

|                                                                  |                                                                             |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| (1) 届出区分<br>(該当するいずれか1つを○で囲むこと)                                  | 1. 在宅療養支援診療所<br>2. 在宅療養支援診療所以外の診療所<br>3. 在宅療養支援病院<br>4. 医療法の許可病床数が200床未満の病院 |
| (2) 届出医療機関はへき地診療所か<br>(該当するいずれか1つを○で囲むこと)                        | 該当 ・ 非該当                                                                    |
| ((2)で「非該当」を選択した場合)                                               |                                                                             |
| 在宅医療を担当する常勤医師の氏名                                                 |                                                                             |
| ((2)で「該当」を選択した場合)                                                |                                                                             |
| ① 連携するへき地医療拠点病院 又は 医療提供機能連携確保加算を算定する別の保険医療機関の名称                  |                                                                             |
| ② 届出医療機関及び①の医療機関で勤務する、在宅医療を担当する医師の氏名                             |                                                                             |
| (3) 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者<br>(介護支援専門員(ケアマネジャー)、社会福祉士等)の氏名 |                                                                             |

## [記載上の留意事項]

- (1)で「1. 在宅療養支援診療所」に○を付けた場合には様式11の提出が、「3. 在宅療養支援病院」に○を付けた場合には様式11の2の提出が必要であること。
- (2)の「へき地診療所」とは、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定するへき地診療所を指す。
- ①には、緊急時の連絡体制及び24時間診療体制の確保に当たって連携している保険医療機関名を記入すること。

## 2. 届出医療機関の実績等について

|                                                                                                                                                      |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| (1) 直近3月間の訪問診療の実施回数等について                                                                                                                             |          |
| ① 届出医療機関の訪問診療の実施回数                                                                                                                                   | 回        |
| ② 特別な関係の医療機関の訪問診療の実施回数<br>(令和6年3月31日以降に開設されたものに限る。)<br>※特別な関係の医療機関が複数ある場合はその合算を記載すること。                                                               | 回        |
| ③ 訪問診療の合計実施回数【①+②】                                                                                                                                   | 回        |
| ④ ③が2,100回以上か【③≥2,100】                                                                                                                               | 該当 ・ 非該当 |
| (2) 直近3か月間における往診又は訪問診療の状況について<br>(在宅時医学総合管理料の注16(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。))に規定する基準)<br><u>該当するいずれか1つを○で囲むこと。</u> (基準を満たさないため届出 ・ 基準を満たし取り下げ) |          |
| ① 在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数                                                                                                                       | 月        |
| ② ①が30月以上か【①≥30】                                                                                                                                     | 該当 ・ 非該当 |
| ③ ②に「該当」する場合、                                                                                                                                        |          |
| (a) 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「別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合」の算定回数                                                                          | 回        |
| (b) 在宅患者訪問診療料を月2回以上算定し、包括的支援加算を算定する患者の延べ訪問診療月数                                                                                                       | 月        |
| (c) 在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数                                                                                                                      | 月        |
| (d) 届出医療機関において、4か月前から1年前までの間に3月以上連続して訪問診療を行った後、届出医療機関の外来を直近3か月のうち1月以上を含む連続した3月受診した患者数がある場合、当該患者数に3月を乗じた月数                                            | 月        |
| (e) 重症患者等の割合 $\frac{[(a)+(b)+(c)]}{[(1)+(c)-(d)]} \times 100$                                                                                        | %        |
| (f) (e)が20%以上か【(e)≥20】                                                                                                                               | 該当 ・ 非該当 |

## [記載上の留意事項]

- (1)及び(2)については、毎年2月、5月、8月及び11月に確認すること。
- (1)の②について、特別な関係の医療機関が複数ある場合はその合算を記載すること。
- (1)の④に該当する場合は、併せて様式19の2を用いて実績等の要件を確認し、在宅時医学総合管理料の注14(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。))に規定する基準に該当しない場合は同月中に速やかに届出を行うこと。
- (2)の③の(f)が「非該当」である場合は、在宅時医学総合管理料の注16(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。))に規定する基準を満たさない場合であること。

通院・在宅精神療法の注13に規定する施設基準に係る届出書添付書類

※該当する事項の□に✓を記入すること。

|                          |                                                                                                                             |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている。                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている。                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> | 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている。                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | 精神病床を有する特定機能病院である。                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> | 急性期病院精神科棟入院基本料を届け出ている病院である。                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | <u>急性期病院A一般入院料又は急性期病院B一般入院料を届け出ている病院であつて、かつ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・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ている病院である。</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>障害者施設等入院基本料を届け出ている病院である。</u>                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | <u>通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算又は児童思春期支援指導加算を届け出ている保険医療機関である。</u>                                                               |
| <input type="checkbox"/> | 以下を全て満たす医師により行われている。                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> | (1)令和8年5月31日時点において、精神医療に20年以上従事している。                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> | (2)過去1年間に医療観察法対象者を診察している又は精神科医療に関する行政機関の業務(保健所又は児童相談所の嘱託医、障害支援区分の市町村の審査会委員、その他精神保健医療に関し行政機関に雇用、委託又は委嘱されて実施する業務)を行っている。      |
|                          | (1)及び(2)を満たす医師の氏名                                                                                                           |
|                          | 1人目                                                                                                                         |
|                          | 2人目                                                                                                                         |
|                          | 3人目                                                                                                                         |
|                          | 4人目                                                                                                                         |
|                          | 5人目                                                                                                                         |
|                          | 6人目                                                                                                                         |
|                          | 7人目                                                                                                                         |

※記載欄が足りない場合には適宜行を追加すること。

## 様式 48 の 2

処置  
手術

の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の施設基準に係る届出書添付書類

※処置・手術のうち、該当する届出事項を○で囲むこと。  
(両方とも届け出る場合には、両方を○で囲むこと)

|   |                                                                                                                 |           |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | 算定を行う診療科数                                                                                                       |           |
| 2 | 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。<br><div style="text-align: right;">(該当する・該当しない)</div>             |           |
| 3 | 急性期医療に関する事項 (該当する項目に○をつけること)                                                                                    |           |
|   | ①三次救急医療機関                                                                                                       |           |
|   | ②総合周産期母子医療センターを有する医療機関                                                                                          |           |
|   | ③小児救急医療拠点病院                                                                                                     |           |
|   | ④災害拠点病院                                                                                                         |           |
|   | ⑤へき地医療拠点病院                                                                                                      |           |
|   | ⑥地域医療支援病院                                                                                                       |           |
|   | ⑦基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関                                                                            |           |
|   | ⑧年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院                                                                                   | 年間      名 |
|   | ⑨年間の全身麻酔による手術件数が 800 件以上の実績を有する病院                                                                               | 年間      件 |
| 4 | 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外の医療従事者が実施する体制<br><div style="text-align: right;">(有 ・ 無 )</div>             |           |
| 5 | 届出を行う全ての診療科において予定手術前日において医師が当直等を実施した日数が各医師について年間 4 日以内である<br><div style="text-align: right;">(該当する・該当しない)</div> |           |
| 6 | 届出を行う全ての診療科において 2 日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った回数が各医師について年間 4 回以内である<br><div style="text-align: right;">(該当する・該当しない)</div> |           |
| 7 | 届出を行う全ての診療科において医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等の支給を行っている<br><div style="text-align: right;">(該当する・該当しない)</div>       |           |

(年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数、予定手術前日において医師が当直等を実施した日数の算出期間：      年      月      日～      年      月      日)

## [記載上の注意]

- 1 「1」について、算定を行う診療科の詳細を様式 48 の 2 の 2 により提出すること。
- 2 「2」については、様式 13 の 4「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。

と。ただし、加算の変更の届出にあたり、直近 1年以内~~8月~~に届け出た内容と変更がない場合は、様式 13 の 4 の添付を略することができる。

- 3 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近 1 年間の実績を記載すること。
- 4 「3」の①～⑥に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことのある資料を添付すること。
- 5 「4」について、静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者の氏名について、別添 2 の様式 4 を添付すること。
- 6 「5」について、チーム制を実施している診療科で実施した夜勤時間帯の手術のために呼び出した医師が翌日の予定手術に参加している場合は、全て算入していること。
- 7 「7」について、実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを添付すること。

様式50の66の2

人工関節置換術（人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）に限る。）  
に関する施設基準に係る届出書添付書類

|                                                         |                   |
|---------------------------------------------------------|-------------------|
| 1 標榜診療科                                                 |                   |
| 整形外科<br>(該当するいずれか1つを○で囲むこと)                             | 1 : 有<br>2 : 無    |
| 2 整形外科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤医師の氏名等<br>(1名以上)          |                   |
| 常勤医師 1                                                  |                   |
| 氏名                                                      |                   |
| 勤務時間                                                    | 時間                |
| 整形外科の経験年数                                               | 年                 |
| —当該手術の経験症例数                                             | 例—                |
| 常勤医師 2                                                  |                   |
| 氏名                                                      |                   |
| 勤務時間                                                    | 時間                |
| 整形外科の経験年数                                               | 年                 |
| —当該手術の経験症例数                                             | 例—                |
| 常勤医師 3                                                  |                   |
| —氏名                                                     |                   |
| —勤務時間                                                   | 時間—               |
| —整形外科の経験年数                                              | 年—                |
| —当該手術の経験症例数                                             | 例—                |
| 常勤医師 4                                                  |                   |
| —氏名                                                     |                   |
| —勤務時間                                                   | 時間—               |
| —整形外科の経験年数                                              | 年—                |
| —当該手術の経験症例数                                             | 例—                |
| 常勤医師 5                                                  |                   |
| —氏名                                                     |                   |
| —勤務時間                                                   | 時間—               |
| —整形外科の経験年数                                              | 年—                |
| —当該手術の経験症例数                                             | 例—                |
| 3 人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）を術者として 10 例以上実施した経験を有する医師の氏名等（1名以上） |                   |
| 医師 1                                                    |                   |
| 氏名                                                      |                   |
| 勤務形態                                                    | 1 : 常勤<br>2 : 非常勤 |
| —当該手術の経験症例数                                             | 例—                |
| 医師 2                                                    |                   |
| 氏名                                                      |                   |
| 勤務形態                                                    | 1 : 常勤            |

|  |                   |              |
|--|-------------------|--------------|
|  |                   | <u>2：非常勤</u> |
|  | <u>当該手術の経験症例数</u> | <u>例</u>     |

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の常勤医師の勤務時間は、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 2 「~~2~~3」の当該手術の経験症例数は、術者として実施した症例数を記載すること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）  
（麻酔に従事する医師が専従で実施する場合及び麻酔に従事する医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |       |               |       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|---------------|-------|--|
| 1 届出する項目（該当する届出事項いずれか1つを○で囲むこと）                                                                                                                                                                                                                 | 1：麻酔に従事する医師が専従で実施する場合<br>2：麻酔に従事する医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合 |       |               |       |  |
| 2 当該医療機関における施設基準の届出状況（該当するいずれか1つを○で囲むこと）                                                                                                                                                                                                        |                                                       |       |               |       |  |
| <table border="1"> <tr> <td data-bbox="169 528 887 582">麻酔管理料（Ⅰ）の施設基準</td> <td data-bbox="887 528 1463 582">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td data-bbox="169 582 887 636">麻酔管理料（Ⅱ）の施設基準</td> <td data-bbox="887 582 1463 636">有 ・ 無</td> </tr> </table> | 麻酔管理料（Ⅰ）の施設基準                                         | 有 ・ 無 | 麻酔管理料（Ⅱ）の施設基準 | 有 ・ 無 |  |
| 麻酔管理料（Ⅰ）の施設基準                                                                                                                                                                                                                                   | 有 ・ 無                                                 |       |               |       |  |
| 麻酔管理料（Ⅱ）の施設基準                                                                                                                                                                                                                                   | 有 ・ 無                                                 |       |               |       |  |
| 3 緊急時又は蘇生時に対応する体制として、夜間及び休日を含む連絡体制並びに機器及び機材の設置に係る手順書を事前に作成している。（該当するいずれか1つを○で囲むこと）                                                                                                                                                              | 有 ・ 無                                                 |       |               |       |  |

〔記載上の注意〕

~~1~~ — 「3」は、当該保険医療機関で作成した手順書の写しを添付すること。

~~2~~ — 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）の施設基準に係る届出書添付書類

1. 麻酔に従事する歯科医師が専従で実施する場合及び麻酔に従事する歯科医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合

|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| 歯科麻酔管理料の届出<br>(該当するいずれか1つを○で囲むこと) | 1 : 有 |
|                                   | 2 : 無 |

2. 1. 以外の場合

全身麻酔を50症例以上の経験を有する常勤の歯科医師の氏名等

|            |    |  |
|------------|----|--|
| 歯科医師 1     |    |  |
| 常勤歯科医師の氏名  |    |  |
| 勤務時間       | 時間 |  |
| 全身麻酔の経験症例数 | 例  |  |
| 歯科医師 2     |    |  |
| 常勤歯科医師の氏名  |    |  |
| 勤務時間       | 時間 |  |
| 全身麻酔の経験症例数 | 例  |  |
| 歯科医師 3     |    |  |
| 常勤歯科医師の氏名  |    |  |
| 勤務時間       | 時間 |  |
| 全身麻酔の経験症例数 | 例  |  |

緊急時に連携する保険医療機関（無床歯科診療所に限る）

|            |  |
|------------|--|
| 連携保険医療機関 1 |  |
| ①名称        |  |
| ②所在地       |  |
| ③担当歯科医氏名   |  |
| ④調整担当者氏名   |  |
| ⑤緊急連絡先     |  |

〔記載上の注意〕

- 勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式 52又はこれに準じた様式（経験症例数が分かるもの）により添付すること。
- 担当医氏名について、連携保険医療機関において担当する者が歯科医師の場合は、担当歯科医氏名を記載すること。

## 調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

|                                           |                                                                               |                                                                              |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1 当該保険薬局における調剤基本料の区分（「参考」を踏まえ、いずれかに○を付ける） | ( )                                                                           | 調剤基本料 1                                                                      |
|                                           | ( )                                                                           | 調剤基本料 2                                                                      |
|                                           | ( )                                                                           | 調剤基本料 3 - イ                                                                  |
|                                           | ( )                                                                           | 調剤基本料 3 - ロ                                                                  |
|                                           | ( )                                                                           | 調剤基本料 3 - ハ                                                                  |
|                                           | ( )                                                                           | 特別調剤基本料 A                                                                    |
| 2 保険薬局指定日                                 | 指定年月日                                                                         | 令和 年 月 日                                                                     |
|                                           | 指定期開始                                                                         | 令和 年 月 日                                                                     |
| 3 届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）                |                                                                               |                                                                              |
| □                                         | 新規指定に伴う届出（遡及指定が認められない場合）                                                      |                                                                              |
| □                                         | 新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）                                                       |                                                                              |
| □                                         | 調剤基本料の区分変更に伴う届出                                                               |                                                                              |
| □                                         | その他（ ）                                                                        |                                                                              |
| 4 調剤基本料の注 1 ただし書への該当の有無                   | <input type="checkbox"/> 該当（様式 87 の 2 に記入）<br><input type="checkbox"/> 非該当    |                                                                              |
| 5 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係（特別調剤基本料 A への該当性） |                                                                               |                                                                              |
| (1)                                       | ア 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無                                                   | <input type="checkbox"/> なし→（2）へ<br><input type="checkbox"/> あり→別紙 1 を添付すること |
|                                           | イ 特別な関係のある医療機関の処方箋集中率の合計<br>※別紙 1 の⑪A の数字を記載すること                              | %                                                                            |
|                                           | ウ 経過措置の該当性<br>I ～Ⅳのいずれかに該当する場合は「該当」に☑すること                                     | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                     |
|                                           | I 平成 28 年 9 月 30 日以前から、病院である保険医療機関と特別な関係にあった場合                                | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                     |
|                                           | II 平成 30 年 3 月 31 日以前から、診療所である保険医療機関と特別な関係にあった場合                              | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                     |
|                                           | III 平成 30 年 3 月 31 日以前に当該保険薬局の開局に係る手続きが相当程度進捗していた場合                           | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                     |
|                                           | IV 令和 8 年 3 月 4 日以前に当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合<br>（①と②において両方「該当」に☑している場合に限る） | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                     |
|                                           | ①令和 8 年 3 月 5 日以降も当該診療所が所在し続けている場合                                            | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                     |
|                                           | ②令和 8 年 3 月 5 日以降も新たに他の保険医療機関と特別な関係を有しない場合                                    | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                     |
|                                           | (2)                                                                           | 保険薬局の敷地内のオンライン診療受診施設の有無                                                      |
|                                           | オンライン診療受診施設が、医療計画におけるへき地に所在する保険薬局に設置されている                                     | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                     |
| (3)                                       | 特別調剤基本料 A の該当性（ア、イいずれも非該当→「6」へ）                                               |                                                                              |
|                                           | ア 次のすべてに該当する場合に該当に☑すること<br>・ 4 について「非該当」に☑をしている場合                             | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                     |

|  |                                                                                                                                                    |          |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 5 (1) アについて「あり」に☑をしている場合</li> <li>・ 5 (1) イについて 50%超である場合</li> <li>・ 5 (1) ウについて「非該当」に☑をしている場合</li> </ul> |          |
|  | イ 5 (2)について「あり」に☑している場合であって、へき地に所在する薬局でないこと                                                                                                        | ☐該当 ☐非該当 |

6 処方箋の受付回数及び集中度等※同一の敷地又は建物にある複数の保険医療機関は1の保険医療機関と扱う

期間： 年 月 ～ 年 月 ( か月間①)

|                   |     |                   |      |                   |       |
|-------------------|-----|-------------------|------|-------------------|-------|
| 処方箋集中度第一位の保険医療機関名 | i : | 処方箋集中度第二位の保険医療機関名 | ii : | 処方箋集中度第三位の保険医療機関名 | iii : |
|-------------------|-----|-------------------|------|-------------------|-------|

(1) 処方箋受付回数等

ア 処方箋受付回数の計算

|                                                |       |            |        |             |         |
|------------------------------------------------|-------|------------|--------|-------------|---------|
| 当該保険薬局で受け付けた全ての処方箋の受付回数                        |       |            |        | ② 回         |         |
| i からの受付回数                                      | ②-i 回 | ii からの受付回数 | ②-ii 回 | iii からの受付回数 | ②-iii 回 |
| 時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算の対象となった患者の全ての処方箋の受付回数 |       |            |        | ③ 回         |         |
| i からの受付回数                                      | ③-i 回 | ii からの受付回数 | ③-ii 回 | iii からの受付回数 | ③-iii 回 |
| 一月の処方箋の受付回数 = (②-③) / ①                        |       |            |        | ④ 回         |         |
| i からの受付回数                                      | ④-i 回 | ii からの受付回数 | ④-ii 回 | iii からの受付回数 | ④-iii 回 |

イ 処方箋集中度の計算

|                                                                                                                                                                                                                                                             |       |              |        |               |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|--------|---------------|---------|
| 情報通信機器を用いた服薬指導を受けた患者の全ての処方箋の受付回数                                                                                                                                                                                                                            |       |              |        | ⑤ 回           |         |
| i からの受付回数                                                                                                                                                                                                                                                   | ⑤-i 回 | ii からの受付回数   | ⑤-ii 回 | iii からの受付回数   | ⑤-iii 回 |
| 同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の全ての処方箋の受付回数                                                                                                                                                                                                                        |       |              |        | ⑥ 回           |         |
| i からの受付回数                                                                                                                                                                                                                                                   | ⑥-i 回 | ii からの受付回数   | ⑥-ii 回 | iii からの受付回数   | ⑥-iii 回 |
| 同一グループの保険薬局の勤務者の家族の全ての処方箋の受付回数                                                                                                                                                                                                                              |       |              |        | ⑦ 回           |         |
| i からの受付回数                                                                                                                                                                                                                                                   | ⑦-i 回 | ii からの受付回数   | ⑦-ii 回 | iii からの受付回数   | ⑦-iii 回 |
| 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症高齢者グループホームの入居者に係る全ての処方箋の受付回数                                                                                                                                                               |       |              |        | ⑧ 回           |         |
| i からの受付回数                                                                                                                                                                                                                                                   | ⑧-i 回 | ii からの受付回数   | ⑧-ii 回 | iii からの受付回数   | ⑧-iii 回 |
| 単一建物診療患者又は単一建物居住者が1人の場合の患者の処方箋の受付回数                                                                                                                                                                                                                         |       |              |        | ⑨ 回           |         |
| i からの受付回数                                                                                                                                                                                                                                                   | ⑨-i 回 | ii からの受付回数   | ⑨-ii 回 | iii からの受付回数   | ⑨-iii 回 |
| 処方箋集中度 ※計算は以下のとおり                                                                                                                                                                                                                                           |       |              |        |               |         |
| $\textcircled{10}n = \frac{\textcircled{2}n - (\textcircled{5}n + \textcircled{6}n + \textcircled{7}n + \textcircled{8}n - \textcircled{9}n)}{\textcircled{2} - (\textcircled{5} + \textcircled{6} + \textcircled{7} + \textcircled{8} - \textcircled{9})}$ |       |              |        |               |         |
| i からの処方箋集中度                                                                                                                                                                                                                                                 | ⑩-i % | ii からの処方箋集中度 | ⑩-ii % | iii からの処方箋集中度 | ⑩-iii % |

|                                                                                                                      |                                                |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| ウ                                                                                                                    | 処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋集中度の合計(⑩-i ~ iiiの合計) | % (⑪)                                                                                   |
| (2) 同一グループ内の処方箋受付回数等 (調剤基本料3への該当性)                                                                                   |                                                |                                                                                         |
| ア                                                                                                                    | 薬局グループへの所属の有無                                  | <input type="checkbox"/> 所属なし (個店) → (3) へ<br><input type="checkbox"/> 所属あり (薬局グループ名: ) |
| イ                                                                                                                    | ⑩-i が 85% 超                                    | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                                |
| ウ                                                                                                                    | 1月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計                       | 回                                                                                       |
| エ 調剤基本料3イ~ハの該当性 (いずれかの区分の該当に☑すること)                                                                                   |                                                |                                                                                         |
| 調剤基本料3イ (以下のいずれかに該当があれば該当に☑すること)                                                                                     |                                                | <input type="checkbox"/> 該当                                                             |
| 次のすべてに該当する場合に該当に☑すること<br>・アについて「所属している」に☑をしている場合<br>・イについて「該当」に☑をしている場合<br>・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合                    |                                                | <input type="checkbox"/> 該当                                                             |
| 次のすべてに該当する場合に該当に☑すること<br>・アについて「所属している」に☑をしている場合<br>・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合<br>・「5」の(1)ウについて「該当」に☑している場合              |                                                | <input type="checkbox"/> 該当                                                             |
| 調剤基本料3ロ                                                                                                              |                                                |                                                                                         |
| 次のすべてに該当する場合に該当に☑すること<br>・アについて「所属している」に☑をしている場合<br>・イについて「該当」に☑をしている場合<br>・ウが 40 万回以上の場合                            |                                                | <input type="checkbox"/> 該当                                                             |
| 次のすべてに該当する場合に該当に☑すること<br>・アについて「所属している」に☑をしている場合<br>・ウが 40 万回以上の場合<br>・「5」の(1)ウについて「該当」に☑している場合                      |                                                | <input type="checkbox"/> 該当                                                             |
| 調剤基本料3ハ                                                                                                              |                                                |                                                                                         |
| 次のすべてに該当する場合に該当に☑すること<br>・アについて「所属している」に☑をしている場合<br>・イについて「非該当」に☑している場合<br>・ウが 40 万回以上の場合<br>・④が 4000 回以下又は⑪が 70% 以下 |                                                | <input type="checkbox"/> 該当                                                             |
| (3) 処方箋の集中状況等 (調剤基本料2の該当性)                                                                                           |                                                |                                                                                         |
| ア                                                                                                                    | ④が 4000 回超かつ⑪が 70% 超                           | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 → 「イ」へ                      |
| イ                                                                                                                    | ④が 1800 回超かつ⑩-i が 85% 超                        | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 → 「ウ」へ                      |
| ウ                                                                                                                    | I ~ Vのすべてに該当すること                               | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 → 「エ」へ                      |
|                                                                                                                      | I 当該保険薬局の指定日が令和8年6月1日以降である                     | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                                |
|                                                                                                                      | II 特別区又は政令指定都市に所在する                            | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                                |
|                                                                                                                      | III 当該保険薬局から 500m 以内に他の保険薬局がある                 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                                |
|                                                                                                                      | IV ④が 600 回超かつ 1800 回以下である                     | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                                |
|                                                                                                                      | V ⑩-i が 85% 超である                               | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                                |
| エ                                                                                                                    | ④-i が 4000 回超                                  | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 → 「オ」へ                      |
| オ                                                                                                                    | 以下の⑫と④-i を合計した処方箋受付回数が 4000 回超                 | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当 → 「(4)」へ                    |
|                                                                                                                      | ア 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数                 | 施設                                                                                      |

|     |                                                              |                             |                              |
|-----|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
|     | イ アの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計                           | ⑫                           | 回                            |
| (4) | 4、5(3)ア若しくはイ又は6(2)エ若しくは(3)アからオまでのいずれも該当しない(調剤基本料1の該当性)       | <input type="checkbox"/> 該当 |                              |
| 7   | 門前薬局等立地依存減算の該当性<br>( (1)に該当、かつ、(2)又は(3)に該当があれば該当に☑すること )     | <input type="checkbox"/> 該当 |                              |
| (1) | 当該保険薬局の指定日が令和8年6月1日以降である                                     | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |
| (2) | 門前薬局の該当性                                                     |                             |                              |
|     | ア 6(3)ウのⅡとⅢのいずれにも該当する                                        | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |
|     | イ ⑩-i が85%超である                                               | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |
|     | ウ 次の①から③までのいずれかに該当する                                         | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |
|     | ① 200床以上の保険医療機関から100m以内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険薬局が2以上ある | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |
|     | ② 周囲50m以内に他の保険薬局が2以上ある                                       | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |
|     | ③ 周囲50m以内にある他の保険薬局が②に該当する                                    | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |
| (3) | 医療モール等の該当性                                                   |                             |                              |
|     | ア ⑩-i が85%超である                                               | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |
|     | イ 保険医療機関と同一の敷地又は建物に所在する                                      | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 |

〔記載上の注意〕

- 「2」については、地方厚生局ホームページに掲載されている「コード内容別医療機関一覧表」を確認の上記載する。
- 「3」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料1等から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 「3」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。
- 「3」については、令和8年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和8年度改定に伴う届出」と記載する。
- 「4」については、調剤基本料の注1ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「該当」に☑を記入し、様式87の2を添付する。
- 「6」については、処方箋集中率第1位の保険医療機関が同一敷地内又は同一建物内に所在する場合は「医療モール」と記載し、別紙2に各保険医療機関名等を記載する。
- 「6」②については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める。
- 「6(2)ア」については、グループ内で統一したグループ名を記載する。
- 「6(2)ウ」については、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年4月末時点でグループに属している保険薬局の④の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載する。

[illegible]

## 医療モール等の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                                                                       | 医療モ<br>ール全体 | 処方箋集<br>中率 1 位 | 処方箋集<br>中率 2 位 | 処方箋集<br>中率 3 位 | 処方箋集<br>中率 4 位 | 処方箋集<br>中率 5 位 | 処方箋集<br>中率 6 位 | 処方箋集<br>中率 7 位 | 処方箋集<br>中率 8 位 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 保険医療機関又は敷地若しくは建物の名称                                                                                                                   |             |                |                |                |                |                |                |                |                |
| ア 処方箋受付回数の計算                                                                                                                          |             |                |                |                |                |                |                |                |                |
| 処方箋受付回数 (②)                                                                                                                           | 回           | i 回            | ii 回           | iii 回          | iv 回           | v 回            | vi 回           | vii 回          | viii 回         |
| 時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋受付回数 (③)                                                                                             | 回           | i 回            | ii 回           | iii 回          | iv 回           | v 回            | vi 回           | vii 回          | viii 回         |
| 一月の処方箋の受付回数 (④) = (②－③) / ①                                                                                                           | 回           | i 回            | ii 回           | iii 回          | iv 回           | v 回            | vi 回           | vii 回          | viii 回         |
| イ 処方箋集中度                                                                                                                              |             |                |                |                |                |                |                |                |                |
| 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋受付回数 (⑤)                                                                                                      | 回           | i 回            | ii 回           | iii 回          | iv 回           | v 回            | vi 回           | vii 回          | viii 回         |
| 同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の処方箋受付回数 (⑥)                                                                                                  | 回           | i 回            | ii 回           | iii 回          | iv 回           | v 回            | vi 回           | vii 回          | viii 回         |
| 同一グループの保険薬局の勤務者の家族の処方箋受付回数 (⑦)                                                                                                        | 回           | i 回            | ii 回           | iii 回          | iv 回           | v 回            | vi 回           | vii 回          | viii 回         |
| 介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは介護医療院、高齢者の居住の安定確保に関する法律で定めるサービス付き高齢者向け住宅又は老人福祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム若しくは認知症高齢者グループホームに入居する患者に係る処方箋受付回数 (⑧) | 回           | i 回            | ii 回           | iii 回          | iv 回           | v 回            | vi 回           | vii 回          | viii 回         |
| 単一建物診療患者又は単一建物居住者が 1 人の場合の処方箋受付回数 (⑨)                                                                                                 | 回           | i 回            | ii 回           | iii 回          | iv 回           | v 回            | vi 回           | vii 回          | viii 回         |
| 処方箋集中度⑩<br>※⑩N = $\frac{②N - (⑤N + ⑥N + ⑦N + ⑧N - ⑨N)}{② - (⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧ - ⑨)}$                                                      |             | %              | %              | %              | %              | %              | %              | %              | %              |

欄が不足する場合には複写し作成すること

バイオ後続品調剤体制加算に係る届出添付文書

|                                                                                                                   |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| (1) バイオ後続品を適切に保管し、調剤する体制が整備されていること                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| (2) 当該保険薬局において調剤したバイオ医薬品（バイオ後続品のあるものに限る。）の規格単位数量及び当該バイオ後続品の規格単位数量を合算した数量に占める当該バイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上となるバイオ医薬品の成分数 |                          |
| (3) 当該保険薬局において調剤したバイオ医薬品の成分数                                                                                      |                          |
| (4) バイオ後続品の調剤を積極的に行っている旨を掲示していること                                                                                 | <input type="checkbox"/> |

| バイオ医薬品成分名          | ①バイオ後続品調剤数量 | ②バイオ先行品調剤数量 | ③バイオ後続品調剤割合<br>→①/ (①+②) | ④80%以上調剤割合成分<br>※③が80%以上の場合 <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------|-------------|-------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| アダリムマブ（遺伝子組換え）     |             |             |                          | <input type="checkbox"/>                                        |
| インスリンアスパルト（遺伝子組換え） |             |             |                          | <input type="checkbox"/>                                        |
| インスリングルゲリン（遺伝子組換え） |             |             |                          | <input type="checkbox"/>                                        |
| インスリンリスプロ（遺伝子組換え）  |             |             |                          | <input type="checkbox"/>                                        |
| エタネルセプト（遺伝子組換え）    |             |             |                          | <input type="checkbox"/>                                        |
| ソマトロピン（遺伝子組換え）     |             |             |                          | <input type="checkbox"/>                                        |
| テリパラチド（遺伝子組換え）     |             |             |                          | <input type="checkbox"/>                                        |
| フィルグラスチム（遺伝子組換え）   |             |             |                          | <input type="checkbox"/>                                        |

〔記載上の注意〕  
(2)及び(3)のバイオ医薬品の成分については、当該保険薬局において調剤実績のある成分のみ計算に含める。  
①及び②については、当該保険薬局の実態を適切に反映した任意の月数又は期間における実績を記入すること。

(別添 4)

特定診療報酬算定医療機器の定義等について  
(令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号)

I 医科点数表関係  
検 査

(別表 1)

| 特定診療報酬算定医療機器<br>の区分 | 定 義                                              |                                                                                                                                                                                                                   |               | 対応する診療報酬項目                                                    |
|---------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------|
|                     | 種 別                                              | 薬事承認上の位置付け<br>一般的名称                                                                                                                                                                                               | その他の条件        |                                                               |
| モニタ                 | 機械器具 (21) 内臓機能検査用<br>器具<br><u>機械器具 (6) 呼吸補助器</u> | 熱希釈心拍出量計<br>パルスオキシ・カブノメータ                                                                                                                                                                                         | 生体現象の監視が可能なもの | D 220 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、<br>カルジオスコープ (ハートスコープ)、<br>カルジオタコスコープ |
|                     |                                                  | 経皮血中ガス分析装置・パルス<br>オキシメータ組合せ生体現<br>象監視用機器                                                                                                                                                                          |               | D 222 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続<br>測定                                |
|                     |                                                  | カブノメータ                                                                                                                                                                                                            |               | D 223 経皮的動脈血酸素飽和度測定                                           |
|                     |                                                  | 汎用人工呼吸器                                                                                                                                                                                                           |               | D 224 終末呼気炭酸ガス濃度測定                                            |
|                     |                                                  | テレメトリー式心電計                                                                                                                                                                                                        |               | D 225 観血的動脈圧測定                                                |
|                     |                                                  | テレメトリー式生体信号測定<br>装置                                                                                                                                                                                               |               | D 225-2 非観血的連続血圧測定                                            |
|                     |                                                  | 多項目モニタ                                                                                                                                                                                                            |               | D 226 中心静脈圧測定                                                 |
|                     |                                                  | 重要パラメータ付き多項目モ<br>心電図モニタ<br>新生児モニタ<br>胎児聴覚誘発反応刺激装置<br>心電モジュール                                                                                                                                                      |               | D 230 観血的肺動脈圧測定                                               |
|                     |                                                  | 不整脈解析機能付心電モ<br>ジュール                                                                                                                                                                                               |               |                                                               |
|                     |                                                  | テレメトリー式心電受信機<br>テレメトリー式心電送信機<br>心電・呼吸モジュール<br>二酸化炭素モジュール<br>多機能モジュール<br>可搬型多項目モニタ<br>マルチガスモジュール<br>テレメトリー式心電受信モ<br>ジュール<br>テレメトリー式データ送信機<br>トコトランスデューサ<br>患者モニタシステム<br>セントラルモニタ<br>解析機能付きセントラルモニ<br>タ<br>マルチガスモニタ |               |                                                               |

特定保険医療材料の定義について  
(令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 4 号)

(別表)

V 歯科点数表の第 2 章第 12 部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

068 純チタン 2 種

定義

次のいずれにも該当すること。

- (1) 薬事承認又は承認上、類別が「歯科材料 (1) 歯科用金属」であって、一般的名称が「歯科鑄造用チタン合金」であること。
- (2) JIS H4650 第 2 種に適合するものであること。
- ~~(3) 前歯のレジン前装金属冠又は大臼歯の全部金属冠による歯冠修復に用いるものであること。~~

(別添 6)

「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 8 年 3 月 27 日保医発 0327 第 2 号)

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

### 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 3 診療報酬明細書の記載要領(様式第 3)

##### 2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

##### (28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ネ 「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。

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歯冠補綴物修理は、点数及び回数を記載する。

##### (29) 歯科矯正について

全体の「その他」欄に記載する。(項番 178~188)

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后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 158184)

### Ⅳ 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

#### 第 2 調剤報酬明細書の記載要領(様式第 5)

## 2 調剤報酬明細書に関する事項

### (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又は別表Ⅳ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又は別表Ⅳ（令和8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8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Ⅴ「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。

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<br>名称等  | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                   | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>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)<br>「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節通則2のA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)<br>1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。                                                                                                                                                                                           | 830100923            | 1つ目の診療科(初診料);*****                                                               |             | ※                  |
|    |             |              |                                                                                                                                                                                                                                                           | 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)<br>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)                                             |             |                    |
| 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)<br>「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節通則2のA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<br>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)                                                         | ○           |                    |
|    |             |              | (健診等に関する疾病に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、保険診療を行う場合)<br>当該保険診療よりも前に、健診等を別の受診において実施したことを記載すること。                                                                                                                                                             | 820101331            | 健診等の実施とは別の受診において保険診療を実施した(再診料)                                                   |             | ※                  |
|    |             |              | (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)<br>1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。                                                                                                                                                                                                 | 830100964            | 1つ目の診療科(再診料);*****                                                               |             | ※                  |
|    |             |              |                                                                                                                                                                                                                                                           | 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)<br>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)<br>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<br>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)<br>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        | (当該病院において過去1年間に12回以上外来診療料(「注1」から「注4」までに限る。))を算定した患者であって、過去1年間に、紹介を行った医療機関との連携により、「B005－11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定していない場合)<br>「緊急その他やむを得ない事情がある患者」又は「専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者」のいずれか該当するものを選択して記載すること。 | 820101332            | イ 緊急その他やむを得ない事情がある患者(外来診療料)                                                      |             | ※                  |
|    |             |              |                                                                                                                                                                                                                                                           | 820101333            | ウ 専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者(外来診療料) |             | ※                  |
|    |             |              |                                                                                                                                                                                                                                                           | 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                                                  |             |                    |
|    |             |              | (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)<br>「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節通則2のA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。                                                                                                                        | 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                                                  |             |                    |
|    |             |              |                                                                                                                                                                                                                                                           | 820101334            | 健診等の実施とは別の受診において保険診療を実施した(外来診療料)                                                 |             | ※                  |
|    |             |              | (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)<br>1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。                                                                                                                                                                                                 | 830100998            | 1つ目の診療科(外来診療料);*****                                                             |             | ※                  |
|    |             |              |                                                                                                                                                                                                                                                           | 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)<br>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)<br>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)                                           |             |                    |

| 項番 | 区分          | 診療行為<br>名称等                               | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                  | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|-------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 5  | A002<br>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)<br>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)<br>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)<br>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。<br>(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)<br>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)<br>[記載例2]<br>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                                 | (必要があつて患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合)<br>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つて、療養病棟入院基本料の入院料27を算定した場合)<br>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施設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)<br>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)                                                     |             |                    |
| 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);*****                                           |             |                    |
|    |             |                                           | (入院元が急性期医療を担う病院である場合)<br>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)<br>[記載例1]<br>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。<br>(転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。 | 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)<br>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)<br>[記載例1]<br>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。<br>(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)<br>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)<br>[記載例2]<br>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。<br>(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。<br>(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)<br>「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)                                                 | ○           |                    |
|    |             |                                           | (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)<br>「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。                                                                                                         | 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)                                       | ○           |                    |
| 12 | A109        | 有床診療所療養病床入院基本料                            | (必要があつて患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合)<br>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つて、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)<br>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)<br>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)<br>[記載例1]<br>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。<br>(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)<br>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)<br>[記載例2]<br>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)<br>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)<br>[記載例1]<br>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。<br>(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)<br>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)<br>[記載例2]<br>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        | 急性期総合体制加算                                 | (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)<br>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(急性期総合体制加算);(元号)yy年mm月dd日                             |             |                    |

| 項番 | 区分     | 診療行為<br>名称等 | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|--------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 18 | A205の1 | 救急医療管理加算1   | (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)<br>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)           |             |                    |
|    |        |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 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):***** |             |                    |
|    |        |             | 以下の内容について、記載すること。<br>ア 「基本診療科の施設基準等」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<br>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。)<br>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<br>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NYHAⅠ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 | 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)                         |             |                    |
|    |        |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 10 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は(一)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042)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)<br>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             |             |                    |
| 19 | A205の2 | 救急医療管理加算2   | (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)<br>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):*****                    |             |                    |
|    |        |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 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                        |             |                    |

| 項番 | 区分     | 診療行為<br>名称等 | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|--------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 19 | A205の2 | 救急医療管理加算2   | <p>以下の内容について、記載すること。</p> <p>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</p> <p>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。)</p> <p>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</p> <p>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NYHAⅠ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</p> | 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)                                                                   |             |                    |
|    |        |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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)JDS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1-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)<br>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                                            |             |                    |
|    |        |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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(病原体がレトロウイルス属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)                                                    |             |                    |

| 項番 | 区分     | 診療行為<br>名称等                          | 記 載 事 項                                                         | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|--------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 20 | A209   | 特定感染症入院医療<br>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<br>いて、記載すること。 | 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 カルバペナム耐性腸内細菌目細菌感染症(特定感染症入院医療管理<br>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<br>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<br>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)                                                  |             |                    |
|    |        |                                      |                                                                 | 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<br>管理加算)                                |             |                    |
|    |        |                                      |                                                                 | 820101335            | マ クロストリジオイデス・ディフィシル感染症(特定感染症入院医療管理<br>加算)                                |             | ※                  |
|    |        |                                      |                                                                 | 820101336            | ミ 基質特異性拉張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症(特定<br>感染症入院医療管理加算)                         |             | ※                  |
|    |        |                                      | (7日を超えて算定する場合)<br>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<br>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<br>療加算・準超重症児<br>(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"<br>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<br>"dd"日                           |             |                    |
| 22 | A220-2 | 特定感染症患者療養<br>環境特別加算の個室<br>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<br>染症患者療養環境特別加算))                    |             |                    |
|    |        |                                      |                                                                 | 820101089            | ウ エムボックス(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<br>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 ニバウイルス感染症(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<br>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<br>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<br>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<br>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 カルバペナム耐性腸内細菌目細菌感染症(個室加算(特定感染症患<br>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<br>(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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>特別加算))                              |             |                    |
|    |        |                                      |                                                                 | 820101111            | ノ 無菌性髄膜炎(病原体がバルボウイルスB19 によるものに限る。)(個<br>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<br>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<br>算))                                  |             |                    |

| 項番 | 区分     | 診療行為<br>名称等          | 記 載 事 項                                                                                                    | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|--------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|    |        |                      |                                                                                                            | 820101114            | フ 流行性下肺炎(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))                                                  |             |                    |
|    |        |                      |                                                                                                            | 820101337            | ミ クロストリジオイデス・デフィシル感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                   |             | ※                  |
|    |        |                      |                                                                                                            | 820101338            | ム 基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生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))                                           |             | ※                  |
| 23 | A220-2 | 特定感染症患者療養環境特別加算の除室加算 | 除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。                                                                            | 820101123            | ア 鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)(除室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                              |             |                    |
|    |        |                      |                                                                                                            | 820101124            | イ 麻しん(除室加算(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(除室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                          |             |                    |
|    |        |                      |                                                                                                            | 820101126            | エ 水痘(除室加算(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)(除室加算(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)(除室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                              |             |                    |
|    |        |                      |                                                                                                            | 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)(除室加算(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。))(除室加算(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。))(除室加算(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)(除室加算(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条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症(除室加算(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条第8項に規定する指定感染症(除室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                |             |                    |
| 24 | A220-3 | 特定薬剤治療環境特別加算         | 個室管理を必要とする薬剤について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。                                                                       | 830100924            | 個室管理を必要とする薬剤(特定薬剤治療環境特別加算);*****                                                               |             | ※                  |
| 25 | 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節A221-2小児療養環境特別加算の(1)のア又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                                                                       |             |                    |
| 26 | 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);*****                                                               |             |                    |
| 27 | 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)                                                           |             |                    |
| 28 | 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)                                                                                          | ○           |                    |
| 29 | 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)                                                                          |             |                    |

| 項番 | 区分     | 診療行為<br>名称等          | 記 載 事 項                                                                                           | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|--------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 30 | A230-4 | 精神科リエゾンチーム<br>加算     | 算定日を記載すること。                                                                                       | 算定日情報                | (算定日)                                             | ○           |                    |
|    |        |                      | 精神科リエゾンチームが介入する要因となった傷病名を記載すること。                                                                  | 820101339            | 認知症(精神科リエゾンチーム加算)                                 |             | ※                  |
|    |        |                      |                                                                                                   | 820101340            | せん妄(精神科リエゾンチーム加算)                                 |             | ※                  |
|    |        |                      |                                                                                                   | 820101341            | 認知症及びせん妄以外の精神疾患(精神科リエゾンチーム加算)                     |             | ※                  |
| 31 | A231-2 | 強度行動障害入院医療<br>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);*****                    |             |                    |
| 32 | A231-4 | 摂食障害入院医療管理<br>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);*****                    |             |                    |
| 33 | A233-2 | 栄養サポートチーム加<br>算      | 算定日を記載すること。                                                                                       | 算定日情報                | (算定日)                                             | ○           |                    |
| 34 | 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)<br>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        |             |                    |
| 35 | A234-4 | 重症患者初期支援充<br>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)<br>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     |             |                    |
| 36 | A236   | 褥瘡ハイレスク患者ケ<br>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)<br>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(褥瘡ハイレスク患者ケア加算);(元号)yy”年”mm”月”dd”日    |             |                    |
|    |        |                      |                                                                                                   | 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               |             |                    |
| 37 | 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)                                             | ○           |                    |
|    |        |                      |                                                                                                   |                      |                                                   |             |                    |
| 38 | A244   | 病棟薬剤業務実施加<br>算       | 算定日を記載すること。                                                                                       | 算定日情報                | (算定日)                                             | ○           |                    |
| 39 | A246-3 | 医療的ケア児(者)入<br>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 |             |                    |
| 40 | A247-2 | せん妄ハイレスク患者<br>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。           | 820100832            | せん妄のリスク因子:70 歳以上                                  |             |                    |
|    |        |                      |                                                                                                   | 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            | ハイレ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            | ハイレ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            | ハイレ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            | ハイレスク患者に対するせん妄対策:早期離床の取組                          |             |                    |
|    |        |                      |                                                                                                   | 820100839            | ハイレ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            | ハイレ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)             |             |                    |
|    |        |                      | ハイレ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                                                              | 820100841            | ハイレ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            | ハイレスク患者に対するせん妄対策:その他                              |             |                    |
| 41 | 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(クロロプロマジン換算の評価による場合はクロロ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(クロロプロマジン換算量(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(クロロプロマジン換算量(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)<br>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);*****             |             |                    |
| 42 | 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。                                                  | 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);*****             |             |                    |
| 42 | 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);*****                            |             |                    |

| 項番 | 区分     | 診療行為<br>名称等                                | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                  | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|--------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 43 | A253   | 協力対象施設入所者<br>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:*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                    |
| 44 | 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)<br>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”<br>年”mm”月”dd”日”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                    |
| 45 | A300注5 | 急性薬物中毒加算<br>1                              | 急性薬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<br>820101136<br>820101137<br>820101138<br>820101139<br>820101140<br>820101141<br>820101142<br>820101143<br>820101144<br>820101145<br>820101146<br>820101147<br>830100811                                                     | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算<br>1):バルビタール系薬物<br>急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算<br>1):プロムバルリル尿素<br>急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算<br>1):三環系・四環系抗うつ薬<br>急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算<br>1):アセトアミノフェン<br>急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算<br>1):サリチル酸<br>急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算<br>1):有機リン系農薬<br>急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算<br>1):カーバメート系農薬<br>急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算<br>1):グルホシネート<br>急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算<br>1):パラコート<br>急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算<br>1):メタンフェタミン<br>急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算<br>1):メタノール<br>急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算<br>1):青酸化合物<br>急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算<br>1):ヒ素化合物<br>急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算<br>1):その他:***** |             |                    |
| 46 | A302   | 新生児特定集中治療<br>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)<br>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。<br>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<br>820100028<br>820100029<br>820101040<br>820101041<br>820100474<br>820100475<br>820100476<br>820100477<br>820100478<br>820100479<br>820100480<br>820100481<br>820100482<br>820100483<br>820100484<br>820100485<br>820100486 | 出生時体重 1, 500g以上<br>出生時体重 1, 000g以上1, 500g未満<br>出生時体重 1, 000g未満<br>出生時体重 500g以上750g未満<br>出生時体重 500g未満<br>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<br>該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):イ 低体温<br>該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ウ 重症黄疸<br>該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):エ 未熟児<br>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<br>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<br>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。)<br>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<br>該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ケ ショック<br>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)<br>該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):サ 大手術後<br>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<br>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                                                                               |             |                    |
| 47 | A302-2 | 新生児特定集中治療<br>室重症児対応体制強化<br>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節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A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<br>820101149<br>820101150<br>820101151<br>820101152<br>820101153<br>820101154<br>820101155<br>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):ア 体外式膜型人工肺を実施している状態<br>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<br>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<br>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<br>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。)<br>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<br>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<br>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 手術後に人工呼吸器を使用している状態<br>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、感染管理など厳重な感染対策を行いつつ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。)                                                    |             |                    |
| 48 | A303の1 | 総合周産期特定集中<br>治療室管理料<br>1 母体・胎児集中治療<br>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節A303総合周産期特定集中治療室管理料の(2)のAからホまでのいずれに該当するか選択して記載すること。                                                                                                                                              | 820100487<br>820100488<br>820100489<br>820100490<br>820100491<br>820100492                                                                                                                                                             | 該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ア 合併症妊娠<br>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<br>該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ウ 多胎妊娠<br>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<br>該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):オ 切迫流産<br>該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):カ 胎児発達遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                    |

| 項番 | 区分     | 診療行為<br>名称等                             | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|--------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 49 | A303-2 | 総合周産期特定集中<br>治療室管理料<br>新生児集中治療室<br>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)<br>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。<br>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節A302新生児特定集中治療室管理料の(1)の7から5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            |             |                    |
| 50 | 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)<br>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。<br>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節A303-2新生児治療回復室入院医療管理料の、(2)の7から5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) |             |                    |
|    |        |                                         |                                                                                                                                                                                                                                        | 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        |             |                    |
| 51 | A304   | 地域包括医療病棟入院料                             | (入院中に患者の状態が変化し、当初の治療予定が変更になった場合)<br>治療を変更する理由となった患者の状態の変化について記載すること。                                                                                                                                                                   | 830100925            | 患者の状態の変化(地域包括医療病棟入院料):*****                       |             | ※                  |
|    |        |                                         | (入院中に患者の状態が変化し、当初の治療予定が変更になった場合)<br>治療を変更した後の予定される治療内容について記載すること。                                                                                                                                                                      | 830100926            | 変更後の治療予定(地域包括医療病棟入院料):*****                       |             | ※                  |
| 52 | A306   | 特殊疾患入院医療管理料                             | (必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合)<br>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):*****           |             |                    |
| 53 | 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こと。                                                                                                                                                                                      | 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)<br>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つて、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)<br>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節第3節A308回復期リハビリテーション病棟入院料の(13)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)<br>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):*****           |             |                    |
| 54 | A308-3 | 地域包括ケア病棟入院料                             | (必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合)<br>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):*****     |             |                    |
|    |        |                                         | (必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合)<br>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):*****           |             |                    |
|    |        |                                         | 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):*****                           |             |                    |
| 55 | 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。                                                                                                                                                                                                                            | 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):*****           |             |                    |
|    |        |                                         | (入院元が急性期医療を担う病院である場合)<br>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)<br>【記載例1】<br>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。<br>(転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。                               |                      |                                                   |             |                    |



| 項番 | 区分     | 診療行為<br>名称等                 | 記 載 事 項                                                                   | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|--------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 69 | A318   | 地域移行機能強化病<br>棟入院料の重症者加<br>算 | 算定した日を記載すること。                                                             | 算定日情報                | (算定日)                                                               | ○           |                    |
| 70 | A319   | 特定機能病院リハビリ<br>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<br>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<br>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<br>ン病棟入院料):*****                  |             |                    |
| 71 | A400の1 | 短期滞在手術等基本<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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・軀幹軟部腫瘍摘出術 7 手軟部腫瘍摘出術                                   |             |                    |
|    |        |                             |                                                                           | 820100995            | 対象手術(短手1):骨内異物(挿入物を含む。)-除去術 10 手根骨骨内異<br>物除去術                       |             |                    |
|    |        |                             |                                                                           | 820101343            | 対象手術(短手1):骨内異物(挿入物を含む。)-除去術 11 中手骨骨内異<br>物除去術                       |             | ※                  |
|    |        |                             |                                                                           | 820100529            | 対象手術(短手1):半月板切除術                                                    |             |                    |
|    |        |                             |                                                                           | 820100530            | 対象手術(短手1):半月板切除術(関節鏡下)                                              |             |                    |
|    |        |                             |                                                                           | 820100996            | 対象手術(短手1):ガングリオン摘出術 1 手部ガングリオン摘出術                                   |             |                    |
|    |        |                             |                                                                           | 820100531            | 対象手術(短手1):手根管開放手術                                                   |             |                    |
|    |        |                             |                                                                           | 820100532            | 対象手術(短手1):手根管開放手術(内視鏡下)                                             |             |                    |
|    |        |                             |                                                                           | 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<br>(角膜シクロファイア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<br>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<br>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<br>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 計画的後囊切開を伴う場合                                     |             |                    |
|    |        |                             |                                                                           | 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<br>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(透析シャ<br>ント閉塞又は高度狭窄の場合)              |             |                    |
|    |        |                             |                                                                           | 820101344            | 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(その他の<br>場合)                         |             | ※                  |
|    |        |                             |                                                                           | 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<br>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                                           |             |                    |
|    |        |                             |                                                                           | 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<br>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<br>メートル未満                       |             |                    |
|    |        |                             |                                                                           | 820101011            | 対象手術(短手1):痔核手術(脱肛を含む。)-硬化療法(四段階注射法<br>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<br>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<br>レーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの         |             |                    |

| 項番 | 区分     | 診療行為<br>名称等                                                                                                          | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                      | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------|-------------|--------------------|
|    |        |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                              | 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)<br>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)<br>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)                       |             |                    |
| 72 | 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)                                        | ○           |                    |
| 73 | 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)<br>「選」と記載すること。                                                                                                                                                                          | 190880210            | (選)急性期病院A一般入院料                               | ○           |                    |
|    |        |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                              | 190880310            | (選)急性期病院B一般入院料                               | ○           |                    |
|    |        |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                              | 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                               | ○           |                    |
|    |        |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                              | 190887010            | (選)特定機能病院A一般病棟7対1入院基本料                       | ○           |                    |
|    |        |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                              | 190887110            | (選)特定機能病院A一般病棟10対1入院基本料                      | ○           |                    |
|    |        |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                              | 190886910            | (選)特定機能病院B一般病棟7対1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)<br>「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」第九のイからフ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。                                                                                                                                   | 190886810            | (選)特定機能病院B一般病棟10対1入院基本料                      | ○           |                    |
|    |        |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                              | 190886710            | (選)特定機能病院C一般病棟7対1入院基本料                       | ○           |                    |
|    |        |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                              | 190886610            | (選)特定機能病院C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)                       | ○           |                    |
|    |        |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                              | 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            | ス 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            | ラ 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                    |             |                    |
| 74 | 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。<br>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:*****                              |             |                    |
| 75 | 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節B001の2特定薬剤治療管理料の(1)のア(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。<br>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。 | 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                        |             |                    |
|    |        |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                              | 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            | (ス) 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            |             |                    |

| 項番 | 区分      | 診療行為<br>名称等                 | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                               | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|---------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|    |         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | 820100569            | (三) 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) リンパ脈管腫瘍症の患者でシロリムス製剤を投与                                   |             |                    |
|    |         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | 820100063            | (ハ) 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            | (ソ) 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) プスルファンを投与                                                |             |                    |
| 76 | 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               |             |                    |
| 77 | 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実施を記載すること。                                                                                                                                                                                                                       | 830100058            | ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の実施(特定薬剤治療管理料1):*****                    |             |                    |
| 78 | 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)<br>エベロリムスの初回投与日<br>(エベロリムスの初回投与から3月の間に算定する場合)<br>エベロリムスの血中濃度測定の実施を記載すること。                                                                                                                                                  | 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                |             |                    |
|    |         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | 830100059            | エベロリムスの血中濃度測定の実施(特定薬剤治療管理料1):*****                           |             |                    |
| 79 | B001の2  | 特定薬剤治療管理料2のロ                | カルタヘナ法に基づく管理を必要とする薬剤について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。                                                                                                                                                                                                          | 830100927            | カルタヘナ法に基づく管理を必要とする薬剤(特定薬剤治療管理料2):*****                       |             | ※                  |
| 80 | 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):*****                                     |             |                    |
| 81 | 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   |             |                    |
| 82 | B001の8  | 皮膚科特定疾患指導管理料                | (結節性痒疹及びその他の痒疹(慢性型で経過が1年以上のものに限る。))に対して算定する場合)<br>痒疹の発症年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                    | 850100494            | 痒疹の発症年月日:(元号)yy"年"mm"月"月"                                    |             | ※                  |
| 83 | 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                    |             |                    |
| 84 | 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スメーカー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                |             |                    |
| 85 | 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節B001の12心臓ペースメーカー指導管理料の(5)のA又はB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植込みまでの間使用                                 |             |                    |
| 86 | 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日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                              | 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"月"         |             |                    |
| 87 | 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           |             |                    |
| 88 | 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))                                        |             |                    |
| 89 | 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)                                               |             |                    |
| 90 | 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)<br>その必要性を記載すること。<br><br>(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)<br>「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節B001の15慢性維持透析患者外来医学管理料の(10)のAからC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。                        | 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):*****             |             |                    |
|    |         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | 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 バ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-マイクログロブリン検査                             |             |                    |
|    |         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | 820100071            | カ デフェロキサミン塩酸塩投与患者のアルミニウムの検査                                  |             |                    |
| 91 | B001の16 | 喘息治療管理料1の重症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(重症喘息患者治療管理加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日            |             |                    |
| 92 | 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)<br>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                          |             |                    |
| 93 | 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                    |             |                    |
| 94 | 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                    |             |                    |
| 95 | 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     |             |                    |
| 96 | B001の27 | 糖尿病透析予防指導管理料                | ヘモグロビンA1c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)                                  |             |                    |
| 97 | 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"月"                        |             |                    |
|    |         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | 820190002            | 初回(小児運動器疾患指導管理料)                                             |             |                    |
| 98 | 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:*****                                 |             |                    |
| 99 | B001の31 | 腎代替療法指導管理料                  | (腎代替療法指導管理料を2回算定する場合)<br>その医療上の必要性を詳細に記載すること。<br><br>(「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節B001の31腎代替療法指導管理料の(2)のAに該当する場合)<br>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節B001の31腎代替療法指導管理料の(6)のイからハのうちのいずれか該当するものを選択して記載すること。 | 830100065            | 2回算定する医療上の必要性(腎代替療法指導管理料):*****                              |             |                    |
|    |         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | 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 |             |                    |
|    |         |                             |                                                                                                                                                                                                                                                       | 820100577            | eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ハ) 15mL/min/1.73m2未満                   |             |                    |

| 項番  | 区分        | 診療行為<br>名称等                                                                                                                                                                                                                                            | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                 | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>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2章第1部第1節B001の31腎代替療法治療指導管理料(2)のイに該当する場合〕<br>腎代替療法治療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                                                                  | 腎代替療法治療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:<br>*****                                                                                                                                                                                                                  |             |                    |
| 100 | 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<br>820190049                                                     | 前回算定年月(一般不妊治療管理料):(元号)yy"年"mm"月"<br>初回(一般不妊治療管理料)                                                                                                                                                                                                           |             |                    |
| 101 | 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。<br><br>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。<br><br>治療計画を作成し、又は見直しの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。<br>(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)<br>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。                | 830100478<br>820190061<br>830100479<br>850100403<br>850100404<br>850100405 | 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):*****<br>初回(生殖補助医療管理料)<br>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):*****<br>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"<br>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"<br>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" |             |                    |
| 102 | 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"                                                                                                                                                                                                                  |             |                    |
| 103 | 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"                                                                                                                                                                                                              |             |                    |
| 104 | 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"                                                                                                                                                                                                                  |             |                    |
| 105 | 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"                                                                                                                                                                                                                 |             |                    |
| 106 | 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)<br>その理由を記載すること。<br><br>(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)<br>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。<br><br>(健診等に関する疾病に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、保険診療を行う場合)<br>当該保険診療よりも前に、健診等を別の受診において実施したことを記載すること。 | 830100067<br>820100578<br>820101347                                        | 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):<br>*****<br><br>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<br><br>健診等の実施とは別の受診において保険診療を実施した(小児科外来診療料)                                                                                                                               |             | ※                  |
| 107 | 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)<br>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):*****                                                                                                                                                                                                                            |             |                    |
| 108 | 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)<br>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):*****                                                                                                                                                                                                                              |             |                    |
| 109 | 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)                                                                                                                                                                                                                                                       | ○           |                    |
| 110 | B001-2-8  | 外来放射線照射診療料                                                                                                                                                                                                                                             | 算定日を記載すること。<br><br>(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)<br>算定日を記載すること。<br><br>(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)<br>治療を継続する医学的理由を記載すること。<br><br>(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)<br>早期に治療終了となった医学的理由を記載すること。                                         | 算定日情報<br>算定日情報<br>算定日情報<br>830100070<br>830100071                          | (算定日)<br>(算定日)<br>(算定日)<br>治療を継続する医学的理由(外来放射線照射診療料):*****<br><br>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):*****                                                                                                                                                         | ○<br>○<br>○ |                    |
| 111 | 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)<br>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):<br>*****                                                                                                                                                                                                                  |             |                    |
| 112 | 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"                                                                                                                                                                                                                     |             |                    |
| 113 | B001-5    | 手術後医学管理料                                                                                                                                                                                                                                               | 当該手術に係る手術料を算定した日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                | 850100495                                                                  | 当該手術に係る手術料の算定年月日(手術後医学管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                                                                                                                                                                                              |             | ※                  |
| 114 | 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<br>850100066                                                     | 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"<br>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"                                                                                                                                                                  |             |                    |
| 115 | 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)<br>退院日(年月日)及び実施した手術名を記載すること。<br><br>(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)<br>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。                                                                                                                                   | 850100067<br>830100073<br>830100074<br>830100075                           | 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"<br>手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):*****<br>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)):*****<br>入院中に実施した手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):*****                                                                                    |             |                    |
| 116 | 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<br>820190003                                                     | 前回算定年月(療養・就労両立支援指導料):(元号)yy"年"mm"月"<br>初回(療養・就労両立支援指導料)                                                                                                                                                                                                     |             |                    |
| 117 | B001-11   | 遺伝性疾患療養指導管理料の2のイ<br><br>遺伝性疾患療養指導管理料の2のロ<br><br>遺伝性疾患療養指導管理料(BRCA1/2遺伝子検査を行った保険医療機関と注1から注3までに掲げる行為を行った保険医療機関が異なる場合)<br><br>【BRCA1/2遺伝子検査を行った保険医療機関と注1から注3までに掲げる行為を行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した日付を記載すること。】<br>注1から注3までに掲げる行為を行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した日付を記載すること。 | 遺伝性疾患療養指導管理料の2のイ<br>検査又は病理診断を実施した年月日を記載すること。<br><br>前回遺伝性疾患に係る療養指導管理料を実施した年月日を記載すること。<br><br>【BRCA1/2遺伝子検査を行った保険医療機関と注1から注3までに掲げる行為を行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した日付を記載すること。】<br>注1から注3までに掲げる行為を行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した日付を記載すること。                                                | 850100496<br>850100497<br>830100928<br>850100498                           | 検査等実施年月日(遺伝性疾患療養指導管理料の2のイ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"<br><br>前回実施年月日(遺伝性疾患療養指導管理料の2のロ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"<br><br>注1から注3までに掲げる行為を行った保険医療機関名(遺伝性疾患療養指導管理料):*****<br><br>注1から注3までに掲げる行為を行った保険医療機関の受診日(遺伝性疾患療養指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                              |             | ※<br>※<br>※<br>※   |
| 118 | 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)                                                                                                                                                                                                                                                       | ○           |                    |
|     |           |                                                                                                                                                                                                                                                        | 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"                                                                                                                                                                                                                    |             |                    |

| 項番  | 区分        | 診療行為<br>名称等              | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                     | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-----------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 119 | B005      | 退院時共同指導料2                | (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)<br>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"                                      |             |                    |
| 120 | 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"                        |             |                    |
| 121 | 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"     |             |                    |
| 122 | B005-4    | ハイリスク妊産婦共同管理料(1)         | 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"              |             |                    |
| 123 | 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"                        |             |                    |
| 124 | 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)                                                |             |                    |
| 125 | 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"          |             |                    |
| 126 | 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"                      |             |                    |
| 127 | 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"                         |             |                    |
| 128 | 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"                         |             |                    |
| 129 | B005-7-2  | 認知症療養指導料3                | 認知症の病状変化により認知症療養計画の再検討が必要な患者である旨を記載すること。                                                                                                                                                                                                    | 820101351            | 認知症の病状変化により認知症療養計画の再検討が必要な患者(認知症療養指導料3)                        |             | ※                  |
| 130 | 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)                                                 |             |                    |
| 131 | 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戻回数(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戻回数(外来排尿自立指導料):*****                    |             |                    |
| 132 | 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"                        |             |                    |
| 133 | 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"                        |             |                    |
| 134 | B005-11の1 | 遠隔連携診療料 外来診療の場合          | 連携して診療を行う他の保険医療機関の名称を記載すること。                                                                                                                                                                                                                | 830100929            | 連携先保険医療機関名(遠隔連携診療料(外来)):*****                                  |             | ※                  |
| 135 | B005-11の2 | 遠隔連携診療料 訪問診療の場合          | 連携して診療を行う他の保険医療機関の名称を記載すること。                                                                                                                                                                                                                | 830100930            | 連携先保険医療機関名(遠隔連携診療料(在宅)):*****                                  |             | ※                  |
| 136 | B005-11の3 | 遠隔連携診療料 入院診療の場合          | 連携して診療を行う他の保険医療機関の名称を記載すること。                                                                                                                                                                                                                | 830100931            | 連携先保険医療機関名(遠隔連携診療料(入院)):*****                                  |             | ※                  |
| 137 | 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"                      |             |                    |
| 138 | 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"                      |             |                    |
| 139 | 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)                                    |             |                    |
|     |           |                          |                                                                                                                                                                                                                                             | 820101352            | アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリ(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))<br>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、地域のかかりつけ機能を担う医療機関での治療が可能かどうかを検討を行い、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):*****     |             |                    |
| 140 | B007      | 退院前訪問指導料                 | (2回算定した場合)<br>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"                          |             |                    |
| 141 | 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"                            |             |                    |
| 142 | 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):*****                                            |             |                    |
| 143 | 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)                                                          | ○           |                    |
| 144 | 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)<br>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):*****                     |             |                    |
| 145 | B009      | 診療情報提供料(1)               | 算定日を記載すること。<br>情報提供先を記載すること。                                                                                                                                                                                                                | 算定日情報                | (算定日)                                                          | ○           |                    |
| 146 | B009      | 診療情報提供料(1)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"                    |             |                    |
|     |           |                          |                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                                                |             |                    |
| 147 | B009      | 診療情報提供料(1)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"            |             |                    |

| 項番  | 区分     | 診療行為<br>名称等               | 記 載 事 項                                                                                                           | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 148 | B009   | 診療情報提供料(Ⅰ)<br>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))):<br>*****                   |             |                    |
| 149 | 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)                                                         | ○           |                    |
| 150 | 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):*****                                   |             |                    |
| 151 | B011   | 連携強化診療情報提供料               | (妊婦である場合)<br>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)<br>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)                                               |             |                    |
| 152 | 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。))<br>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))                                        |             |                    |
| 153 | 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)<br>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)<br>当該遺族等の診療報酬明細書に相統と表示し、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)<br>当該遺族等の診療報酬明細書に相統と表示し、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。)                                                   | ○           |                    |
| 154 | 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                                           | ○           |                    |
| 155 | B013   | 療養費同意書交付料                 | 交付年月日及び不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):*****                              |             |                    |
| 156 | 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”                       |             |                    |
| 157 | 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退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                         |             |                    |
| 158 | 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、器物破壊、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):日常生活用品の購入、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。                          |             |                    |
| 159 | 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退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、器物破壊、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。             |             |                    |

| 項番  | 区分   | 診療行為<br>名称等           | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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。              |             |                    |
| 160 | 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)<br>「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:*****                                      |             |                    |
| 161 | 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)<br>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                                 |             |                    |
| 162 | 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)<br>当該他の保険医療機関の名称を記載すること。<br><br>(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)<br>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。<br><br>(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)<br>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。<br><br>(在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院であって、当該保険医療機関において普段から訪問診療を実施する患者に対し、患者に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合)<br>往診日及び当該往診を実施した医師の氏名について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 830100814            | 訪問診療を行っている保険医療機関名:*****                                     |             |                    |
|     |      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 830100815            | 入所する介護保険施設等の名称:*****                                        |             |                    |
|     |      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 830100086            | 患者の病状の急変等往診が必要となった理由:*****                                  |             |                    |
|     |      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 850100499            | 患者に事前に氏名を提供していない往診医による往診日:(元号)yy”年”mm”月”dd”日                |             | ※                  |
|     |      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 830100932            | 患者に事前に氏名を提供していない往診医名:*****                                  |             | ※                  |
| 163 | C000 | 往診料<br>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):*****                    |             |                    |
| 164 | C000 | 往診料の患者診療時間加算          | 診療時間を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 114000970            | 患者診療時間加算(往診料)                                               | ○           |                    |
|     |      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 114002470            | 患者診療時間加算(特別往診)                                              | ○           |                    |
| 165 | C000 | 往診料<br>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                       |             |                    |
| 166 | C000 | 往診料<br>往診時医療情報連携加算    | 当該患者に定期的に訪問診療を行っている保険医療機関の名称を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830100099            | 訪問診療を行っている保険医療機関の名称(往診時医療情報連携加算):*****                      |             | ※                  |
| 167 | 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)<br>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。<br><br>(「2」の在宅患者訪問診療料2を算定する場合)<br>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。<br><br>(「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)<br>他の保険医療機関からの求めがあった診療内容について、(7)のA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。<br><br>(「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)<br>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Ⅲ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(線状体黒質変性症、オリブ球小脳萎縮症、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頭頸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。 | 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)):<br>*****                  |             |                    |
|     |      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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                    |             |                    |
|     |      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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                 |             |                    |
|     |      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820100072            | A その診療料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):*****                              |             |                    |
|     |      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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            | 頭頸損傷の患者                                                     |             |                    |
|     |      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820100093            | 人工呼吸器を使用している状態の患者                                           |             |                    |
| 168 | C001 | 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の患者診療時間加算 | 診療時間を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 114001470            | 患者診療時間加算(在宅患者訪問診療料(1)・(2))                                  | ○           |                    |

| 項番  | 区分             | 診療行為<br>名称等                                                    | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 169 | C001           | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅰ)(「1」に限る。)の<br>在宅ターミナルケア加算                      | 死亡年月日を記載すること。<br><br>(当該患者が在宅以外で死亡した場合)<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 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”                         |             |                    |
|     |                |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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):<br>(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)                               |             |                    |
| 170 | C001           | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅰ)(「1」に限る。)の<br>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)<br>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                                         |             |                    |
| 171 | C001           | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅰ)<br>注9の規定により算定<br>する場合(患者との距離<br>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(Ⅰ)):*****                |             |                    |
| 172 | C001-2         | 在宅患者訪問診療料<br>(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(Ⅱ)):*****                         |             |                    |
|     |                |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100102            | 必要を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(Ⅱ):(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(Ⅱ):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”                       |             |                    |
| 173 | C001-2         | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅱ)の患者診療時間加算                                      | 診療時間を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 114001470            | 患者診療時間加算(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)-(Ⅱ))                                     | ○           |                    |
| 174 | C001-2         | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅱ)(注1のイの場合に<br>限る。)の在宅ターミ<br>ナルケア加算              | 死亡年月日を記載すること。<br><br>(当該患者が有料老人ホーム等以外で死亡した場合)<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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”                         |             |                    |
|     |                |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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):<br>(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)                               |             |                    |
| 175 | C001-2         | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅱ)(注1のイの場合に<br>限る。)の死亡診断<br>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)<br>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                                         |             |                    |
| 176 | C002<br>C002-2 | 在宅時医学総合管理<br>料<br>施設入居時等医学総<br>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(施設医総管):(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(施設医総管):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”                     |             |                    |
|     |                |                                                                | (単一建物診療患者が2人以上の場合)<br>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(施設医総管):*****                                         |             |                    |
|     |                |                                                                | (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行った場合など、同一の患者において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)<br>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0%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)<br>「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                                |             |                    |
| 177 | C002<br>C002-2 | 在宅時医学総合管理<br>料<br>施設入居時等医学総<br>合管理料の在宅移行<br>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(施設医総管):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”                    |             |                    |
| 178 | C002<br>C002-2 | 在宅時医学総合管理<br>料<br>施設入居時等医学総<br>合管理料の包括的支<br>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節C002在宅時医学総合管理料及びC002-2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。<br><br>【1 要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態】<br>1-1 要介護3<br>1-2 要介護4<br>1-3 要介護5<br>1-4 障害支援区分2以上<br><br>【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】<br>2-1 ランクⅢa<br>2-2 ランクⅢb<br>2-3 ランクⅣ<br>2-4 ランクⅤ<br><br>3 頻回の訪問看護を受けている状態<br>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<br>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<br>6 麻薬投薬を受けている状態<br><br>【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】<br>7-1 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<br>7-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者<br>7-3 「超重症児(者)・半超重症児(者)」による判定スコアが10以上である患者<br>7-4 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):1-1 要介護3                                       |             |                    |
|     |                |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820100627            | 該当する状態(包括的支援加算):1-2 要介護4                                       |             |                    |
|     |                |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820100628            | 該当する状態(包括的支援加算):1-3 要介護5                                       |             |                    |
|     |                |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820100629            | 該当する状態(包括的支援加算):1-4 障害支援区分2以上                                  |             |                    |
|     |                |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820100631            | 該当する状態(包括的支援加算):2-1 ランク3a                                      |             |                    |
|     |                |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820100632            | 該当する状態(包括的支援加算):2-2 ランク3b                                      |             |                    |
|     |                |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820100633            | 該当する状態(包括的支援加算):2-3 ランク4                                       |             |                    |
|     |                |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820100634            | 該当する状態(包括的支援加算):2-4 ランクⅤ                                       |             |                    |
|     |                |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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):7-1 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):7-2 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):7-3 「超重症児(者)・半超重症児(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):7-4 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    |             |                    |
| 179 | C003           | 在宅がん医療総合診療<br>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。<br>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”                       |             |                    |
| 180 | C004           | 救急搬送診療料の長<br>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))                                       |             |                    |

| 項番  | 区分               | 診療行為<br>名称等                                                                                     | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 181 | C004-2           | 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);*****                                |             |                    |
| 182 | C005<br>C005-1-2 | 在宅患者訪問看護・<br>指導料、同一建物居<br>住者訪問看護・指導<br>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)<br>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);*****                |             |                    |
|     |                  |                                                                                                 | (月の初日が週の途中にある場合)<br>前月の最終の週における訪問回数を記載すること。                                                                                                                                            | 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);*****                |             |                    |
|     |                  |                                                                                                 | (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)<br>それぞれの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);*****                           |             |                    |
|     |                  |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        | 842100039            | 指導回数(在宅患者訪問看護・指導料);*****                                    |             |                    |
| 183 | C005<br>C005-1-2 | 在宅患者訪問看護・<br>指導料、同一建物居<br>住者訪問看護・指導<br>料の難病等複数回訪問<br>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。                                                                                                                        | 842100040            | 指導回数(同一建物居住者訪問看護・指導料);*****                                 |             |                    |
|     |                  |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        | 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);*****                       |             |                    |
| 184 | C005<br>C005-1-2 | 在宅患者訪問看護・<br>指導料、同一建物居<br>住者訪問看護・指導<br>料の在宅患者連携指<br>導加算・同一建物居<br>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                        |             |                    |
| 185 | C005<br>C005-1-2 | 在宅患者訪問看護・<br>指導料、同一建物居<br>住者訪問看護・指導<br>料の在宅患者緊急時<br>等カンファレンス加算<br>・同一建物居住者緊急<br>時等カンファレンス加<br>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                   |             |                    |
| 186 | C005<br>C005-1-2 | 在宅患者訪問看護・<br>指導料、同一建物居<br>住者訪問看護・指導<br>料の在宅ターミナルケ<br>ア加算・同一建物居住<br>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)                                         |             |                    |
| 187 | C005<br>C005-1-2 | 在宅患者訪問看護・<br>指導料、同一建物居<br>住者訪問看護・指導<br>料の在宅移行管理加<br>算又は在宅移行管理<br>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。)                                               | ○           |                    |
| 188 | C005<br>C005-1-2 | 在宅患者訪問看護・<br>指導料、同一建物居<br>住者訪問看護・指導<br>料の夜間・早朝訪問<br>看護加算又は深夜訪<br>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)                                          |             |                    |
| 189 | C005<br>C005-1-2 | 在宅患者訪問看護・<br>指導料、同一建物居<br>住者訪問看護・指導<br>料の看護・介護職員<br>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                   |             |                    |
| 190 | C005<br>C005-1-2 | 在宅患者訪問看護・<br>指導料、同一建物居<br>住者訪問看護・指導<br>料の特別地域訪問看<br>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);*****                                      |             |                    |
|     |                  |                                                                                                 | (特別地域訪問看護加算口の場合)<br>訪問看護・指導を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                             | 852100005            | 訪問に要する時間(片道)(特別地域訪問看護加算)                                    |             |                    |
|     |                  |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        | 850100500            | 訪問年月日(特別地域訪問看護加算口の場合);(元号)yy"年"mm"月"dd"日                    |             | ※                  |
|     |                  |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        | 852100016            | 訪問看護時間(特別地域訪問看護加算口の場合)                                      |             | ※                  |
| 191 | C005<br>C005-1-2 | 在宅患者訪問看護・<br>指導料、同一建物居<br>住者訪問看護・指導<br>料の緊急訪問看護加<br>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                        |             |                    |
| 192 | C005-1-3         | 訪問看護遠隔診療補助料                                                                                     | 情報通信機器を用いた診療を行う医師が実施した診療前相談により判断された看護師等による患者への訪問の必要性について記載すること。                                                                                                                        | 830100933            | 看護師等による患者への訪問の必要性(訪問看護遠隔診療補助料);*****                        |             | ※                  |
| 193 | C005-1-3         | 訪問看護遠隔診療補助料                                                                                     | (訪問看護遠隔診療補助料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、同一の患者において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)<br>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                                              |             | ※                  |
| 194 | C005-2           | 在宅患者訪問点滴注<br>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)<br>「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。<br>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                                                          |             |                    |

| 項番  | 区分         | 診療行為<br>名称等              | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                   | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 195 | C006       | 在宅患者訪問リハビリ<br>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)<br>「急性」と表示すること。                                                                                                                                                                        | 820100643            | 急性                                                          |             |                    |
| 196 | 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)                                                       | ○           |                    |
| 197 | C007       | 訪問看護指示料の特<br>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<br>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<br>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):*****                                  |             |                    |
| 198 | C007<br>注3 | 訪問看護指示料の手<br>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)                                                   |             |                    |
| 199 | C007-2     | 介護職員等喀痰吸引<br>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)                                           |             |                    |
| 200 | C008       | 在宅患者訪問薬剤管<br>理指導料        | (月2回以上算定した場合)<br>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)<br>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つの患者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<br>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<br>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<br>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<br>一建物診療患者の人数とみなす場合)  | 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                               |             |                    |
| 201 | C009       | 在宅患者訪問栄養食<br>事指導料        | (単一建物診療患者が2人以上の場合)<br>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つの患者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<br>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<br>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<br>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<br>単一建物診療患者の人数とみなす場合) | 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                                   |             |                    |
| 202 | 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                         |             |                    |
| 203 | C011       | 在宅患者緊急時等カ<br>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<br>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<br>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<br>"dd"日              |             |                    |
| 204 | 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<br>者又は神経難病等の患者を対象とした場合)<br>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):*****                                     |             |                    |
| 205 | C012-2     | 訪問診療薬剤師同時<br>指導料         | 同時に訪問した在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する別の保険医療機関又は保険薬局の名称を記載するこ<br>と。                                                                                                                                                                                   | 830100934            | 同時訪問施設名(訪問診療薬剤師同時指導料):*****                                 |             | ※                  |
| 206 | C013       | 在宅患者訪問褥瘡管<br>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<br>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)<br>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<br>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<br>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):<br>(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):<br>(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):d<br>0(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):d<br>1(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):d<br>2(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):D<br>3(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):D<br>4(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):D<br>5(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):D<br>U(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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの |             |                    |
| 207 | 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<br>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<br>"dd"日               |             |                    |

| 項番  | 区分                     | 診療行為<br>名称等                         | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載           | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| 208 | C015                   | 在宅がん患者緊急時<br>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<br>患者緊急時医療情報連携指導料):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                    |
| 209 | C100                   | 退院前在宅療養指導<br>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。))<br>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<br>と。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 医薬品コード<br>特定器材コード                                                                                                                  | (医薬品名を表示する。)<br>(特定器材名を表示する。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ○<br>○                |                    |
| 210 | C101                   | 在宅自己注射指導管<br>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。))<br>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。<br><br>(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)<br>緊急時の受診である旨及びその年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 医薬品コード<br>830100480<br>820100656<br>850100133                                                                                      | (医薬品名を表示する。)<br>薬剤支給日数(在宅自己注射指導管理料):*****<br>算定理由(在宅自己注射指導管理料):緊急時<br>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”<br>dd”日”                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ○                     |                    |
| 211 | C101<br>注4             | 在宅自己注射指導管<br>理料<br>バイオ後続品導入初<br>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”<br>日”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                    |
| 212 | C101-3                 | 在宅妊娠糖尿病患者<br>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”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                    |
| 213 | C102の1                 | 在宅自己腹膜灌流指<br>導管理料1                  | (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)<br>「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節C102在宅自己腹膜灌流<br>指導管理料の(1)のA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。<br><br>(人工腎臓又は腹膜灌流(連続機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。))<br>算定した日を記載すること。<br><br>(在宅自己連続機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)<br>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<br>と。<br><br>(他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合)<br>J038人工腎臓を算定している他の保険医療機関名<br>(他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合)<br>他の保険医療機関での実施の必要性 | 820100110<br>820100111<br>820100112<br>820100113<br>820100114<br><br>算定日情報<br>算定日情報<br>医薬品コード<br>特定器材コード<br>830100096<br>830100097 | ア 在宅自己連続機行式腹膜灌流の導入期にあるもの(在宅自己腹膜灌<br>流指導管理料1)<br>イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの(在宅自己腹膜灌流指導<br>管理料1)<br>ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの(在宅自己腹膜<br>灌流指導管理料1)<br>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(在宅自己腹<br>膜灌流指導管理料1)<br>オ その他医師が特に必要と認めるもの(在宅自己腹膜灌流指導管理料<br>1)<br><br>(算定日)<br>(算定日)<br>(医薬品名を表示する。)<br>(特定器材名を表示する。)<br>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<br>理料1):*****<br>他の保険医療機関で人工腎臓を実施する必要性(在宅自己腹膜灌流指<br>導管理料1):***** | ○<br>○<br>○<br>○      |                    |
| 214 | C102の2                 | 在宅自己腹膜灌流指<br>導管理料2                  | 「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節C102在宅自己腹膜灌流<br>指導管理料の(1)のA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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 820101354<br>820101355<br>820101356<br>820101357<br>820101358                                                                      | ア 在宅自己連続機行式腹膜灌流の導入期にあるもの(在宅自己腹膜灌<br>流指導管理料2)<br>イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの(在宅自己腹膜灌流指導<br>管理料2)<br>ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの(在宅自己腹膜<br>灌流指導管理料2)<br>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(在宅自己腹<br>膜灌流指導管理料2)<br>オ その他医師が特に必要と認めるもの(在宅自己腹膜灌流指導管理料<br>2)                                                                                                                                                             | ※<br>※<br>※<br>※<br>※ |                    |
| 215 | C102-2                 | 在宅血液透析指導管<br>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)<br>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<br>について」別添1第2章第2節C102-2在宅血液透析指導管理料の(3)のAからウまでに規定するものの中から、該<br>当するものを選択して記載すること。<br><br>(人工腎臓を算定した場合)<br>算定した日を記載すること。<br><br>(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。))<br>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<br>と。                                                                                                           | 850100137<br>820100115<br>820100116<br>820100117<br><br>算定日情報<br>医薬品コード<br>特定器材コード                                                 | 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”<br>ア 在宅血液透析の導入期にあるもの<br>イ 合併症の管理が必要なもの<br>ウ その他医師が特に必要と認めるもの<br><br>(算定日情報)<br>(医薬品名を表示する。)<br>(特定器材名を表示する。)                                                                                                                                                                                                                                                 | ○<br>○<br>○           |                    |
| 216 | C103                   | 在宅酸素療法指導管<br>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。<br><br>(慢性心不全で適用になった患者の場合)<br>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の実施日及び無呼吸低呼吸指数を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 842100072<br>842100044<br>850100139<br>842100045                                                                                   | 動脈血酸素分圧(在宅酸素療法指導管理料):*****<br>動脈血酸素飽和度(%) (在宅酸素療法指導管理料):*****<br>終夜睡眠ポリグラフィの実施年月日(在宅酸素療法指導管理料):(元<br>号)yy”年”mm”月”dd”日”<br>無呼吸低呼吸指数(在宅酸素療法指導管理料):*****                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                    |
| 217 | C103                   | 在宅酸素療法指導管<br>理料の遠隔モニタリ<br>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<br>号)yy”年”mm”月”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                    |
| 218 | C103<br>C107<br>C107-2 | 在宅療養指導管理材<br>料加算の乳幼児呼吸<br>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<br>支給した場合)<br>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<br>加算(乳幼児呼吸管理材料加算)):*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                    |
| 219 | C104                   | 在宅中心静脈栄養法<br>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。))<br>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<br>と。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 医薬品コード<br>特定器材コード                                                                                                                  | (医薬品名を表示する。)<br>(特定器材名を表示する。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ○<br>○                |                    |
| 220 | C105                   | 在宅成分栄養経管栄<br>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。))<br>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。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ○                     |                    |



| 項番  | 区分                             | 診療行為<br>名称等                                                                                                              | 記 載 事 項                                                                                                                                                                               | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 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)                              | ○           |                    |
| 237 | 第2款 在宅<br>療養指導管<br>理材料加算<br>通則 | 在宅療養指導管理材<br>料加算                                                                                                         | (1月に2回又は3回分の算定を行う場合)<br>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                                                          |             |                    |
|     |                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       |                      |                                                               |             |                    |
| 238 | C152-2                         | 持続血糖測定器加算                                                                                                                | 「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)    |             |                    |
|     |                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 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)<br>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)<br>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                                                           |             |                    |
| 239 | C153の1                         | 注入器用注射針加算<br>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A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            | A 糖尿病等で1日概ね4回以上自己注射が必要                                        |             |                    |
|     |                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820100121            | I 血友病で自己注射が必要                                                 |             |                    |
| 240 | C163                           | 特殊カテーテル加算<br>「2」の「イ」親水性コー<br>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AからE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            | A 脊髄障害の要件を満たす医学的根拠:*****                                      |             |                    |
|     |                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 830100105            | I 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            | E その他の要件を満たす医学的根拠:*****                                       |             |                    |
|     |                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       |                      |                                                               |             |                    |
| 241 | C165の1                         | 在宅持続陽圧呼吸<br>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在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)のA又はイの要件に該当する患者に対し算定する場合)<br>(3)のA又はイのうち該当するものを選択して記載すること。<br>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            | A 留意事項通知Aの慢性心不全患者にASV療法を実施した場合                                |             |                    |
|     |                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820100128            | I 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(在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1):(元号)yy年"mm"月"dd"日 |             |                    |
| 242 | C175                           | 在宅抗菌薬吸入療法<br>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)                                         |             |                    |
| 243 | C200<br>C300                   | 初診、再診又は在宅医<br>療において、患者の診<br>療を担う保険医の指示<br>に基づき、当該保険医<br>の診療日以外の日に訪<br>問看護ステーション等<br>の看護師等が、当該患<br>者に対し点滴又は処置<br>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)<br>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     |             |                    |
| 244 | C                              | 在宅療養支援診療所、<br>在宅療養支援病院から<br>患者の紹介を受けて在<br>宅療養指導管理を行う<br>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)<br>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:*****                                          |             |                    |
| 245 | C                              | 退院した患者に対して、<br>当該退院月に、退院日<br>に在宅療養指導管理料<br>を算定した保険医療機<br>関以外の保険医療機関<br>において在宅療養指導<br>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)<br>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:*****                                          |             |                    |
| 246 | C                              | 在宅療養指導管理料の<br>いずれかの所定点数に<br>併せて特定保険医療材<br>料のうち「皮膚欠損用創<br>傷被覆材」又は「非固着<br>性シリコンガーゼ」を<br>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。))<br>特定保険医療材料の総点数、名称及びセパ数字を記載すること。                                                         | 特定器材コード              | (特定器材名を表示する。)                                                 | ○           |                    |
| 247 | D                              | 時間外緊急院内検査<br>加算                                                                                                          | 検査開始日時を記載すること。<br><br>(引き続き入院した場合)<br>引き続き入院した場合である旨を記載すること。                                                                                                                          | 853100001            | 検査開始日時(時間外緊急院内検査加算):dd"日"hh"時"mm"分"                           |             |                    |
|     |                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820100129            | 引き続き入院                                                        |             |                    |
| 248 | D                              | 外来迅速検体検査加<br>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)<br>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。<br><br>(引き続き入院した場合)<br>引き続き入院した場合である旨を記載すること。                                                     | 830100111            | 検体検査名(外来迅速検体検査加算):*****                                       |             |                    |
|     |                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820100129            | 引き続き入院                                                        |             |                    |
| 249 | D001の11                        | トリブシノーゲン2(原)                                                                                                             | 急性肺炎を疑う医学的根拠について記載すること。                                                                                                                                                               | 830100481            | 急性肺炎を疑う医学的根拠(トリブシノーゲン2(原)):*****                              |             |                    |
| 250 | D001の18                        | プロスタグランジンE<br>主要代謝物(原)                                                                                                   | (医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合)<br>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(原)):*****                        |             |                    |
|     |                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 830100821            | 検査結果(プロスタグランジンE主要代謝物(原)):*****                                |             |                    |
| 251 | D001の20                        | L型脂脂肪酸結合蛋白<br>(L-FABP)(原)                                                                                                | (3月に2回以上算定する場合)<br>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型脂脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(原)):*****                 |             |                    |

| 項番  | 区分       | 診療行為<br>名称等                      | 記 載 事 項                                                                                             | レポート電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレポート表示文言                                        | 紙レセの<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 252 | D001の20  | 好中球ゼラチナーゼ<br>結合性リボカリン (NGAL) (尿) | (医学的必要性から4回以上算定する場合)<br>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ボカリン(NGAL)(尿)):***** |             |                    |
| 253 | 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)                                                        | 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)<br>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)):*****                                |             |                    |
| 254 | D004の15  | アミロイドβ 42/40比<br>(髄液)            | (効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品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)<br>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β 42/40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                            |             |                    |
|     |          |                                  |                                                                                                     | 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                             |             |                    |
|     |          |                                  |                                                                                                     | 820101172            | 検査の結果、Aβ 病理を示唆する所見あり(アミロイドβ 42/40比(髄液))                 |             |                    |
|     |          |                                  |                                                                                                     | 820101173            | 検査の結果、Aβ 病理を示唆する所見なし(アミロイドβ 42/40比(髄液))                 |             |                    |
|     |          |                                  | 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。)                    |                      |                                                         |             |                    |
|     |          |                                  | 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。                                                                 |                      |                                                         |             |                    |
| 255 | D004の15  | リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ 42比(髄液)          | (効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品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)<br>必要と判断した医学的根拠を記載すること。 | 830100935            | 必要と判断した医学的根拠(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ 42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。)                      | 820101359            | 画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ 42比(髄液))   |             | ※                  |
|     |          |                                  |                                                                                                     | 820101360            | 画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ 42比(髄液))   |             | ※                  |
|     |          |                                  |                                                                                                     | 820101361            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ 42比(髄液))       |             | ※                  |
|     |          |                                  |                                                                                                     | 820101362            | 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(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ 42比(髄液))  |             | ※                  |
|     |          |                                  |                                                                                                     | 820101863            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ 42比(髄液))    |             | ※                  |
|     |          |                                  |                                                                                                     | 820101864            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ 42比(髄液))    |             | ※                  |
|     |          |                                  |                                                                                                     | 820101865            | 検査の結果、Aβ 病理を示唆する所見あり(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ 42比(髄液))           |             | ※                  |
|     |          |                                  |                                                                                                     | 820101866            | 検査の結果、Aβ 病理を示唆する所見なし(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ 42比(髄液))           |             | ※                  |
|     |          |                                  | 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。)                    |                      |                                                         |             |                    |
|     |          |                                  | 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。                                                                 |                      |                                                         |             |                    |
| 256 | D004-2の1 | 悪性腫瘍組織検査<br>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節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):肺癌における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):リンパ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                  |             |                    |

| 項番  | 区分       | 診療行為<br>名称等               | 記 載 事 項                                                                                                                             | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |          |                           |                                                                                                                                     | 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BRA F遺伝子検査(PCR→rSSO法)               |             |                    |
|     |          |                           |                                                                                                                                     | 820101931            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):尿路上皮癌におけるFGFR 3遺伝子検査                          |             |                    |
|     |          |                           |                                                                                                                                     | 820101932            | 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RET融合遺伝子検査                             |             |                    |
|     |          |                           |                                                                                                                                     | 820101933            | 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BRAF遺伝子検査                             |             |                    |
|     |          |                           |                                                                                                                                     | 820101934            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):乳癌におけるAKT1遺伝子変異検査                             |             |                    |
|     |          |                           |                                                                                                                                     | 820101935            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):乳癌におけるPIK3CA遺伝子変異検査                           |             |                    |
|     |          |                           |                                                                                                                                     | 820101936            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):乳癌におけるPTEN遺伝子変異検査                             |             |                    |
|     |          |                           | (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)<br>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 |             |                    |
| 257 | D006の35  | 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)<br>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ブラシズマブ製剤による治療を行った際に治療の継続の可否を判定することを目的として測定を行った場合)<br>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):*****                                          |             |                    |
| 258 | D006の36  | 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)<br>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な必要性(血小板凝集能 イ 鑑別診断の補助に用いるもの):*****                      |             |                    |
| 259 | D006の37  | ADAMTS13-インヒター            | (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)<br>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-インヒター):(元号)yy“年”mm”月”dd”日           |             |                    |
| 260 | 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。<br>(2回以上実施する場合)<br>その医療上の必要性を記載すること。        | 830100825            | 遺伝子疾患の名称:*****                                                     |             |                    |
|     |          |                           |                                                                                                                                     | 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1に掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する場合)<br>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):*****                |             |                    |
| 261 | D006-4注2 | 遺伝学的検査の注2<br>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):*****                                             |             |                    |
| 262 | D006-5   | 染色体検査 1 FISH<br>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)<br>「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)                                             |             |                    |
| 263 | D006-10  | CCR4タンパク(フ<br>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)<br>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)):*****                      |             |                    |
| 264 | D006-11  | FIP1L1→PDGFRα<br>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。<br>(本検査を再度実施した場合)<br>その理由を記載すること。                                                                             | 830100122            | 必要理由(FIP1L1→PDGFRα融合遺伝子検査):*****                                   |             |                    |
|     |          |                           |                                                                                                                                     | 830100123            | 再実施理由(FIP1L1→PDGFRα融合遺伝子検査):*****                                  |             |                    |
| 265 | D006-12  | EGFR遺伝子検査(血<br>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)):*****                        |             |                    |
| 266 | D006-14  | FLT3遺伝子検査                 | (本検査を再度実施した場合)<br>本検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。                                                                                          | 830100936            | 医学的根拠(FLT3遺伝子検査):*****                                             |             | ※                  |
| 267 | D006-15  | 膀胱がん関連遺伝子<br>検査           | 上皮内癌(CIS)と診断された病理所見を記載すること。<br>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。<br>(本検査を過去に算定している場合)<br>過去の算定日を記載すること。                          | 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):*****                             |             |                    |
|     |          |                           |                                                                                                                                     | 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             |             |                    |
|     |          |                           |                                                                                                                                     | 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                           |             |                    |
| 268 | 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):*****                                        |             |                    |
|     |          |                           | (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)<br>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)<br>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)                   |             |                    |
|     |          |                           |                                                                                                                                     | 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          |             |                    |

| 項番  | 区分        | 診療行為<br>名称等                      | 記 載 事 項                                                                                                  | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-----------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 269 | D006-19の1 | がんゲノムプロファイリング検査<br>固形腫瘍を対象とする場合  | (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)<br>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。                           | 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"      |             |                    |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 850100503            | 固形癌におけるRET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"      |             | ※                  |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 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"     |             |                    |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 850100504            | 乳癌におけるAKT1遺伝子変異検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"      |             | ※                  |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 850100505            | 乳癌におけるPK3CA遺伝子変異検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"     |             | ※                  |
| 270 | D006-19の2 | がんゲノムプロファイリング検査<br>造血器腫瘍を対象とする場合 | (「(ロ)、(ニ)又は(ホ)に該当する場合」)<br>その医学的な必要性を記載すること。                                                             | 830100991            | 医学的な必要性(がんゲノムプロファイリング検査(造血器腫瘍を対象とする場合)):*****                     |             | ※                  |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 830100127            | 医学的な必要性(角膜ジストロフィー遺伝子検査):*****                                     |             |                    |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 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)):*****                  |             |                    |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 830100484            | 必要と判断した医学的根拠(CYP2C9遺伝子多型):*****                                   |             |                    |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 830100485            | 検査を実施する医学的な理由(染色体構造変異解析):*****                                    |             |                    |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 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):*****                    |             |                    |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 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):*****                     |             |                    |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 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):*****                   |             |                    |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 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):*****                   |             |                    |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 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):*****                                    |             |                    |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 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):*****                     |             |                    |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 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)):*****             |             |                    |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 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):*****               |             |                    |
| 283 | 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)<br>その理由を記載すること。<br><br>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。 | 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):*****                                |             |                    |
|     |           |                                  |                                                                                                          | 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):*****                                        |             |                    |
| 284 | 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"                          |             |                    |
| 285 | D007の37   | アルブミン非結合型ビリルビン                   | (早産児において、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)<br>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<br>名称等                                               | 記 載 事 項                                                                                                          | レポート電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレポート表示文言                                                           | 紙レセの<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|---------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 286 | D007の56 | ロイシンリッチ α2グリ<br>コブロテイン                                    | 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グリコブロテイン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                            |             |                    |
|     |         |                                                           |                                                                                                                  | 820190054            | 初回(ロイシンリッチ α2グリコブロテイン)                                                     |             |                    |
|     |         |                                                           | 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グリコブロテイン);*****                                     |             |                    |
|     |         |                                                           |                                                                                                                  | 830100491            | 検査結果(ロイシンリッチ α2グリコブロテイン);*****                                             |             |                    |
| 287 | D008の19 | 脳性Na利尿ペプチド<br>(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)<br>各々の検査の実施日を記載すること。         | 算定日情報                | (算定日)                                                                      | ○           |                    |
| 288 | D008の21 | 脳性Na利尿ペプチド<br>前駆体N端フラグメント<br>(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)<br>各々の検査の実施日を記載すること。         | 算定日情報                | (算定日)                                                                      | ○           |                    |
| 289 | D008の24 | 低カルボキシル化オ<br>ステオカルシン(ucO<br>C)                            | (2回目を算定した場合)<br>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"                                          |             |                    |
| 290 | D008の26 | 酒石酸抵抗性酸ホス<br>ファターゼ (TRACP－<br>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)<br>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)<br>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"                                    |             |                    |
| 291 | 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"                                |             |                    |
| 292 | D008の46 | 心房性Na利尿ペプチ<br>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)<br>各々の検査の実施日を記載すること。         | 算定日情報                | (算定日)                                                                      | ○           |                    |
| 293 | D008の53 | 抗ミューラー管ホルモ<br>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(抗ミューラー管ホルモン(AMH));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                              |             |                    |
|     |         |                                                           |                                                                                                                  | 820190055            | 初回(抗ミューラー管ホルモン(AMH))                                                       |             |                    |
| 294 | D008の54 | 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);*****                                              |             |                    |
| 295 | D009の9  | 前立腺特異抗原(PS<br>A)                                          | (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)<br>「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));*****                                                 |             |                    |
| 296 | D009の30 | 可溶性メソトリン関連<br>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)<br>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(可溶性メソトリン関連ペプチド)                              |             |                    |
|     |         |                                                           |                                                                                                                  | 820100810            | (ロ)体腔液細胞診で悪性中皮腫が疑われる患者(可溶性メソトリン関連ペプチド)                                     |             |                    |
|     |         |                                                           |                                                                                                                  | 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(可溶性メソトリン関連ペプチド)                            |             |                    |
|     |         |                                                           |                                                                                                                  | 850190220            | 前回実施年月日(S2、3PSA%);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                      |             |                    |
| 297 | 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)<br>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。                                                    | 820190494            | 初回(S2、3PSA%)                                                               |             |                    |
|     |         |                                                           |                                                                                                                  | 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"                           |             |                    |
|     |         |                                                           | 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。                                                                                 | 830100838            | 前立腺特異抗原(PSA)の測定結果(S2、3PSA%);*****                                          |             |                    |
|     |         |                                                           |                                                                                                                  | 830100839            | 2回以上算定する場合(S2、3PSA%);*****                                                 |             |                    |
| 298 | D009の32 | プロステートヘルスイ<br>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)<br>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));*****                              |             |                    |
| 299 | D009の35 | アポリボ蛋白A2(A<br>POA2)アイソフォーム                                | (2回以上算定する場合)<br>必要性を記載すること。                                                                                      | 830100495            | 2回以上算定する場合(プロステートヘルスインデックス(phi));*****                                     |             |                    |
|     |         |                                                           |                                                                                                                  | 830100840            | 必要と判断した医学的根拠(アポリボ蛋白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<br>腫瘍マーカーの(24)アの(イ)に実施する場合)<br>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(アポリボ蛋白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(アポリボ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム));*****                        |             |                    |
| 300 | 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。                                                                                | 850190223            | 癌胎児性抗原(CEA)の測定年月日(アの(ロ)(ハ)に実施(アポリボ蛋白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(アポリボ蛋白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(アポリボ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム));*****                |             |                    |
|     |         |                                                           |                                                                                                                  | 830100843            | CA19－9の測定結果(アの(ロ)(ハ)に実施(アポリボ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム));*****                     |             |                    |
| 301 | D012の16 | HIV－1、2抗体定性<br>HIV－1、2抗体半定<br>量<br>HIV－1、2抗原・抗体<br>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)<br>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。               | 820100137            | 輸血歴あり                                                                      |             |                    |
|     |         |                                                           |                                                                                                                  | 820100138            | 妊娠歴あり                                                                      |             |                    |
|     |         |                                                           |                                                                                                                  | 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"                              |             |                    |
| 302 | 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)<br>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"                                   |             |                    |
| 303 | D012の21 | HIV－1、2抗原・抗体<br>同時測定定量                                    | (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)<br>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"                        |             |                    |
| 304 | D012の19 | 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)<br>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。               | 850100510            | 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"                               |             | ※                  |

| 項番  | 区分      | 診療行為<br>名称等                                    | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                  | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|---------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 305 | D012の28 | SARS-CoV-2抗原定<br>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)<br>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);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                    |
| 306 | D012の42 | 単純ヘルペスウイルス<br>抗原定性(皮膚)                         | (医学的な必要性から、本検査を2回以上算定する場合)<br>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));*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                    |
| 307 | D012の53 | SARS-CoV-2・イン<br>フルエンザウイルス抗原<br>同時検出定性         | (本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はインフルエンザウイルス感染症以外の診断がつかない場合<br>であって、さらに1回算定した場合)<br>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<br>イルス抗原同時検出定性);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                    |
| 308 | D012の56 | 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)<br>検査を実施した医学的な必要性を記載すること。<br><br>(KOH直接鏡検が実施できない場合)<br>KOH直接鏡検を実施できない理由を記載すること。                                                                                                                    | 830100496<br>830100497                                                                                            | 医学的な必要性(白癬菌抗原定性);*****<br>KOH直接鏡検を実施できない理由(白癬菌抗原定性);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                    |
| 309 | D012の60 | サイトメガロウイルス<br>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)<br>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<br>pp65抗原定性必要理由);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                    |
| 310 | D012の63 | SARS-CoV-2・R<br>Sウイルス抗原同時検<br>出定性              | (本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はRSウイルス感染症以外の診断がつかない場合であって、さ<br>らに1回算定した場合)<br>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<br>同時検出定性);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                    |
| 311 | D012の63 | SARS-CoV-2・イン<br>フルエンザウイルス抗原<br>同時検出定性         | (本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19、インフルエンザウイルス感染症又はRSウイルス感染症以外の<br>診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合)<br>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<br>イルス・RSウイルス抗原同時検出定性);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                    |
| 312 | D012の65 | SARS-CoV-2抗原定<br>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)<br>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);<br>*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                    |
| 313 | D012の64 | トキソプラズマIgG抗<br>体アビディティー                        | (本検査を2回算定する場合又は妊娠満16週以降の妊婦に対して当該検査を算定する場合)<br>必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                | 830100937                                                                                                         | 2回算定する必要性(トキソプラズマIgG抗体アビディティー);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             | ※                  |
| 314 | D012の69 | 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);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                    |
| 315 | D012の70 | 抗アデノ随伴ウイルス<br>9型(AAV9)抗体                       | (2回以上算定する場合)<br>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);<br>*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                    |
| 316 | D012の70 | 抗アデノ随伴ウイルス<br>血清型rh74(AAVrh<br>74)抗体           | (2回以上算定する場合)<br>必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                              | 830100938                                                                                                         | 2回以上算定する必要性(抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74(AAVrh74)<br>抗体);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             | ※                  |
| 317 | D014の24 | 抗シトルリン化ペプ<br>チド抗体定性<br>抗シトルリン化ペプ<br>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)<br>「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。<br><br>(再度治療薬を選択する必要がある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)<br>その医学的な必要性を記載すること。                                                                       | 850100171<br>850100172<br>842100050<br>842100051<br>830100128<br>830100129                                        | 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”<br>月”dd”日”<br>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”<br>月”dd”日”<br>未確 検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定性);*****<br>未確 検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定量);*****<br>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<br>性);*****<br>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<br>量);*****                                                                                                  |             |                    |
| 318 | D014の27 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                    |
| 319 | D014の46 | 抗NF155抗体                                       | (2回以上算定する場合)<br>医学的な必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                          | 830100939                                                                                                         | 2回以上実施する医学的な必要性(抗NF155抗体);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | ※                  |
| 320 | D014の46 | 抗CNTN1抗体                                       | (2回以上算定する場合)<br>医学的な必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                          | 830100940                                                                                                         | 2回以上実施する医学的な必要性(抗CNTN1抗体);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | ※                  |
| 321 | D014の46 | 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)<br>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<br>830100130                                                                                            | 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”<br>再度実施する医学的な必要性(抗アクアポリン4抗体);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |                    |
| 322 | D014の46 | 抗P/Q型電位依存<br>性カルシウムチャネル<br>抗体(抗P/Q型VGCC<br>抗体) | (反復刺激誘発防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)<br>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<br>型VGCC抗体));*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                    |
| 323 | D014の47 | 抗HLA抗体(スクリー<br>ニング検査)                          | (1年に2回以上実施する場合)<br>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<br>査));*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                    |
| 324 | D014の49 | 抗HLA抗体(抗体特異<br>性同定検査)                          | (1年に2回以上実施する場合)<br>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<br>査));*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                    |
| 325 | D015の16 | インターロイキン-6(IL<br>-6)                           | 実施した年月日を記載すること。<br><br>(3回以上算定する場合)<br>その詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                   | 850100437<br>830100762                                                                                            | 実施年月日(インターロイキン-6(IL-6)):(元号)yy“年”mm”月”dd”日”<br>3回以上算定する詳細な理由(インターロイキン-6(IL-6));*****                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                    |
| 326 | D015の27 | sFlt-1/PIGF比                                   | リスク因子のいずれに該当するかを記載すること。<br><br>(「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)<br>医学的根拠を記載すること。<br>(「ホ」 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見に該当する場合)<br>医学的根拠を記載すること。<br><br>(「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」)<br>詳細な理由を記載すること。<br><br>(「一連の妊娠につき2回以上算定する場合」)<br>詳細な理由を記載すること。 | 820100860<br>820100861<br>820100862<br>820100863<br>820100864<br>830100506<br>830100507<br>830100508<br>830100509 | (イ) 収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上(sFl<br>t-1/PIGF比)<br>(ロ) 蛋白尿(sFlt-1/PIGF比)<br>(ハ) 妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見(sFlt-1/PIGF比)<br>(ニ) 子宮内胎児発育遅延(sFlt-1/PIGF比)<br>(ホ) 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見(sFlt-1/PIGF比)<br>(ハ)に該当する医学的根拠(sFlt-1/PIGF比);*****<br>(ホ)に該当する医学的根拠(sFlt-1/PIGF比);*****<br>医学的必要性(リスク因子を2つ以上有する妊婦)(sFlt-1/PIGF比);<br>*****<br>医学的必要性(一連の妊娠につき2回以上算定)(sFlt-1/PIGF比);<br>***** |             |                    |
| 327 | D015の31 | コンシズマブ                                         | (2回以上算定する場合)<br>その理由を記載すること                                                                                                                                                                                                              | 830100941                                                                                                         | 2回以上算定する理由(コンシズマブ);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             | ※                  |
| 328 | 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<br>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<br>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<br>粒球表面抗原検査);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                    |

| 項番  | 区分      | 診療行為<br>名称等                             | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|---------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 329 | D017    | 排泄物、排泄物又は<br>分泌物の細菌顕微鏡<br>検査            | (排泄物、排泄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(フローサイトメトリー法)を同一日に<br>併せて算定する場合)<br>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ー重光M、位相差M、暗視野M);*****                                             |             |                    |
|     |         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100134            | 検体の種類(SーM);*****                                                         |             |                    |
|     |         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100135            | 検体の種類(Sー保温装置使用アメーバM);*****                                               |             |                    |
| 330 | 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<br>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)<br>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<br>行っている悪性リンパ腫等の患者の治療中(HBV核酸定量)          |             |                    |
| 331 | D023の6  | インフルエンザ核酸検<br>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)                                            |             |                    |
| 332 | 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・<br>定量検査の(8)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<br>応じ、以下の事項を記載すること。<br><br>・アに該当する場合、臓器移植の実施年月日<br>・イに該当する場合、造血幹細胞移植の実施年月日<br>・ウに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日<br>・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<br>れた年月日及び医学的根拠<br>・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<br>日及び医学的根拠<br>・カに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日<br>・キに該当する場合、医学的根拠 | 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                                              |             |                    |
|     |         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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 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"<br>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"<br>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<br>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"<br>"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<br>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);<br>*****                              |             |                    |
|     |         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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);*****                                      |             |                    |
| 333 | D023の17 | HTLV-1核酸検出                              | HTLV-1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"<br>"mm"月"dd"日"                   |             |                    |
| 334 | D023の17 | サイトメガロウイルス<br>核酸定量                      | (高度細胞性免疫不全の患者に算定する場合)<br>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);*****                                           |             |                    |
| 335 | 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)<br>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);*****                                    |             |                    |
| 336 | D023の20 | SARS-CoV-2・イン<br>フルエンザ核酸同時検<br>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)<br>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<br>酸同時検出);*****                      |             |                    |
| 337 | D023の20 | SARS-CoV-2・R<br>Sウイルス核酸同時検<br>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)<br>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<br>同時検出);*****                       |             |                    |
| 338 | D023の20 | SARS-CoV-2・イン<br>フルエンザ・RSウイ<br>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)<br>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・R<br>Sウイルス核酸同時検出);*****               |             |                    |
| 339 | D023の24 | ウイルス・細菌核酸及<br>び薬剤耐性遺伝子多<br>項目同時検出       | 検査を実施した年月日を記載すること。<br><br>(「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24ウイルス・細菌<br>核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出の(36)のアの(ロ)に該当する場合)<br>治療内容を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                         | 850100511            | 検査実施年月日(ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検<br>出);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"               |             | ※                  |
|     |         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100942            | 治療内容(ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出);<br>*****                                |             | ※                  |
| 340 | D023の25 | ウイルス・細菌核酸多<br>項目同時検出                    | 検査を実施した年月日を記載すること。<br><br>(「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25ウイルス・細菌<br>核酸多項目同時検出の(37)のイの(ロ)に該当する場合)<br>治療内容を記載すること。<br><br>(「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25ウイルス・細菌<br>核酸多項目同時検出の(37)のイの(ハ)に該当する場合)<br>COVID-19又はインフルエンザウイルス感染症を対象とする抗原検査又は本検査以外の核酸検出検査ではなく、本<br>検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。                                                                                              | 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<br>核酸検出を含まないもの));(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |             |                    |
|     |         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100140            | 治療内容(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出);*****                                             |             |                    |
|     |         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100943            | 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);<br>*****                              |             | ※                  |
| 341 | D023の26 | 細菌核酸・薬剤耐性<br>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);*****                                         |             |                    |
| 342 | D023の26 | ウイルス・細菌核酸多<br>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<br>ルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液));*****            |             |                    |
| 343 | D023の27 | 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<br>と。<br><br>(当該検査の2回目以降を算定した場合)<br>前回実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 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"<br>年"mm"月"dd"日"                   |             |                    |
|     |         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820100146            | CIN1                                                                     |             |                    |
|     |         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820100147            | CIN2                                                                     |             |                    |
|     |         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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"                                 |             |                    |
| 344 | 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)                                                  |             |                    |
| 345 | 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"                                     |             |                    |
| 346 | D211-4  | シャトルウォーキング<br>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"<br>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<br>(シャトルウォーキングテスト);*****                   |             |                    |

| 項番  | 区分       | 診療行為<br>名称等                                                       | 記 載 事 項                                                                                                       | レポート電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレポート表示文言                                              | 紙レセの<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 347 | D215     | 超音波検査(記録に要する費用を含む。)<br>2断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)<br>ロ その他の場合<br>(1) 胸腹部 | 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)(胸腹部):ア 消化器領域                                     |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 820100682            | 超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):イ 腎・泌尿器領域                                   |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 820100683            | 超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):ウ 女性生殖器領域                                   |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 820100684            | 超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):エ 血管領域(大動脈・大静脈等)                            |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 820100685            | 超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等                              |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 820100686            | 超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):カ その他                                       |             |                    |
| 348 | D215-2   | 肝硬度測定                                                             | (カに該当する場合)<br>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:*****                                              |             |                    |
|     |          |                                                                   | (3月に2回以上算定する場合)<br>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):*****                              |             |                    |
| 349 | D215-3   | 超音波エラストグラフィ                                                       | (肝硬度測定・超音波エラストグラフィ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)<br>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):*****                                  |             |                    |
|     |          |                                                                   | (3月に2回以上算定する場合)<br>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):*****                        |             |                    |
| 350 | 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)<br>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):*****                            |             |                    |
|     |          |                                                                   | (肝硬度測定・超音波エラストグラフィ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)<br>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):*****                               |             |                    |
| 351 | 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。                                                                                               | 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)                                                  |             |                    |
| 352 | 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節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。              | 850190057            | 初回(超音波減衰法検査)                                                  |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 820100151            | ア 留意事項通知に規定する1型糖尿病患者(検査)                                      |             |                    |
| 353 | D236-2の1 | 光トポグラフィ<br>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。                                                                                    | 820100152            | イ 留意事項通知に規定する2型糖尿病患者(検査)                                      |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 850100187            | 手術実施年月日(光トポグラフィ(脳外科手術前検査)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                |             |                    |
| 354 | D236-2の2 | 光トポグラフィ<br>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。                                                                      | 850100188            | 手術予定年月日(光トポグラフィ(脳外科手術前検査)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 830100149            | 手術が行われなかった理由(光トポグラフィ(脳外科手術前検査)):*****                         |             |                    |
| 355 | 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。                                                                                    | 830100150            | 検査の必要理由(光トポグラフィ(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(抑うつ症状の鑑別診断)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"              |             |                    |
| 356 | 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。                                                                                     | 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"                   |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 830100151            | 手術が行われなかった理由(脳磁図(その他のもの)):*****                               |             |                    |
| 357 | D237の3のイ | 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1及び2以外の場合 / 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節D237終夜睡眠ポリグラフィの(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。                | 830100152            | 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"                 |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 830100153            | 結果の概要(脳磁図(その他のもの)):*****                                      |             |                    |
| 358 | 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。<br>(感覚・運動の別、左・右の別を記載すること。)                                                                  | 830100154            | 検査の必要理由(光トポグラフィ(抑うつ症状の鑑別診断)):*****                            |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 830100155            | 前回実施年月日(光トポグラフィ(抑うつ症状の鑑別診断)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"              |             |                    |
| 359 | 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細を記載すること。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。                     | 830100156            | (イ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****            |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 830100157            | (ロ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****            |             |                    |
| 360 | D239の5   | 筋電図検査 5 多線維筋電図(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細を記載すること。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。                     | 830100158            | (ハ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****            |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 830100159            | (ニ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****            |             |                    |
| 361 | D239の6   | 筋電図検査 6 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細を記載すること。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。                     | 830100160            | (ホ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****            |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 830100161            | 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(1及び2以外)(安全精度管理下)):***** |             |                    |
| 362 | D239の7   | 筋電図検査 7 多線維筋電図(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細を記載すること。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。                     | 830100162            | 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(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****       |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 830100163            | 継続的な治療の内容(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****                  |             |                    |
| 363 | D239の8   | 筋電図検査 8 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細を記載すること。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。                     | 830100164            | BMI(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****                        |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 830100165            | 医学的な必要性(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****                    |             |                    |
| 364 | D239の9   | 筋電図検査 9 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細を記載すること。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。                     | 830100166            | 正中神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 830100167            | 尺骨神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
| 365 | D239の10  | 筋電図検査 10 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細を記載すること。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。                     | 830100168            | 腓腹神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 830100169            | 脛骨神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
| 366 | D239の11  | 筋電図検査 11 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細を記載すること。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。                     | 830100170            | 腓骨神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 830100171            | 顔面神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
| 367 | D239の12  | 筋電図検査 12 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細を記載すること。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            | 横骨神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 830100173            | 三叉神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
| 368 | D239の13  | 筋電図検査 13 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細を記載すること。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。                     | 830100174            | 検査を行う医学的必要性(単線維筋電図):*****                                     |             |                    |
|     |          |                                                                   |                                                                                                               | 830100175            | 検査を行う医学的必要性(単線維筋電図):*****                                     |             |                    |

| 項番  | 区分                 | 診療行為<br>名称等                                    | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                              | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 360 | 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”                            |             |                    |
| 361 | D255から<br>D282-2まで | 眼科学的検査                                         | (近視進行抑制薬を投与している患者に対して眼科学的検査を算定する場合)<br>近視進行抑制薬の投与を開始した年月日を記載すること。                                                                                                                                    | 850100512            | 近視進行抑制薬の投与開始年月日(眼科学的検査):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                     |             | ※                  |
| 362 | D258-2             | 網膜機能精密電気生<br>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D258-2網膜機能精密電<br>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。<br>(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<br>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”<br>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”<br>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”<br>日”                   |             |                    |
| 363 | D258-3             | 黄斑局所網膜電図、<br>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)<br>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):*****                                |             |                    |
| 364 | D282-4             | ダーモスコピー                                        | (新たに他の病変で検査を行う場合)<br>医学的必要性を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):<br>*****                        |             |                    |
| 365 | D285               | 認知機能検査その他の<br>心理検査 1 操作が<br>容易なものの イ 簡易な<br>もの | (3月以内に2回以上算定する場合)<br>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):*****                                |             |                    |
|     |                    |                                                |                                                                                                                                                                                                      | 850190053            | 前回実施年月日(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なもののイ<br>簡易なもの):(元号)yy”年”mm”月”dd”日” |             |                    |
|     |                    |                                                | 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。                                                                                                                                                                       | 820190058            | 初回(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なもののイ簡易なもの)                              |             |                    |
| 366 | D310の3             | 小腸内視鏡検査<br>3 カプセル型内視鏡<br>によるもの                 | 当該患者の症状詳細を記載すること。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)症状詳細:*****                                     |             |                    |
| 367 | D310<br>注2         | 小腸内視鏡検査<br>内視鏡的留置術加算                           | 当該患者の症状詳細を記載すること。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)症状詳細:*****                                    |             |                    |
| 368 | D313の2             | 大腸内視鏡検査<br>2 カプセル型内視鏡<br>によるもの                 | 当該患者の症状詳細を記載すること。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<br>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<br>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。<br>症状詳細については、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ープ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ープ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ープが実施困難であると判断さ<br>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<br>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)):<br>*****                      |             |                    |
| 369 | D313<br>注3         | 大腸内視鏡検査<br>バルーン内視鏡加算                           | 当該患者の症状詳細を記載すること。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)症状詳細:*****                                    |             |                    |
| 370 | D313<br>注4         | 大腸内視鏡検査<br>内視鏡的留置術加算                           | 当該患者の症状詳細を添付すること。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)症状詳細:*****                                    |             |                    |
| 371 | 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。<br>「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<br>製の(1)の(ア)から(ケ)までのいずれかを選択し記載する。<br>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(ミオインシトール(尿)):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                        |             |                    |
|     |                    |                                                |                                                                                                                                                                                                      | 820190009            | 初回(ミオインシトール(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”<br>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”<br>mm”月”dd”日”            |             |                    |
|     |                    |                                                |                                                                                                                                                                                                      | 820190012            | 初回(LーFABP(尿))                                                   |             |                    |
|     |                    |                                                |                                                                                                                                                                                                      | 850190013            | 前回実施年月日(カルプロテクテン(糞便)):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                       |             |                    |
|     |                    |                                                |                                                                                                                                                                                                      | 820190013            | 初回(カルプロテクテン(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”                         |             |                    |

| 項番  | 区分 | 診療行為<br>名称等                   | 記 載 事 項                                                              | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 372 | D  | 算定回数が複数月に<br>1回のみとされている<br>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)<br>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 | 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(リボ蛋白(a)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"              |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190018            | 初回(リボ蛋白(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-C): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"                |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190022            | 初回(RLP-C)                                          |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190228            | 前回実施年月日(ELFSコア): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"               |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190496            | 初回(ELFSコア)                                         |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190023            | 前回実施年月日(MDA-LDL): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"              |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190023            | 初回(MDA-LDL)                                        |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190054            | 前回実施年月日( $\beta$ -CTX(原)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"     |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190059            | 初回( $\beta$ -CTX(原))                               |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190024            | 前回実施年月日( $\beta$ -CTX): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"        |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190024            | 初回( $\beta$ -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(原)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"          |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190028            | 初回(トランスフェリン(原))                                    |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 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))                                   |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 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"    |             |                    |

| 項番  | 区分    | 診療行為<br>名称等                                                                                  | 記 載 事 項                                                                                                                                                                    | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |       |                                                                                              |                                                                                                                                                                            | 820190036<br>850190037<br>820190037<br>850190038<br>820190038<br>850190039<br>820190039<br>850190041<br>820190041                                                                                                                                                                                       | 初回(皮下連続式グルコース測定(診療所))<br>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"<br>初回(網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図))<br>前回実施年月日(ダーモスコピー):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"<br>初回(ダーモスコピー)<br>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"<br>初回(イヌリンクリアランス測定)<br>前回実施年月日(内服・点滴誘発試験):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"<br>初回(内服・点滴誘発試験)                                                                                                                                                                                                                                     |             |                    |
| 373 | 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)<br>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"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |                    |
| 374 | D 通則7 | 看護師等遠隔診療検査実施料                                                                                | 当該検査の区分番号を記載すること。                                                                                                                                                          | 830100944                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 看護師等により実施した検査の区分番号:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             | ※                  |
| 375 | 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)<br>次の例により「検査」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。<br><br>〔記載例〕<br>末梢血液一般検査 21×1<br>末梢血液像(鏡検法) 25×1<br>(検査)<br>AFP 1,070円×1 | 830100457                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 検査:*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                    |
| 376 | E     | 画像診断                                                                                         | 撮影部位を記載すること。<br>※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"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                    |
| 377 | E001  | 写真診断<br>1 単純撮影                                                                               | 撮影部位を選択して記載すること。<br>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。<br>なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。                                                                                     | 820181000<br>820183620<br>820181100<br>820181220<br>820181300<br>820181340<br>820181120<br>820181240<br>820181310<br>820181320<br>830181200<br>830181400<br>830181410<br>830181420<br>830181430<br>830181440<br>830181370<br>830181500<br>830181510<br>830181520<br>830181530<br>830181540<br>830189000 | 撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔を除く。)<br>撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔に限る。)<br>撮影部位(単純撮影):頭部(頸椎を除く。)<br>撮影部位(単純撮影):胸部(肩を除く。)<br>撮影部位(単純撮影):腹部<br>撮影部位(単純撮影):骨盤(仙骨部・股関節を除く。)<br>撮影部位(単純撮影):頸椎<br>撮影部位(単純撮影):胸椎<br>撮影部位(単純撮影):腰椎<br>撮影部位(単純撮影):仙骨部<br>撮影部位(単純撮影):肩:*****<br>撮影部位(単純撮影):上腕:*****<br>撮影部位(単純撮影):肘関節:*****<br>撮影部位(単純撮影):前腕:*****<br>撮影部位(単純撮影):手関節:*****<br>撮影部位(単純撮影):手:*****<br>撮影部位(単純撮影):股関節:*****<br>撮影部位(単純撮影):膝:*****<br>撮影部位(単純撮影):大腿:*****<br>撮影部位(単純撮影):下腿:*****<br>撮影部位(単純撮影):足関節:*****<br>撮影部位(単純撮影):足:*****<br>撮影部位(単純撮影):その他:***** |             |                    |
| 378 | E     | コンピューター断層撮影診断料<br>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、かに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。                                                                                                    | 820100696<br>820100697<br>820100698<br>820100699<br>820100700<br>820100701<br>830100187                                                                                                                                                                                                                 | 該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):ア GCS≤14<br>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<br>該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):ウ 意識変化(興奮、鎮眠、会話の反応が鈍い等)<br>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<br>該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):オ 家族等の希望<br>該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):カ その他<br>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)):*****                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                    |
|     |       |                                                                                              |                                                                                                                                                                            | 820100702<br>820100703                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):ア GCS≤14<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                    |

| 項番  | 区分       | 診療行為<br>名称等                                          | 記 載 事 項                                                                                                                    | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 379 | E        | コンピューター断層撮影診断科<br>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、かに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。                                                    | 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)):*****                                   |             |                    |
| 380 | E        | コンピューター断層撮影診断科<br>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、かに該当する場合は、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 頭蓋骨骨折の熟知又は微候                                          |             |                    |
|     |          |                                                      |                                                                                                                            | 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)):*****                                    |             |                    |
| 381 | E101-2の5 | ボジトロン断層撮影<br>5 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合                 | (効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品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)<br>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(ボジトロン断層撮影(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                                               |             |                    |
|     |          |                                                      |                                                                                                                            | 820101168            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0                                                   |             |                    |
|     |          |                                                      | 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。)                                         | 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                                                     |             |                    |
|     |          |                                                      |                                                                                                                            |                      |                                                                            |             |                    |
| 382 | E101-2の6 | ボジトロン断層撮影<br>6 PSMAイメージング剤を用いた場合                     | (2回以上算定する場合)<br>医学的必要性を記載すること。                                                                                             | 830100945            | 2回以上算定する医学的必要性(ボジトロン断層撮影 6 PSMAイメージング剤を用いた場合):*****                        |             | ※                  |
| 383 | E101-3の4 | ボジトロン断層・コンピューター断層複合撮影<br>4 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合     | (効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品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)<br>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(ボジトロン断層・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                                               |             |                    |
|     |          |                                                      |                                                                                                                            | 820101168            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0                                                   |             |                    |
|     |          |                                                      | 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。)                                         | 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                                                     |             |                    |
|     |          |                                                      |                                                                                                                            |                      |                                                                            |             |                    |
| 384 | E101-3の5 | ボジトロン断層・コンピューター断層複合撮影<br>5 PSMAイメージング剤を用いた場合         | (2回以上算定する場合)<br>医学的必要性を記載すること。                                                                                             | 830100946            | 2回以上算定する医学的必要性(ボジトロン断層・コンピューター断層複合撮影 5 PSMAイメージング剤を用いた場合):*****            |             | ※                  |
| 385 | E101-4の3 | ボジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影<br>3 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合 | (効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品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)<br>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(ボジトロン断層・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                                               |             |                    |
|     |          |                                                      |                                                                                                                            | 820101168            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0                                                   |             |                    |
|     |          |                                                      | 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。)                                         | 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                                                     |             |                    |
| 386 | E101-2の4 | ボジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影<br>4 PSMAイメージング剤を用いた場合     | (2回以上算定する場合)<br>医学的必要性を記載すること。                                                                                             | 830100947            | 2回以上算定する医学的必要性(ボジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影 4 PSMAイメージング剤を用いた場合):*****        |             | ※                  |
|     |          |                                                      | (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)<br>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)                                                                    | ○           |                    |
|     |          |                                                      |                                                                                                                            | 170901510            | CT撮影(128列以上)共同利用施設(面診共同)                                                   | ○           |                    |

| 項番  | 区分          | 診療行為<br>名称等                 | 記 載 事 項                                                                                                                         | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 387 | E200        | コンピューター断層撮<br>影             | (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<br>撮影を算定した場合)<br>面診共同と表示すること。                                             | 170901610            | CT撮影(128列以上)共同利用施設・頭部外傷(面診共同)                           | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170901910            | CT撮影(128列以上)(その他)(面診共同)                                 | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170902010            | CT撮影(128列以上)(その他)頭部外傷(面診共同)                             | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170040210            | CT撮影(64列以上128列未満)共同利用施設(面診共同)                           | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170040310            | CT撮影(64列以上128列未満)共同利用施設・頭部外傷(面診共同)                      | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170040410            | CT撮影(64列以上128列未満)(その他)(面診共同)                            | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170040510            | CT撮影(64列以上128列未満)(その他)頭部外傷(面診共同)                        | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170040610            | CT撮影(16列以上64列未満)(面診共同)                                  | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170040710            | CT撮影(16列以上64列未満)頭部外傷(面診共同)                              | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170040810            | CT撮影(4列以上16列未満)(面診共同)                                   | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170040910            | CT撮影(4列以上16列未満)頭部外傷(面診共同)                               | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170041010            | CT撮影(イ、ロ又はハ以外)(面診共同)                                    | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170041110            | CT撮影(イ、ロ又はハ以外)頭部外傷(面診共同)                                | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170041210            | 脳槽CT撮影(造影含む)(面診共同)                                      | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170041310            | 脳槽CT撮影(造影含む)頭部外傷(面診共同)                                  | ○           |                    |
|     |             |                             | 撮影部位を選択して記載すること。<br>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):*****                                   |             |                    |
| 388 | E200<br>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節E200 コンピューター断層<br>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<br>な理由を記載すること。 | 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<br>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<br>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<br>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):*****                                |             |                    |
| 389 | E200-2      | 血流予備量比コン<br>ピューター断層撮影解<br>析 | 血流予備量比コンピューター断層撮影解析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解析):*****                     |             |                    |
| 390 | E202        | 磁気共鳴コンピュ<br>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)<br>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<br>撮影を算定した場合)<br>面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(面診共同)                               | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170041510            | MRI撮影(3テスラ以上)(その他)(面診共同)                                | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170041610            | MRI撮影(1. 5テスラ以上3テスラ未満)(面診共同)                            | ○           |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 170041710            | MRI撮影(1又は2以外)(面診共同)                                     | ○           |                    |
| 391 | E202        | 磁気共鳴コンピュ<br>ーター断層撮影         | 撮影部位を選択して記載すること。<br>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):頸椎                                          |             |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 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):*****                                  |             |                    |
| 392 | E202<br>注10 | 肝エラストグラフィー加<br>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)                                        |             |                    |
|     |             |                             | (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節第2節F100処方料の<br>(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)<br>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<br>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)<br>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”                         |             |                    |
|     |             |                             |                                                                                                                                 | 850100202            | 薬剤切替開始年月日(処方料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”                      |             |                    |

| 項番  | 区分           | 診療行為<br>名称等                  | 記 載 事 項                                                                                                                                                                             | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 393 | F100<br>F400 | 処方料<br>処方箋料                  | (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)<br>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。 | 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)<br>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)<br>その旨を記載すること。                                                                                                                        | 820100741              | 複数診療科で処方                                                                                     |             |                    |
|     |              |                              | (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)<br>その日付及び理由を記載すること。                                                                                            | 850100513              | 処方箋料を算定する年月日:(元号)yy“年”mm“月”dd“日”                                                             |             | ※                  |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                     | 830100948              | その理由:*****                                                                                   |             | ※                  |
| 394 | F100<br>F400 | 処方料及び処方箋料<br>の特定疾患処方管理<br>加算 | (隔日、漸増・減等で投与する場合)<br>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                                                                                        |             |                    |
| 395 | 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)<br>「退院時 日分投薬」と記載すること。<br>(入院患者に対し退院時に投薬(屯服薬)を行った場合)<br>「退院時 回分投薬」と記載すること。<br>(入院患者に対し退院時に投薬(外用薬)を行った場合)<br>「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した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)<br>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(薬剤料:*****                                                                         |             |                    |
| 396 | F200<br>F400 | 薬剤等(入院外分)<br>処方箋料            | (ビタミン剤を投与した場合)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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):*****                                                                       |             |                    |
|     |              |                              | (手術後の患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合)<br>手術年月日を記載すること。                                                                                                                                      | 850100514              | 手術年月日(薬剤料・処方箋料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”                                                          |             | ※                  |
|     |              |                              | (経管により栄養補給を行っている患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合)<br>直近の食道瘻の造設若しくはカテーテル交換、胃瘻の造設若しくはカテーテル交換、膈瘻の造設若しくはカテーテル交換又は経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術の実施年月日を記載すること。                                                 | 850100515              | 直近の食道瘻の造設若しくはカテーテル交換、胃瘻の造設若しくはカテーテル交換又は経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術の実施年月日(薬剤料・処方箋料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” |             | ※                  |
|     |              |                              | (手術後の患者又は経管により栄養補給を行っている患者以外に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合)<br>栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。                                                                                         | 830100949              | 栄養保持を目的とした医薬品を投与した理由(薬剤料・処方箋料):*****                                                         |             | ※                  |
| 397 | G<br>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”                                                    |             |                    |
| 398 | G<br>通則10    | 看護師等遠隔診療注射実施料                | 当該注射の区分番号を記載すること。                                                                                                                                                                   | 830100950              | 看護師等により実施した注射の区分番号:                                                                          |             | ※                  |
| 399 | 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”                                                   |             |                    |
| 400 | 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”                                                 |             |                    |
| 401 | 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した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)<br>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。<br>〔記載例〕<br>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)(理学) 6単位<br>心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)(作業) 6単位<br>実施日数3日                                                                                | 180744210              | 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)(理学療法士による場合)                                                              | ○           |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                     | 829491867<br>180763730 | 心大血管疾患リハビリテーション料(離床減)                                                                        | ○           | ※                  |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                     | 830100208              | 疾患名(心大血管疾患リハビリテーション料):*****                                                                  |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                     |                        |                                                                                              |             |                    |

| 項番  | 区分         | 診療行為<br>名称等                                 | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 402 | H000       | 心大血管疾患リハビリ<br>テーション料                        | 疾患名及び治療開始年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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"                         |             |                    |
|     |            |                                             | (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))<br>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、歩行速度及び運動前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。<br>【記載例】<br>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)<br>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"   |             |                    |
| 403 | H000<br>注2 | 心大血管疾患リハビリ<br>テーション料の早期リ<br>ハビリテーション加算      | 入院年月日を記載すること。<br>ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100516              | 入院年月日(早期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                    |             | ※                  |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100517              | 転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"         |             | ※                  |
| 404 | H000<br>注3 | 心大血管疾患リハビリ<br>テーション料の初期加<br>算               | 発症、手術若しくは急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100518              | 発症年月日(初期加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                             |             |                    |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100519              | 手術年月日(初期加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                             |             |                    |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100520              | 急性増悪年月日(初期加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                           |             |                    |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100521              | 治療開始年月日(初期加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                           |             | ※                  |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                       |             |                    |
| 405 | H000<br>注4 | 心大血管疾患リハビリ<br>テーション料の急性期<br>リハビリテーション加<br>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(10)に掲げるアからエまでのいずれか)を毎日に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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)(心大血管疾患リハ):(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)(心大血管疾患リハ):(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)(心大血管疾患リハ):(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)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"        |             |                    |
|     |            |                                             | 発症、手術若しくは急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100522              | 発症年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                   |             | ※                  |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100523              | 手術年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                   |             | ※                  |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100524              | 急性増悪年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                 |             | ※                  |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100525              | 治療開始年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                 |             | ※                  |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                       |             |                    |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                       |             |                    |
| 406 | H000<br>注5 | 心大血管疾患リハビリ<br>テーション料の休日リ<br>ハビリテーション加算      | 発症、手術若しくは急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100526              | 発症年月日(休日リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                    |             | ※                  |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100527              | 手術年月日(休日リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                    |             | ※                  |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100528              | 急性増悪年月日(休日リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                  |             | ※                  |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100529              | 治療開始年月日(休日リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                  |             | ※                  |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                       |             |                    |
| 407 | H001       | 脳血管疾患等リハビリ<br>テーション料                        | 算定単位数及び実施日数を記載すること。<br>【記載例】<br>(離床減)<br>脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(理学) 6単位<br>脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(作業) 6単位<br>実施日数3日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 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)                                       | ○           |                    |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 5                      | 5                                                                     |             |                    |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820404969<br>180766930 | 脳血管疾患等リハビリテーション料(離床減)                                                 | ○           | ※                  |
|     |            |                                             | 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))<br>心大血管疾患リハビリテーション料(項番376)と同様。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830100212              | 継続理由(脳血管疾患等リハビリテーション料):*****                                          |             |                    |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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" |             |                    |
|     |            |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                       |             |                    |
|     |            |                                             | (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)<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                                       |             |                    |

| 項番  | 区分           | 診療行為<br>名称等                     | 記 載 事 項                                                                                                                                                       | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 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"  |             |                    |
| 408 | H001<br>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  | 入院年月日を記載すること。<br>ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。                                                                                         | 850100530              | 入院年月日(早期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                        |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100531              | 転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"             |             | ※                  |
|     |              |                                 | (入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合)<br>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                                                      |             |                    |
| 409 | H001<br>注3   | 脳血管疾患等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。                                                                                                                                       | 850100532              | 発症年月日(初期加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                 |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100533              | 手術年月日(初期加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                 |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100534              | 急性増悪年月日(初期加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                               |             | ※                  |
|     |              |                                 | (入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合)<br>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                                                      |             |                    |
| 410 | H001<br>注4   | 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 | 算定の根拠となった条件(「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節H000(10)に掲げるアからエまでのいずれか)を毎日に記載すること。                                                                       | 850100535              | 算定の根拠となった条件アの年月日(急性期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"            |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100536              | 算定の根拠となった条件イの年月日(急性期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"            |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100537              | 算定の根拠となった条件ウの年月日(急性期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"            |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100538              | 算定の根拠となった条件エの年月日(急性期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"            |             | ※                  |
|     |              |                                 | 発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。                                                                                                                                       | 850100539              | 発症年月日(急性期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                       |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100540              | 手術年月日(急性期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                       |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100541              | 急性増悪年月日(急性期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                     |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               |                        |                                                                      |             |                    |
| 411 | H001<br>注5   | 脳血管疾患等リハビリテーション料                | 発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。                                                                                                                                       | 850100542              | 発症年月日(休日リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                        |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100543              | 手術年月日(休日リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                        |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100544              | 急性増悪年月日(休日リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                      |             | ※                  |
| 412 | H001-2       | 廃用症候群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。<br>〔記載例〕<br>(離床減)<br>廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(理学) 6単位<br>廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(作業) 6単位<br>実施日数3日                                                   | 180750510              | 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(理学療法士による場合)                                       | ○           |                    |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | \$                     | \$                                                                   |             |                    |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 820401869<br>180770130 | 廃用症候群リハビリテーション料(離床減)                                                 | ○           | ※                  |
|     |              |                                 | 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):*****                                           |             |                    |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100545              | 診断年月日(廃用症候群リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                           |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100546              | 急性増悪年月日(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))<br>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):*****                                          |             |                    |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 830100216              | 新たな疾患名(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)<br>新たな疾患名及び治療開始日又は発症月日等を記載すること。                                                                                     | 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"   |             |                    |
| 413 | H001-2<br>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   | 入院年月日を記載すること。<br>ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。                                                                                         | 850100547              | 入院年月日(早期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                    |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100548              | 転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"         |             | ※                  |
| 414 | H001-2<br>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。                                                                                            | 850100612              | 発症年月日(初期加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                             |             |                    |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100613              | 手術年月日(初期加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                             |             |                    |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100614              | 急性増悪年月日(初期加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                           |             |                    |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 830100799              | 疾患名(初期加算)(廃用症候群リハ):*****                                             |             |                    |
| 415 | H001-2<br>注4 | 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  | 算定の根拠となった条件(「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節H000(10)に掲げるアからエまでのいずれか)を毎日に記載すること。                                                                       | 850100549              | 算定の根拠となった条件アの年月日(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"        |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100550              | 算定の根拠となった条件イの年月日(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"        |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100551              | 算定の根拠となった条件ウの年月日(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"        |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100552              | 算定の根拠となった条件エの年月日(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"        |             | ※                  |
|     |              |                                 |                                                                                                                                                               | 850100553              | 発症年月日(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                   |             | ※                  |

| 項番  | 区分           | 診療行為<br>名称等                   | 記 載 事 項                                                                                                                                                      | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |              |                               | 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。                                                                                           | 850100554              | 手術年月日(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                 |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 850100555              | 急性増悪年月日(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”               |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 830100992              | 疾患名(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):*****                                 |             | ※                  |
| 416 | H001-2<br>注5 | 廃用症候群リハビリテーション料の休日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月日を記載すること。                                                                                           | 850100557              | 発症年月日(休日リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                  |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 850100558              | 手術年月日(休日リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                  |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 850100559              | 急性増悪年月日(休日リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 830100993              | 疾患名(休日リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):*****                                  |             | ※                  |
| 417 | 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。<br>〔記載例〕<br>(離床減)<br>運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(理学) 6単位<br>運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(作業) 6単位<br>実施日数3日                                                      | 180755710              | 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(理学療法士による場合)                                       | ○           |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | §                      | §                                                                  |             |                    |
|     |              |                               | 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。                                                                                                              | 829494879<br>180772730 | 運動器リハビリテーション料(離床減)                                                 | ○           | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 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)<br>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)<br>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”   |             |                    |
| 418 | H002<br>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   | 入院年月日を記載すること。<br>ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。                                                                                        | 850100561              | 入院年月日(早期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                    |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 850100562              | 転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”         |             | ※                  |
|     |              |                               | (入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合)<br>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                                                    |             |                    |
| 419 | H002<br>注3   | 運動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。                                                                                                                                      | 850100563              | 発症年月日(初期加算)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                             |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 850100564              | 手術年月日(初期加算)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                             |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 850100565              | 急性増悪年月日(初期加算)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                           |             | ※                  |
|     |              |                               | (入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合)<br>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                                                    |             |                    |
| 420 | H002<br>注4   | 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  | 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節H000(10)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。                                                                      | 850100566              | 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)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”        |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 850100567              | 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)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”        |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 850100568              | 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)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”        |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 850100569              | 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)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”        |             | ※                  |
|     |              |                               | 発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。                                                                                                                                      | 850100570              | 発症年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                   |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 850100571              | 手術年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                   |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 850100572              | 急性増悪年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                 |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              |                        |                                                                    |             |                    |
| 421 | H002<br>注5   | 運動器リハビリテーション料の休日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。                                                                                                                                      | 850100573              | 発症年月日(休日リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                    |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 850100574              | 手術年月日(休日リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                    |             | ※                  |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 850100575              | 急性増悪年月日(休日リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                  |             | ※                  |
|     |              |                               | 算定単位数及び実施日数を記載すること。<br>〔記載例〕<br>(離床減)<br>呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)(理学) 6単位<br>呼吸器患リハビリテーション料(Ⅰ)(作業) 6単位<br>実施日数3日                                                     | 180759710              | 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)(理学療法士による場合)                                       | ○           |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | §                      | §                                                                  |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                              | 829494874<br>180774130 | 呼吸器リハビリテーション料(離床減)                                                 | ○           | ※                  |

| 項番  | 区分             | 診療行為<br>名称等                  | 記 載 事 項                                                                                                                                                       | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 422 | H003           | 呼吸器リハビリテーション料                | 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))<br>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)<br>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”   |             |                    |
| 423 | H003<br>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  | 入院年月日を記載すること。<br>ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。                                                                                         | 850100576            | 入院年月日(早期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                    |             | ※                  |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 850100577            | 転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”         |             | ※                  |
| 424 | H003<br>注3     | 呼吸器リハビリテーション料の初期加算           | 発症、手術又は急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。                                                                                                                                 | 850100215            | 発症年月日(初期加算)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                             |             |                    |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 850100216            | 手術年月日(初期加算)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                             |             |                    |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 850100217            | 急性増悪年月日(初期加算)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                           |             |                    |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 850100578            | 治療開始年月日(初期加算)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                           |             | ※                  |
| 425 | H003<br>注4     | 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節H000(10)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。                                                                       | 850100579            | 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)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”        |             | ※                  |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 850100580            | 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)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”        |             | ※                  |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 850100581            | 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)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”        |             | ※                  |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 850100582            | 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)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”        |             | ※                  |
|     |                |                              | 発症、手術若しくは急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。                                                                                                                               | 850100583            | 発症年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                   |             | ※                  |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 850100584            | 手術年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                   |             | ※                  |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 850100585            | 急性増悪年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                 |             | ※                  |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 850100586            | 治療開始年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                 |             | ※                  |
| 426 | H003<br>注5     | 呼吸器リハビリテーション料の休日リハビリテーション加算  | 発症、手術若しくは急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。                                                                                                                               | 850100587            | 発症年月日(休日リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                    |             | ※                  |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 850100589            | 手術年月日(休日リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                    |             | ※                  |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 850100590            | 急性増悪年月日(休日リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                  |             | ※                  |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 850100591            | 治療開始年月日(休日リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                  |             | ※                  |
| 427 | H003-2<br>注6、7 | 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)<br>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):*****                                           |             |                    |
| 428 | 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”                                |             |                    |
| 429 | 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”                  |             |                    |
| 430 | 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            | パーキンソン病                                                            |             |                    |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 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            | ピュルガー病                                                             |             |                    |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 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            | 後縦靱帯骨化症                                                            |             |                    |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 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            | ウェグナー－肉芽腫症                                                         |             |                    |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 820100299            | 多系統萎縮症                                                             |             |                    |
|     |                |                              |                                                                                                                                                               | 820100170            | 広範脊柱管狭窄症                                                           |             |                    |

| 項番  | 区分     | 診療行為<br>名称等                         | 記 載 事 項                                                                                                                                                       | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |        |                                     |                                                                                                                                                               | 820100171            | 特発性大脳骨頭壊死症                                            |             |                    |
|     |        |                                     |                                                                                                                                                               | 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            | 黄色軟骨骨化症                                               |             |                    |
|     |        |                                     |                                                                                                                                                               | 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                                         |             |                    |
| 431 | 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"          |             |                    |
|     |        |                                     |                                                                                                                                                               | 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                        |             |                    |
|     |        |                                     |                                                                                                                                                               | 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                      |             |                    |
|     |        |                                     |                                                                                                                                                               | 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                                      |             |                    |
| 435 | 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。<br>〔記載例〕<br>運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 185×18<br>実施日数3日<br>(リハ選)<br>運動器リハビリテーション料 1,850円×1    | 830100372            | リハ選:*****                                             |             |                    |
|     |        |                                     |                                                                                                                                                               | 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"                |             |                    |
| 436 | 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。                                                                                                                                         | 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"                |             |                    |
|     |        |                                     | (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)<br>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"                  |             |                    |
|     |        |                                     |                                                                                                                                                               | 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)                                 |             |                    |
|     |        |                                     | 診療に要した時間に応じて、選択して記載すること。<br>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。 | 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60分未満(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)<br>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       |             |                    |
|     |        |                                     |                                                                                                                                                               | 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"    |             |                    |
| 438 | 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。                                                                                                                               | 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" |             |                    |

| 項番  | 区分                               | 診療行為<br>名称等                                                  | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                   | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 439 | I002<br>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)<br>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"                        |             |                    |
| 440 | I002<br>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)<br>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):*****                              |             |                    |
| 441 | I002<br>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)<br>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):*****          |             |                    |
| 442 | I002<br>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の適切な実施に関する指針」(「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)<br>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)<br>オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、当該処方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) |             |                    |
| 443 | 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節第2節F100処方料の(3)のAの(イ)から(ニ)のいずれかに該当し、算定する場合」<br>(3)のA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) 向精神薬投与と患者の既往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)                               |             |                    |
| 444 | I002-3の2                         | 救急患者精神科継続支援料<br>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)<br>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"                  |             |                    |
| 445 | 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)                                     |             |                    |
| 446 | 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"                       |             |                    |
|     |                                  |                                                              | 当該診療に要した時間を記載すること。                                                                                                                                                                                        | 842100053            | 一連の治療の算定回数の合計(認知療法・認知行動療法):*****                               |             |                    |
|     |                                  |                                                              |                                                                                                                                                                                                           | 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)                                 |             |                    |
| 447 | 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。<br>例「胃潰瘍(心身症)」                                                                                                                                               |                      | 傷病名コード<br>(傷病名を表示する。)                                          | ○           |                    |
|     |                                  |                                                              | (初診の日に心身医学療法を算定した場合)<br>診療に要した時間を記載すること。                                                                                                                                                                  | 852100010            | 修飾語コード<br>(修飾語を表示する。)                                          | ○           |                    |
| 448 | 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"                           |             |                    |
| 449 | I008-2<br>I009<br>I010<br>I010-2 | 精神科ショート・ケア<br>精神科デイ・ケア<br>精神科ナイト・ケア<br>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):*****                                        |             |                    |
|     |                                  |                                                              | (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)<br>算定日を記載すること。                                                                                                                                                       | 830100228            | 通算入院期間(精神科デイ・ナイト・ケア):*****                                     |             |                    |
| 450 | I008-2<br>I009<br>I010<br>I010-2 | 精神科ショート・ケア<br>精神科デイ・ケア<br>精神科ナイト・ケア<br>精神科デイ・ナイト・ケア<br>の早期加算 | 最初に当該療法を算定した年月日又は精神科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            | 精神科病床の退院年月日(早期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                          |             |                    |
| 451 | 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"                     |             |                    |
| 452 | I011-2                           | 精神科退院前訪問指導料                                                  | (2回以上算定した場合)<br>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"                       |             |                    |
| 453 | I012                             | 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)<br>精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)<br>精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)           | (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)<br>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):*****                |             |                    |
|     |                                  |                                                              | (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)<br>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)<br>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—91(精神科訪問看護・指導料)                                       |             |                    |
|     |                                  |                                                              |                                                                                                                                                                                                           | 820101020            | GAF尺度90—81(精神科訪問看護・指導料)                                        |             |                    |
|     |                                  |                                                              |                                                                                                                                                                                                           | 820101021            | GAF尺度80—71(精神科訪問看護・指導料)                                        |             |                    |
|     |                                  |                                                              |                                                                                                                                                                                                           | 820101022            | GAF尺度70—61(精神科訪問看護・指導料)                                        |             |                    |
|     |                                  |                                                              |                                                                                                                                                                                                           | 820101023            | GAF尺度60—51(精神科訪問看護・指導料)                                        |             |                    |
|     |                                  |                                                              |                                                                                                                                                                                                           | 820101024            | GAF尺度50—41(精神科訪問看護・指導料)                                        |             |                    |
|     |                                  |                                                              |                                                                                                                                                                                                           | 820101025            | GAF尺度40—31(精神科訪問看護・指導料)                                        |             |                    |
|     |                                  |                                                              |                                                                                                                                                                                                           | 820101026            | GAF尺度30—21(精神科訪問看護・指導料)                                        |             |                    |
|     |                                  |                                                              |                                                                                                                                                                                                           | 820101027            | GAF尺度20—11(精神科訪問看護・指導料)                                        |             |                    |
|     |                                  |                                                              |                                                                                                                                                                                                           | 820101028            | GAF尺度10—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)                                            |             |                    |

| 項番  | 区分         | 診療行為<br>名称等                                        | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 454 | 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)                                |             |                    |
| 455 | 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”       |             |                    |
| 456 | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830100952            | 患者住所(精神科訪問看護・指導料・特別地域訪問看護加算):*****                    |             | ※                  |
|     |            |                                                    | (特別地域訪問看護加算口の場合)<br>精神科訪問看護・指導を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 852100020            | 訪問に要する時間(片道)(精神科訪問看護・指導料・特別地域訪問看護加算)                  |             | ※                  |
|     |            |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850100592            | 訪問年月日(精神科訪問看護・指導料・特別地域訪問看護加算口の場合):(元号)yy“年”mm”月”dd”日” |             | ※                  |
|     |            |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 852100021            | 訪問看護時間(精神科訪問看護・指導料・特別地域訪問看護加算口の場合)                    |             | ※                  |
| 457 | I012<br>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”              |             |                    |
| 458 | 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):*****                  |             |                    |
| 459 | 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)                                             |             |                    |
| 460 | 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                                                  |             |                    |
| 461 | I014       | 医療保護入院等診療料2                                        | 多職種による退院支援に係るカンファレンスを行った日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850100593            | カンファレンス実施年月日(医療保護入院等診療料2):(元号)yy“年”mm”月”dd”日”         |             | ※                  |
| 462 | 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”                  |             |                    |
| 463 | 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)                                    |             |                    |
| 464 | 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)<br>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。<br>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。 | 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):*****                |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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                 |             |                    |

| 項番  | 区分         | 診療行為<br>名称等                     | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |            |                                 |                                                                                                                                                                                        | 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)<br>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節016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)<br>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」):*****           |             |                    |
| 465 | 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<br>〔記載例〕<br>精神科デイ・ケア(小規模) 590×5<br>(精選)<br>精神科デイ・ケア 5,900円×1                                                     | 830100534            | 精選:*****                                       |             |                    |
| 466 | J<br>通則9   | 看護師等遠隔診療処置実施料                   | 当該処置の区分番号を記載すること。                                                                                                                                                                      | 830100953            | 看護師等により実施した処置の区分番号:*****                       |             | ※                  |
| 467 | 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):*****                   |             |                    |
| 468 | 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"                |             |                    |
| 469 | 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)<br>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):*****                       |             |                    |
| 470 | 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、深さ度及び面積を含む。)、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):*****                             |             |                    |
| 471 | J003       | 局所陰圧閉鎖処置(入院)                    | (J040局所灌流の「2」骨髄・骨髄炎に対するものを併せて算定する場合)<br>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):*****             |             |                    |
|     |            |                                 |                                                                                                                                                                                        | 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)):*****          |             |                    |
|     |            |                                 | (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)<br>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。                                                                                                                    | 830100247            | 医学的必要性(局所陰圧閉鎖処置(入院)):*****                     |             |                    |
|     |            |                                 |                                                                                                                                                                                        | 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):*****                           |             |                    |
|     |            |                                 |                                                                                                                                                                                        |                      |                                                |             |                    |
| 472 | J003<br>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):*****             |             |                    |
| 473 | 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)<br>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"   |             |                    |
|     |            |                                 |                                                                                                                                                                                        | 830100459            | 併算定した処置の部位(局所陰圧閉鎖処置):*****                     |             |                    |
|     |            |                                 | (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)<br>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。                                                                                                                    | 830100460            | 対象部位(局所陰圧閉鎖処置):*****                           |             |                    |
| 474 | 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)<br>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"     |             |                    |
|     |            |                                 | 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):*****              |             |                    |

| 項番  | 区分                         | 診療行為<br>名称等                             | 記 載 事 項                                                                                                                  | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 475 | J003-4                     | 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)<br>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);*****                             |             |                    |
| 476 | 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細を記載すること。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              | 症状詳細(硬膜外自家血注入);*****                             |             |                    |
| 477 | 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);*****           |             |                    |
| 478 | 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)<br>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)<br>高気圧酸素治療の実施時間を記載すること。                                                                   | 140967510<br>852100022 | 高気圧酸素治療(減圧症又は空気塞栓)<br>実施時間(高気圧酸素療法)              | ○           | ※                  |
| 479 | J032<br>注                  | 肛門拡張法の周術期<br>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))                              |             |                    |
| 480 | J034-2                     | 経鼻栄養・薬剤投与<br>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)<br>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);*****                  |             |                    |
| 481 | 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)            |                                                  | ○           |                    |
|     |                            |                                         |                                                                                                                          | 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 急性肺炎)                               |             |                    |
|     |                            |                                         |                                                                                                                          | 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(ス 麻酔による手術を実施した状態)                     |             |                    |
| 483 | J038<br>注3<br>J038-2<br>注2 | 人工腎臓の障害者等<br>加算<br>持続緩徐式血液濾過<br>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。                                | 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);*****        |             |                    |
|     |                            |                                         |                                                                                                                          | 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                       |             |                    |
| 484 | J038注14                    | 人工腎臓<br>透析時運動指導等加<br>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” |             |                    |
|     |                            |                                         |                                                                                                                          | 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)                                  |             |                    |
|     |                            |                                         |                                                                                                                          | 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                     |             |                    |
|     |                            |                                         |                                                                                                                          | 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)                                  |             |                    |
|     |                            |                                         |                                                                                                                          | 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                     |             |                    |
|     |                            |                                         |                                                                                                                          | 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)                                  |             |                    |
|     |                            |                                         |                                                                                                                          | 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                     |             |                    |
|     |                            |                                         | 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)                                  |             |                    |
|     |                            |                                         |                                                                                                                          | 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                     |             |                    |

| 項番  | 区分           | 診療行為<br>名称等              | 記 載 事 項                                                                                                                                                       | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 485 | J038-2       | 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)のアから力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。                                                                  | 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(重症急性肺炎の患者)(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):*****    |             |                    |
| 486 | 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)<br>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):*****                             |             |                    |
| 487 | J039<br>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)<br>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):*****     |             |                    |
| 488 | 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)                                     |             |                    |
| 489 | 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)のアの1に該当する場合)                                                                                          | 830100257            | アの1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。                                                                 | 830100258            | アの2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。                                                                        | 830100259            | アの3の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法):*****                |             |                    |
|     |              |                          |                                                                                                                                                               | 830100260            | イの1の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法):*****                |             |                    |
| 490 | 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)<br>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):*****                 |             |                    |
|     |              |                          | (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)<br>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)                                 |             |                    |
| 491 | J042の1       | 連続機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"         |             |                    |
| 492 | J043-3<br>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A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。                                                                  | 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 ストーマ腫瘍(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))                    |             |                    |
|     |              |                          |                                                                                                                                                               | 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))              |             |                    |
| 493 | 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):*****         |             |                    |

| 項番  | 区分         | 診療行為<br>名称等                        | 記 載 事 項                                                                                                                                                     | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 494 | J045<br>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"                  |             |                    |
| 495 | J045<br>注5 | 人工呼吸 腹臥位療<br>法加算                   | 当該月の算定日及び1回の開始年月日、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<br>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)                                      |             |                    |
| 496 | 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)<br>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):*****                         |             |                    |
| 497 | J047-3     | 心不全に対する遠赤<br>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"<br>"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):*****                      |             |                    |
| 498 | 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"                  |             |                    |
| 499 | J054-2     | 皮膚レーザー照射療<br>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"<br>"日"     |             |                    |
| 500 | J070-2     | 干渉低周波による膀胱<br>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"<br>"dd"日"   |             |                    |
| 501 | J070-3     | 冷却褥処置                              | 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                                             |             |                    |
| 502 | J070-4     | 磁気による膀胱等刺<br>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):*****                           |             |                    |
| 503 | J118-4     | 歩行運動処置(ロボッ<br>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)<br>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<br>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<br>支えない。 | 830100264            | 症状詳記(歩行運動処置(ロボットスーツ)):*****                        |             |                    |
| 504 | J008等      | 180日を超える期間通<br>算対象入院料を算定<br>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<br>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)<br>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)                            | ○           |                    |
|     |            |                                    |                                                                                                                                                             | 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                           |             |                    |
| 505 | 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<br>採寸を実施した場合)<br>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):*****                              |             |                    |
| 506 | K          | 手術                                 | 算定日を記載すること。<br>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<br>れ算定日を記載すること。                                                                         | 算定日情報                | (算定日)                                              | ○           |                    |
| 507 | K 通則7      | 通則7<br>1,500グラム未満の児<br>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)):*****                             |             |                    |
| 508 | K 通則12     | 通則12<br>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<br>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"<br>"mm"分"     |             |                    |
|     |            |                                    |                                                                                                                                                             | 853100025            | 休日加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"                    |             |                    |
|     |            |                                    |                                                                                                                                                             | 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"             |             |                    |
| 509 | K通則23      | 外科医療確保特別加<br>算                     | 手術を実施した診療科を記載すること。                                                                                                                                          | 830100954            | 手術実施診療科(外科医療確保特別加算):*****                          |             | ※                  |
| 510 | 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)<br>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)許浴連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎に対して行う場合)<br>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):*****                            |             |                    |

| 項番  | 区分       | 診療行為<br>名称等                                         | 記 載 事 項                                                                                                                                 | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |          |                                                     |                                                                                                                                         | 830100270            | 画像所見(デブリードマン):*****                                                |             |                    |
| 511 | 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):*****                                              |             |                    |
| 512 | K022の1   | 組織拡張器による再<br>建手術<br>1 乳房(再建手術)の<br>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。<br><br>(一連の治療につき2回以上算定する場合)<br>その詳細な理由を記載すること。 | 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                                                  |             |                    |
|     |          |                                                     |                                                                                                                                         | 830100271            | 詳細理由(組織拡張器による再建手術(乳房(再建手術))):*****                                 |             |                    |
| 513 | K022の2   | 組織拡張器による再<br>建手術<br>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)<br>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)):*****                                      |             |                    |
| 514 | K046注    | 骨折脱臼の手術の緊急<br>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"                                |             |                    |
| 515 | K047     | 難治性骨折電磁波電<br>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)<br>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):*****                                          |             |                    |
| 516 | K047-2   | 難治性骨折超音波治<br>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)<br>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):*****                                            |             |                    |
| 517 | 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<br>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):*****                                               |             |                    |
| 518 | K059     | 骨移植術(軟骨移植<br>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)<br>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):*****                                               |             |                    |
| 519 | K079-2注  | 靱帯断裂形成手術<br>(関節鏡下)の一次的<br>両靱帯形成加算                   | 両靱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靱帯形成術の医学的必要性を記載すること。                                                                                        | 830100277            | 両靱帯損傷と診断する根拠となった検査所見(一次的両靱帯形成加算):<br>*****                         |             |                    |
|     |          |                                                     |                                                                                                                                         | 830100278            | 一期的な両靱帯形成術の医学的必要性(一次的両靱帯形成加算):<br>*****                            |             |                    |
| 520 | K081注    | 人工骨髄挿入術の緊急<br>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"                                  |             |                    |
| 521 | K082の1の口 | 人工関節置換術<br>人工肩関節置換術<br>腱移行を伴うもの                     | 本治療を選択した医学的必要性について記載すること。                                                                                                               | 830100955            | 治療を選択した医学的理由(人工肩関節置換術(腱移行を伴うもの)):<br>*****                         |             | ※                  |
| 522 | K096-2   | 体外衝撃波疼痛治<br>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)<br>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):*****                                      |             |                    |
| 523 | K172 の2  | 脳動静脈奇形摘出術                                           | SM－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－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):*****                                             |             |                    |
| 524 | K268     | 緑内障手術<br>6 水晶体再建術併用<br>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)):*****                               |             |                    |
| 525 | K280-2   | 網膜付着組織を含む<br>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):*****                                        |             |                    |
| 526 | K282     | 水晶体再建術の注の<br>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(水晶体表拡張リング使用加算(水晶体再建術)):*****                                  |             |                    |
| 527 | 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):*****                                                |             |                    |
| 528 | K474-3   | 乳腺腫瘍画像下ガイド<br>下吸引術<br>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)):*****                                   |             |                    |
| 529 | K476-4   | ゲル充填人工乳房を<br>用いた乳房再建術(乳<br>房切除後)(内視鏡下<br>によるものを含む。) | 「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(内視鏡下によるものを含む。))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                                                  |             |                    |
| 530 | 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<br>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):*****                                       |             |                    |
|     |          |                                                     |                                                                                                                                         | 830100550            | 医学的根拠(留意事項通知K546(2)のウ):*****                                       |             |                    |

| 項番  | 区分                           | 診療行為<br>名称等                                                                          | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                    | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 531 | K546<br>K547<br>K548<br>K549 | 経皮的冠動脈形成術<br>経皮的冠動脈粥腫切<br>除術<br>経皮的冠動脈形成術<br>(特殊カテーテルによ<br>るもの)<br>経皮的冠動脈ステント<br>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節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。 | 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A測定値:                        |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 842100076            | 留意事項通知K549(2)のA測定値:                        |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 850100453            | 留意事項通知K546(7)のA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A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A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A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                      |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100064            | 留意事項通知K549(3)のウ来院時刻                        |             |                    |

| 項番  | 区分                                   | 診療行為<br>名称等                                                                                          | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                             | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |                                      |                                                                                                      | (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)<br>「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。 | 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)のフ):*****                              |             |                    |
|     |                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 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)のフ):*****                              |             |                    |
|     |                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 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                |             |                    |
| 532 | K555注<br>K555-3注<br>K557-3注<br>K560注 | 弁置換術の心臓弁再置換術加算<br>胸腔鏡下弁置換術の心臓弁再置換術加算<br>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<br>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):*****                                   |             |                    |
| 533 | K555-4                               | 経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術                                                                                      | 弁置換術が適応とならない理由を記載すること。                                                                                                                                                                                              | 830100956            | 弁置換術が適応とならない理由(経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術):*****                            |             | ※                  |
| 534 | K581注<br>K583注<br>K584注<br>K586注     | 肺動脈閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算<br>大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算<br>修正大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算<br>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):*****                                 |             |                    |
| 535 | K594の4のイ及びロ                          | 不整脈手術<br>4 左心耳閉鎖術<br>イ 開胸手術によるもの<br>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))):*****                          |             |                    |
| 536 | K598<br>K599<br>K599-3               | 両心室ペースメーカー移植術<br>植込型除細動器移植術<br>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):*****                                |             |                    |
| 537 | K613-2                               | 腎神経焼灼術                                                                                               | 当該手術を行う医学的必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                            | 830100957            | 当該手術を行う医学的理由(腎神経焼灼術):*****                                       |             | ※                  |
| 538 | K615の1                               | 血管塞栓術<br>1止血術                                                                                        | (慢性硬膜下血腫を再発した患者に対して実施する場合)<br>初回又は前回の治療として実施した「K164」頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)の「2」硬膜下のもの又は「K164-2」慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術の算定日を記載すること。                                                                                                  | 850100594            | 初回算定年月日(血管塞栓術(止血術)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                           |             | ※                  |
|     |                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 850100595            | 前回算定年月日(血管塞栓術(止血術)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                           |             | ※                  |
| 539 | 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)<br>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                     |             |                    |
| 540 | K616-4の1                             | 経皮的シャント拡張術・血栓除去術<br>1 初回                                                                             | 「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(1)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。                                                                                                                       | 830100958            | 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(1初回)):*****                       |             | ※                  |
|     |                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100959            | 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(1初回)):*****                       |             | ※                  |
| 541 | K616-4の2                             | 経皮的シャント拡張術・血栓除去術<br>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。<br><br>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。                                                                             | 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(2 1の実施後3月以内に実施する場合)):*****        |             |                    |
|     |                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 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(2 1の実施後3月以内に実施する場合)):*****        |             |                    |
|     |                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 850100615            | 前回算定年月日(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)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |             |                    |
| 542 | 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)のア及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):*****                                            |             |                    |
| 543 | 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):*****                                         |             |                    |
|     |                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 820100254            | 開腹による胃瘻造設術                                                       |             |                    |

| 項番  | 区分                                       | 診療行為<br>名称等                                                                  | 記 載 事 項                                                                                                                     | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 544 | 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。                                                   | 820100255<br>820100256                                        | 経皮的内視鏡下胃瘻造設術<br>腹腔鏡下胃瘻造設術                                                                                                             |             |                    |
| 545 | K664-2                                   | 経皮経食道胃管挿入術<br>(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));*****                                                                                                         |             |                    |
| 546 | 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);*****                                                                                                          |             |                    |
| 547 | 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);*****                                                                                               |             |                    |
| 548 | 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);*****                                                                                           |             |                    |
| 549 | K721<br>注2<br>K721-3<br>注<br>K721-4<br>注 | 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術<br>内視鏡的結腸異物摘出術<br>バルーン内視鏡加算<br>早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術<br>バルーン内視鏡加算 | 症状詳細を記載すること。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);*****                                                                                                                 |             |                    |
| 550 | 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すること。<br>ア 最大径が2cm以上の早期癌<br>イ 最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍<br>ウ 最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌 | 820100257<br>820100258<br>820100259                           | ア 最大径が2cm以上の早期癌<br>イ 最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍<br>ウ 最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌                                                                  |             |                    |
| 551 | 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)<br>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);*****                                                                                   |             |                    |
| 552 | 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                                                     | 医学的な必要性(人工肛門造設加算(直腸切除・切断術));*****                                                                                                     |             |                    |
| 553 | K740の4                                   | 直腸切除・切断術 4<br>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));*****                                                                                                     |             |                    |
| 554 | K740-2の4                                 | 腹腔鏡下直腸切除・切断術 4<br>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));*****                                                                                                 |             |                    |
| 555 | 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                                                     | 医学的な必要性(人工肛門造設加算(腹腔鏡下直腸切除・切断術));*****                                                                                                 |             |                    |
| 556 | K740-3の4                                 | 腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの) 4<br>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。                                                                                 | 830100960                                                     | 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(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)));*****                                                                               |             | ※                  |
| 557 | K740-3<br>注1                             | 腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)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。                                                                                              | 830100961                                                     | 医学的な必要性(人工肛門造設加算(腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)));*****                                                                               |             | ※                  |
| 558 | 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);*****                                                                                                   |             |                    |
| 559 | 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)<br>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<br>820190491                                        | 前回実施年月日(尿失禁手術):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"<br>初回(尿失禁手術)                                                                                       |             |                    |
| 560 | K838-2の1                                 | 精巣内精子採取術 1<br>単純なもの                                                          | いずれの状態に該当するかを記載すること。<br>ア 閉塞性無精子症<br>イ 非閉塞性無精子症<br>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<br>820100877<br>820100878                           | ア 閉塞性無精子症(精巣内精子採取術1 単純なもの)<br>イ 非閉塞性無精子症(精巣内精子採取術1 単純なもの)<br>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) |             |                    |
| 561 | K838-2の2                                 | 精巣内精子採取術 2<br>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。<br>ア 非閉塞性無精子症<br>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<br>820100880                                        | 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)<br>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)                                    |             |                    |
| 562 | 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)<br>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);*****                                                                                                      |             |                    |
| 563 | 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。<br>ア 精子・精液の量的・質的異常<br>イ 射精障害・性交障害<br>ウ 精子-頸管粘液不適合<br>エ 機能性不妊                                           | 820100881<br>820100882<br>820100883<br>820100884              | ア 精子・精液の量的・質的異常(人工授精)<br>イ 射精障害・性交障害(人工授精)<br>ウ 精子-頸管粘液不適合(人工授精)<br>エ 機能性不妊(人工授精)                                                     |             |                    |
| 564 | K884-3                                   | 胚移植術                                                                         | 治療開始日の年齢を記載すること。<br>胚移植術の実施回数の合計を記載すること。                                                                                    | 830100595<br>830100596                                        | 治療開始日の年齢(胚移植術);*****<br>胚移植術の実施回数(胚移植術);*****                                                                                         |             |                    |
| 565 | 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);*****                                                                                                         |             |                    |
| 566 | 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);*****                                                                                               |             |                    |
| 567 | K890-4                                   | 採卵術                                                                          | 採取した卵子の数を記載すること。<br>いずれの状態に該当するかを記載すること。<br>ア 卵管性不妊<br>イ 男性不妊(閉塞性無精子症等)<br>ウ 機能性不妊<br>エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合               | 830100599<br>820100885<br>820100886<br>820100887<br>820100888 | 採取した卵子の数(採卵術);*****<br>ア 卵管性不妊(採卵術)<br>イ 男性不妊(閉塞性無精子症等)(採卵術)<br>ウ 機能性不妊(採卵術)<br>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)                          |             |                    |

| 項番  | 区分       | 診療行為<br>名称等                                                | 記 載 事 項                                                                                                                                                      | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 568 | K917     | 体外受精・顕微授精<br>管理料                                           | いずれの状態に該当するかを記載すること。<br>ア 卵管性不妊<br>イ 男性不妊(閉塞性無精子症等)<br>ウ 機能性不妊<br>エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合<br><br>(顕微授精及び必要な医学管理を行った場合)<br>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。 | 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)                                    |             |                    |
|     |          |                                                            |                                                                                                                                                              | 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                   | 顕微授精を実施した卵子の数(体外受精・顕微授精管理料):*****                                        |             |                    |
| 569 | K917注1   | 体外受精・顕微授精<br>管理料<br>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):*****                             |             |                    |
| 570 | K917注2   | 体外受精・顕微授精<br>管理料<br>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):*****                                                 |             |                    |
| 571 | K917-2   | 受精卵・胚培養管理<br>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”                               |             |                    |
| 572 | K917-2注  | 受精卵・胚培養管理<br>料<br>注:胚盤胞の作成目<br>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):*****                                           |             |                    |
|     |          |                                                            |                                                                                                                                                              | 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”                               |             |                    |
| 573 | K917-3の1 | 胚凍結保存管理料<br>胚凍結保存管理料<br>(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”                            |             |                    |
| 574 | K917-3の2 | 胚凍結保存管理料<br>胚凍結保存維持管理<br>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。<br>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”             |             |                    |
| 575 | K917-5の1 | 精子凍結保存管理料<br>1 精子凍結保存管理<br>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”                           |             |                    |
| 576 | K917-5の2 | 精子凍結保存管理料<br>2 精子凍結保存維持<br>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”                         |             |                    |
| 577 | 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。<br><br>(6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合)<br>患者の体重を記載すること。                             | 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                                                             |             |                    |
|     |          |                                                            |                                                                                                                                                              | 840000082                   | 患者体重 g                                                                   |             |                    |
| 578 | 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)<br>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                                                          | ○           |                    |
| 579 | 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)<br>患者の体重及び輸血量を記載すること。                                                                                                            | 150286510                   | 自己血輸血(6歳未満)凍結保存                                                          | ○           |                    |
|     |          |                                                            |                                                                                                                                                              | 840000082                   | 患者体重 g                                                                   |             |                    |
| 580 | K923     | 術中術後自己血回収<br>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)<br>患者の体重及び出血量を記載すること。                                                                                                         | 150390610                   | 希釈式自己血輸血(6歳未満)                                                           | ○           |                    |
|     |          |                                                            |                                                                                                                                                              | 840000082                   | 患者体重 g                                                                   |             |                    |
| 581 | K939の2のイ | 画像等手術支援加算<br>2実物大臓器立体モ<br>デルによるもの<br>イ複雑先天性心疾患<br>の患者に行う場合 | 医学的な必要性を記載すること。                                                                                                                                              | 842100114                   | 出血量(術中術後自己血回収術):*****                                                    |             |                    |
|     |          |                                                            |                                                                                                                                                              | 830100962                   | 医学的必要性(画像等手術支援加算(実物大臓器立体モデルによるものイ複雑先天性心疾患の患者に行う場合)):*****                |             | ※                  |
| 582 | K939-5   | 胃瘻造設時嚥下機能<br>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”                 |             |                    |
| 583 | K939-9   | 切開創局所陰圧閉鎖<br>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)                             |             |                    |
| 584 | 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<br>150332510<br>等 | 閉鎖循環式全身麻酔1<br>閉鎖循環式全身麻酔1(麻酔困難な患者)                                        | ○           |                    |
|     |          |                                                            |                                                                                                                                                              | 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                                                |             |                    |

| 項番  | 区分        | 診療行為<br>名称等                     | 記 載 事 項                                                                                                                                                                     | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-----------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 585 | L008      | 声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔  | <p>(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)<br/> 「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声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔の(4)の7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。</p> | 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                     |             |                    |
|     |           |                                 |                                                                                                                                                                             | 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／ $\mu$ L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                                  |             |                    |
|     |           |                                 | (15歳未満の小児であって、声門上器具又は気管挿管を使用せずに閉鎖式・半閉鎖式の全身麻酔を20分以上実施した場合)<br>医学的必要性を記載すること。                                                                                                 | 8301000963           | 医学的必要性(15歳未満の小児における声門上器具又は気管挿管未使用の場合);*****   |             | ※                  |
| 586 | 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);*****                      |             |                    |
| 587 | L008 注11  | 術中脳灌流モニタリング加算                   | (KS61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)<br>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);*****                   |             |                    |
| 588 | 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)<br>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);*****               |             |                    |
| 589 | 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);*****                        |             |                    |
| 590 | 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)<br>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));*****        |             |                    |
| 591 | 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)<br>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));***** |             |                    |
| 592 | 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)<br>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                                     | ○           |                    |
| 593 | 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。                                                                                                                                                          | 770060000            | 低線量率イリジウム                                     | ○           |                    |
|     |           |                                 |                                                                                                                                                                             | 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     |             |                    |
| 594 | M001      | 体外照射                            | <p>(「1」エックス線表在治療及び「2」高エネルギー放射線治療の「ロ」その他の場合において、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の「ロ」その他の場合において、小細胞肺癌に対して1日2回目の照射を算定する場合)<br/>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。</p>        | 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)                            |             |                    |
| 595 | N000      | 病理組織標本作製「1」の「組織切片によるもの」         | <p>「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。<br/>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。</p>                                  | 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;*****                                   |             |                    |
| 596 | N000      | 病理組織標本作製「2」の「セルブロック法によるもの」      | <p>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。</p>                                                                      | 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)<br>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));*****                    |             |                    |

| 項番  | 区分                | 診療行為<br>名称等                                                                   | 記載事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 597 | 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)<br>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節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                                                       |             |                    |
|     |                   |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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)<br>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):*****                                                                  |             |                    |
| 598 | N002              | 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の注21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節N002免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の(49) (9)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)<br>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):*****                                                                    |             |                    |
| 599 | 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とヒト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承認を得ている体外診断用薬品を用いて、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)<br>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」                                                                    |             |                    |
| 600 | 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)<br>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)):*****                                               |             |                    |
| 601 | 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)<br>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):*****                                               |             |                    |
| 602 | 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)<br>「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 |             |                    |
| 603 | N006              | 病理診断科の悪性腫瘍病理組織標本加算                                                            | 検体を抽出した手術の名称を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 830100331            | 検体を抽出した手術名(悪性腫瘍病理組織標本加算):*****                                                              |             |                    |
| 604 |                   | 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)<br>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):*****                                                                        |             |                    |
|     |                   |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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                                                                             |             |                    |
|     |                   |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 830100614            | 検査方法:*****                                                                                  |             |                    |
|     |                   |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 830100615            | 検査結果:*****                                                                                  |             |                    |
|     |                   |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850100465            | 除菌終了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                                  |             |                    |
|     |                   |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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                                                                    |             |                    |
|     |                   |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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                                                           |             |                    |
|     |                   |                                                                               | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 830100616            | 測定結果:*****                                                                                  |             |                    |
| 605 | 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。))<br>医療上必要で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。<br><br>なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。<br><br>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。<br><br>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ずる医療上の必要があると判断する場合。<br><br>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。 | 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                              |             |                    |

| 項番  | 区分    | 診療行為<br>名称等                       | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |       |                                   | ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包装ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方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。                                                                                                                               | 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      |             |                    |
| 606 |       | プログラム医療機器の評価費に関する取扱い              | 「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             |             |                    |
| 607 |       | プログラム医療機器の選定費に関する取扱い              | 「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                    |             |                    |
| 608 | 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。）                          | ○           |                    |
| 609 | 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住診を行った場合） | 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。<br><br>（緊急時施設治療管理料を算定する住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）<br>その年月日及び時刻を記載すること。                                                                                                                               | 820100298            | 介護療養型老健施設入居者                           |             |                    |
|     |       |                                   |                                                                                                                                                                                                                                        | 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                      |             |                    |
| 610 | 入所者診療 | 配置医師による診療                         | 「摘要」欄に「配」と表示して「診療日」を記載すること。                                                                                                                                                                                                            | 842100121            | 配置医師による診療日：*****                       |             | ※                  |
| 611 | 入所者診療 | 在宅患者訪問診療料又は施設入居時等医学総合管理料          | （特別養護老人ホームの入所者のうち、在宅患者訪問診療料又は施設入居時等医学総合管理料を算定することができる場合）<br>以下のア又はイのいずれかに該当する場合<br>ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合<br>イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（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により、死亡から遡って30日間に行われたものに限る。） | 820101926            | ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合                    |             | ※                  |
|     |       |                                   |                                                                                                                                                                                                                                        | 820101927            | イ 当該患者を当該特別養護老人ホームにおいて看取った場合           |             | ※                  |

※「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 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8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  | 00 | 在宅薬学総合体制加算2のイ                                                                | (「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3の9(7)に該当する場合)別添3の9(7)ア及びビ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。                                                                                               | 842100124        | 在宅薬学総合体制加算1を届け出ており、所定の算定項目の算定回数の総計が直近一年間で480回以上の保険薬局、算定回数****回        |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101939        | 在宅薬学総合体制加算2を届け出ている保険薬局                                                |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101940        | 該当する疾患(在宅薬学総合体制加算2のイ):末期の悪性腫瘍                                         |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101941        | 該当する疾患(在宅薬学総合体制加算2のイ):スモン                                             |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101942        | 該当する疾患(在宅薬学総合体制加算2のイ):難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病               |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101943        | 該当する疾患(在宅薬学総合体制加算2のイ):後天性免疫不全症候群                                      |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101944        | 該当する疾患(在宅薬学総合体制加算2のイ):脊髄損傷                                            |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101945        | 該当する疾患(在宅薬学総合体制加算2のイ):真皮を縫える損傷                                        |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101946        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅自己連続換行式肺臓循環を行っている状態                           |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101947        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅血液透析を行っている状態                                  |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101948        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅酸素療法を行っている状態                                  |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101949        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅中心静脈栄養法を行っている状態                               |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101950        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態                             |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101951        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅自己過尿を行っている状態                                  |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101952        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅人工呼吸を行っている状態                                  |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101953        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):挿入型脳脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態                       |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101954        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):肺高血圧症であって、プロスタグランジン2 製剤を投与されている状態               |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101955        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):気管切開を行っている状態                                    |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101956        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):気管カニューレを使用している状態                                |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101957        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態                      |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101958        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):人工肛門又は人工膀胱を設置している状態                             |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101959        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):1-1 要介護3                                        |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101960        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):1-2 要介護4                                        |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101961        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):1-3 要介護5                                        |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101962        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):1-4 障害支援区分2以上                                   |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101963        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):2-1 ランク3a                                       |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101964        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):2-2 ランク3b                                       |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101965        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):2-3 ランク4                                        |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101966        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):2-4 ランクM                                        |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101967        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):3 帰国の訪問看護を受けている状態                               |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101968        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):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                      |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101969        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):5 施設に入院し、看護職員による処置を受けている状態                      |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101970        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):6 療養処置を受けている状態                                  |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101971        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):7-1 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             |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101972        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):7-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者                   |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101973        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):7-3 「超重症児(者)」・「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 |         | ※          |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 820101974        | 該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):7-4 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     |         | ※          |
| 3  | 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)<br>「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                             |         |            |
| 4  | 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。<br>(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。<br>(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。 | 830100438        | 算定理由(自家製剤加算):*****                                                    |         |            |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 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):*****                                    |         |            |
|    |    |                                                                              |                                                                                                                                                                                         | 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:*****                           |         |            |

| 項番          | 区分   | 調剤行為<br>名称等                           | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                       | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|-------------|------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 4<br>5<br>6 | 01   | 自家製剤加算<br>計量混合調剤加<br>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つて「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき)<br>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);<br>*****                 |             |                    |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 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);<br>*****               |             |                    |
| 5<br>6<br>7 | 01   | 時間外加算<br>休日加算<br>深夜加算<br>時間外加算の特<br>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<br>7      | 1002 | 調剤時残薬調整<br>加算                         | 6日分以下相当の調剤日数の変更を行う場合には、残薬が7日分を超えないにもかかわらず調整する必要性を記載すること。<br>さらに、「変更のあった主な薬剤名」の記載をすること。                                                                                                        | 820101907            | 調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):高額医薬品のため          |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 820101908            | 調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):治療終了予定日との日数調整のため  |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 820101909            | 調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):投与間隔が長い薬剤のため      |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 830100982            | 調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):その他薬学的専門的観点:***** |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 830100983            | 調整した残薬日数が6日分以下の場合、変更のあった主な薬剤名(調剤時残薬調整加算):****           |             | ※                  |
| 7<br>8      | 1002 | 調剤時残薬調整<br>加算のイ                       | 処方箋が交付される前に処方内容を処方医に相談した年月日を記載すること。                                                                                                                                                           | 850100600            | 相談年月日(調剤時残薬調整加算のイ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                  |             | ※                  |
| 8<br>9      | 1002 | 薬学的有害事象<br>等防止加算                      | 処方医に連絡・確認を行った内容の要点を記載すること。                                                                                                                                                                    | 820101910            | 内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):同種・同効の併用薬との重複投薬                     |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 820101911            | 内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):併用薬・飲食物等との相互作用                      |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 820101912            | 内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):過去のアレルギー歴、副作用歴                      |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 820101913            | 内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):年齢や体重による影響                          |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 820101914            | 内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):肝機能、腎機能等による影響                       |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 820101915            | 内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):授乳・妊婦への影響                           |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 830100984            | 内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):その他薬学的観点から必要と認める事項:*****            |             | ※                  |
| 9<br>10     | 1002 | 薬学的有害事象<br>等防止加算のイ                    | 処方箋が交付される前に処方医に対する相談(残薬調整に係るものを除く。)を行った年月日を記載すること。<br><br>薬剤の変更内容について選択し記載すること。                                                                                                               | 850100601            | 相談年月日(薬学的有害事象等防止加算のイ):(元号)yy"年"mm"月"d<br>d"日"           |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 820101916            | 薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):同種同効薬への変<br>更                   |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 820101917            | 薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):剤形の変更                           |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 820101918            | 薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):用量の変更                           |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 820101919            | 薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):用法の変更                           |             | ※                  |
|             |      |                                       |                                                                                                                                                                                               | 830100985            | 薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):その他:*****                       |             | ※                  |
| 10<br>11    | 1003 | 特定薬剤管理指<br>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<br>"月"dd"日"        |             |                    |
| 11<br>12    | 1003 | 特定薬剤管理指<br>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)<br>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。                                                                                                                                       | 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<br>加算2):*****          |             |                    |
| 11<br>12    | 1003 | 特定薬剤管理指<br>導加算3ロ                      |                                                                                                                                                                                               | 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<br>3):*****             |             |                    |
| 12<br>13    | 1003 | 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):*****                                   |             |                    |
| 13<br>14    | 1003 | かかりつけ薬剤師<br>フォローアップ加<br>算             | 電話等により、服薬状況、残薬状況等の継続的な確認及び必要な指導等を個別に実施した年月日を記載すること。                                                                                                                                           | 850100602            | フォローアップ年月日(かかりつけ薬剤師フォローアップ加算):(元号)yy<br>"年"mm"月"dd"日"   |             | ※                  |
| 14<br>15    | 1003 | かかりつけ薬剤<br>師訪問加算                      | 患者で訪問指導を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                        | 850100604            | 訪問指導年月日(かかりつけ薬剤師訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"d<br>d"日"           |             | ※                  |

| 項番       | 区分                           | 調剤行為<br>名称等                                                                                                              | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | レセプト電算処理<br>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<br>のみ記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|----------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 45<br>18 | 14の4                         | 調剤後薬剤管理<br>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):<br>*****                    |             |                    |
| 46<br>17 | 14の4                         | 調剤後薬剤管理<br>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):<br>*****                   |             |                    |
| 47<br>18 | 10の3                         | 服薬管理指導料                                                                                                                  | (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、服薬管理指導料を算定する場合)<br>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                           |             |                    |
| 48<br>19 | 10の3                         | 服薬管理指導料<br>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                              |             |                    |
| 49<br>20 | 14の2                         | 外来服薬支援料<br>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。<br>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):*****                                   |             |                    |
| 50<br>21 | 14の2                         | 外来服薬支援料<br>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)<br>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):<br>*****                   |             |                    |
| 51<br>22 | 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 |             |                    |
| 52<br>23 | 14の3                         | 服用薬剤調整支<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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(服用薬剤調整支援料1):*****                                   |             |                    |
|          |                              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 842100122                      | 調整前の種類数(服用薬剤調整支援料1):*****                                   |             |                    |
|          |                              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 842100123                      | 調整後の種類数(服用薬剤調整支援料1):*****                                   |             |                    |
| 53<br>24 | 14の3                         | 服用薬剤調整支<br>援料2                                                                                                           | 処方医に文書を用いて提案した年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100616                      | 提案年月日(服用薬剤調整支援料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                        |             |                    |
| 54<br>25 | 10の3<br>15の3<br>15の3<br>15の3 | 服薬管理指導料<br>4の口及びハ<br>在宅患者訪問薬<br>剤管理指導料<br>在宅患者緊急訪<br>問薬剤管理指導<br>料<br>在宅患者緊急時<br>等共同指導料<br>服薬情報等提供<br>料(服薬情報等提<br>供料3を除く) | (調剤を行っていない月に服薬管理指導料4の口及びハ、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)を算定する場合)<br>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<br>料レコード<br>「前回調剤年月日」 | (元号)yy"年"mm"月"dd"日調剤                                        | ○           |                    |
|          |                              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 基本料・薬学管理<br>料レコード<br>「前回調剤数量」  | ddd"日分投薬"                                                   | ○           |                    |
| 55<br>26 | 15                           | 在宅患者訪問薬<br>剤管理指導料                                                                                                        | (単一建物診療患者が2人以上の場合)<br>その人数を記載すること。<br>(1つの患者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数が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)<br>「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。 | 842100071                      | 単一建物診療患者人数(在宅患者訪問薬剤管理指導料):*****                             |             |                    |
|          |                              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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                                   |             |                    |
| 56<br>27 | 15<br>15の2                   | 在宅患者訪問薬<br>剤管理指導料<br>在宅患者緊急訪<br>問薬剤管理指導<br>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)<br>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):<br>*****                    |             |                    |
|          |                              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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):<br>*****                  |             |                    |
| 57<br>28 | 15<br>15の2                   | 在宅患者訪問薬<br>剤管理指導料<br>在宅患者緊急訪<br>問薬剤管理指導<br>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)<br>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           |             |                    |
| 58<br>29 | 15<br>15の2<br>15の3           | 在宅患者訪問薬<br>剤管理指導料<br>在宅患者緊急訪<br>問薬剤管理指導<br>料<br>在宅患者緊急時<br>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)<br>訪問薬剤管理指導等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       | ※           |                    |
|          |                              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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     | ※           |                    |
|          |                              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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        | ※           |                    |
| 59<br>30 | 15の2                         | 在宅患者緊急訪<br>問薬剤管理指導<br>料1<br>在宅患者緊急訪<br>問薬剤管理指導<br>料2                                                                     | (末期の悪性腫瘍の患者又は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、1と2及び服薬管理指導料4のハ)を合わせて月8回を超えて算定する場合)<br>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:*****                     | ※           |                    |

| 項番       | 区分    | 調剤行為<br>名称等                              | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|----------|-------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 30<br>31 | 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)<br>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"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                    |
| 31<br>32 | 15の2  | 夜間訪問加算<br>休日訪問加算<br>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<br>851100071<br>850190263<br>851100072<br>850190264<br>851100073<br>850190265<br>851100074<br>850190266<br>851100075<br>850190267<br>851100076<br>820101271<br>820101272 | 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"<br>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"<br>訪問指導年月日(夜間訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"<br>訪問指導時刻(夜間訪問加算):hh"時"mm"分"<br>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"<br>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"<br>訪問指導年月日(休日訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"<br>訪問指導時刻(休日訪問加算):hh"時"mm"分"<br>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"<br>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"<br>訪問指導年月日(深夜訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"<br>訪問指導時刻(深夜訪問加算):hh"時"mm"分"<br>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<br>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 |             |                    |
| 32<br>33 | 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<br>830100450<br>830100451<br>830100452                                                                                                                                   | 指導年月日(退院時共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"<br>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):****<br>患者が入院している保険医療機関名(退院時共同指導料):*****<br>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):*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                    |
| 33<br>34 | 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。<br>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<br>830100639                                                                                                                                                             | 情報提供先の保険医療機関名(服薬情報等提供料3):*****<br>情報提供先の診療科名(服薬情報等提供料3):*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                    |
| 34<br>35 | 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)<br>訪問を実施した日付について、記載すること。<br><br>特に重点的な服薬支援を行う必要があると判断した対象患者を選択し記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 850190270<br>820101289<br>820101290<br>820101291<br>820101292<br>820101293                                                                                                         | 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"<br>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<br>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<br>対象患者(在宅移行初期管理料):6歳未満の乳幼児<br>対象患者(在宅移行初期管理料):末期のがん患者<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                    |
| 35<br>36 | 15の9  | 訪問薬剤管理医師同時指導料                            | 算定の対象となる訪問指導を行った年月日を記載すること。また、同時訪問した保険医の保険医療機関の名称を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100608<br>830100987                                                                                                                                                             | 訪問指導年月日(訪問薬剤管理医師同時指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"<br>同時訪問した保険医の保険医療機関の名称(訪問薬剤管理医師同時指導料):*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ※           | ※                  |
| 36<br>37 | 15の10 | 複数名薬剤管理指導訪問料                             | 算定の対象となる訪問指導を行った年月日を記載すること。<br>また、処方医が複数名訪問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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 850100610<br>820101937<br>820101938                                                                                                                                                | 訪問指導年月日(複数名薬剤管理指導訪問料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"<br>処方箋記載により確認(複数名薬剤管理指導訪問料)<br>疑義照会により確認(複数名薬剤管理指導訪問料)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ※           | ※                  |
| 37<br>38 | —     | 一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品又はバイオ後続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又はバイオ後続品を調剤しなかった場合)<br>その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品又はバイオ後続品なし」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<br>820100374<br>820100375<br>820100376                                                                                                                                   | 後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:患者の意向<br>後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:保険薬局の備蓄<br>後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:後発医薬品又はバイオ後続品なし<br>後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                    |
| 38<br>39 | —     | 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)<br>理由のうち、該当するものを記載すること。<br>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<br>・ 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。<br>・ 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。<br>・ 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。<br>・ 後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包装ができないなど、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。<br>②後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包装ができないなど、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、単に剤形のお好みによって長期収載品を選択することは含まれない。<br>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。 | 820101325<br>820101326<br>820101324                                                                                                                                                | 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(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)<br>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<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                    |
| 39<br>40 | —     | 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<br>820100796<br>830100453                                                                                                                                                | 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。)<br>長期投与の理由:年末・年始又は連休<br>長期投与の理由:その他理由:*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                    |

| 項番       | 区分 | 調剤行為<br>名称等                                                                               | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                  | レセプト電算処理<br>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<br>み記載 | 令和8年<br>6月1日<br>適用 |
|----------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 40<br>41 | —  | 63枚を超えて鎮痛・消炎に係る機能・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・消炎に係る機能・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(63枚を超えて鎮痛・消炎に係る貼付剤が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合) |             |                    |
|          |    |                                                                                           |                                                                                                                                                                                          | 820100378            | 疑義照会により確認(63枚を超えて鎮痛・消炎に係る貼付剤が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)  |             |                    |
| 44<br>42 | —  | 栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合                                                      | 栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、手術後の患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した旨又は経管により栄養補給を行っている患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した旨、処方医が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した理由について処方箋の記載により確認した患者はその旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。 | 820101929            | 処方箋記載により確認(栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)      |             | ※                  |
|          |    |                                                                                           |                                                                                                                                                                                          | 820101930            | 疑義照会により確認(栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)       |             | ※                  |
| 42<br>43 | —  | 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。<br><br>要支援度及び要介護度(月末時点)を選択し、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"               |             |                    |
|          |    |                                                                                           |                                                                                                                                                                                          | 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                                                  |             |                    |
| 43<br>44 | —  | 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                            |             |                    |
| 44<br>45 | —  | 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」J」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)

| 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|--------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1  | アイザベイ硝子体内注射液20mg/mL                        |                                  | 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「眼底自発蛍光検査や眼底三次元画像解析を用いて、投与開始時に加え投与中には定期的に地図状萎縮の中心窩への拡大の有無を評価した上で、治療上の有益性と危険性を十分に勘案し、本剤の投与の適否を慎重に判断すること。」とされており、その他の注意において、「地図状萎縮の中心窩への拡大が認められた試験者では、持続性視力喪失のハザード比の信頼区間において、本剤群とシヤム群の間に差は認められなかった。」とされているので、地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、当該評価の結果を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 830600196                                                                                                                                                             | 地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価の結果(アイザベイ硝子体内注射液20mg/mL)：*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ○                  |
| 2  | 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)。<br>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。<br>イ 日本神経学会<br>ウ 日本頭痛学会<br>エ 日本内科学会(総合内科専門医)<br>オ 日本脳神経外科学会<br><br>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。<br><br>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)。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br><br>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。                                                                                                   | 820600001<br>820600002<br>820600003<br>820600004<br>820600005<br>842600001<br>820600006<br>820600007<br>820600008<br>820600009<br>820600010                           | 医師要件ア(アイモビーグ皮下注70mgペン)<br>医師要件イ(アイモビーグ皮下注70mgペン)<br>医師要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgペン)<br>医師要件エ(アイモビーグ皮下注70mgペン)<br>医師要件オ(アイモビーグ皮下注70mgペン)<br>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)：*****<br>前治療要件ア(アイモビーグ皮下注70mgペン)<br>前治療要件イ(アイモビーグ皮下注70mgペン)<br>前治療要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgペン)<br>前治療要件エ(アイモビーグ皮下注70mgペン)<br>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)                                                                                                                                                                           |                    |
| 3  | アキラルックス点滴静注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(アキラルックス点滴静注250mg)：*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    |
| 4  | アクトヒブ                                      |                                  | ベグセタコブラン又はイブタコバン塩酸塩水和物の投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すると(同一の診療報酬明細書においてベグセタコブラン又はイブタコバン塩酸塩水和物の投与が確認できる場合を除く)。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 850600157<br>850600158                                                                                                                                                | ベグセタコブラン又はイブタコバン塩酸塩水和物の投与を行った年月日(アクトヒブ)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日<br>ベグセタコブラン又はイブタコバン塩酸塩水和物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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |
| 5  | アコファイド錠100mg                               | 機能的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 | 「機能的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「機能的ディスペプシア」を用いること。<br><br>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。<br>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<br>850600002                                                                                                                                                | 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<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |
| 6  | アジョビ皮下注225mgシリンジ<br>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)。<br>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。<br>イ 日本神経学会<br>ウ 日本頭痛学会<br>エ 日本内科学会(総合内科専門医)<br>オ 日本脳神経外科学会<br><br>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。<br><br>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)。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br><br>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。 | 820600011<br>820600012<br>820600013<br>820600014<br>820600015<br>842600002<br>820600016<br>820600017<br>820600018<br>820600019<br>820600226<br>820600227<br>820600228 | 医師要件ア(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)<br>医師要件イ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)<br>医師要件ウ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)<br>医師要件エ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)<br>医師要件オ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)<br>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)：*****<br>前治療要件ア(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)<br>前治療要件イ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)<br>前治療要件ウ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)<br>前治療要件エ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)<br>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)<br>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)<br>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) |                    |
| 7  | 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。<br>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。<br>(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<br>850600004<br>820600002<br>850600005                                                                                                                      | 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<br>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<br>投与継続患者(アドセトリス点滴静注用50mg)<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |
|    |                                            |                                  | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 820600255<br>820600256                                                                                                                                                | 医師要件ア(アドトラザーグ皮下注150mgシリンジ等)<br>医師要件イ(アドトラザーグ皮下注150mgシリンジ等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |





| 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------|--------------------|
| 21 | イミフィンジ点滴静注120mg<br>イミフィンジ点滴静注500mg | 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）。<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1、外来腫瘍化学療法診療科2又は外来腫瘍化学療法診療科3の施設基準に係る届出を行っている施設<br>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<br>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）。<br>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。<br>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。<br>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）。<br>ア ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与                                                                                                        | 820600229        | 施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）               |                    |
|    |                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 820600230        | 施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）               |                    |
|    |                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 820600385        | 治癒切除不能な胆道癌（イミフィンジ点滴静注120mg等）          | ○                  |
|    |                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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        | 施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）               |                    |
|    |                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 820600230        | 施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）               |                    |
|    |                                    | 進行・再発の子宮体癌          | 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）。<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1、外来腫瘍化学療法診療科2又は外来腫瘍化学療法診療科3の施設基準に係る届出を行っている施設<br>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<br>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）。<br>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。<br>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。<br>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」と記載及び「併用投与イ」に該当する場合は、その理由）<br>ア カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与<br>イ カルボプラチン及びドセタキセル水和物との併用投与                                                           | 820600386        | 進行・再発の子宮体癌（イミフィンジ点滴静注120mg等）          | ○                  |
|    |                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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        | 施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）               | ○                  |
|    |                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 820600230        | 施設要件イ（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）               | ○                  |
|    |                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 820600404        | 併用投与イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）               | ○                  |
|    |                                    | 非小細胞肺癌における術前・術後補助療法 | 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）。<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1、外来腫瘍化学療法診療科2又は外来腫瘍化学療法診療科3の施設基準に係る届出を行っている施設<br>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<br>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）。<br>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。<br>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。<br>本製剤を術前補助療法におい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）。<br>ア カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与<br>イ 白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）及びゲムシタビン塩酸塩との併用投与<br>ウ 白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）及びヘマトキシドナトリウムとの併用投与 | 820600396        | 非小細胞肺癌における術前・術後補助療法（イミフィンジ点滴静注120mg等） | ○                  |
|    |                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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        | 施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）               | ○                  |
|    |                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 820600230        | 施設要件イ（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）               | ○                  |
|    |                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 820600404        | 併用投与イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）               |                    |
|    |                                    | 膀胱癌における術前・術後補助療法    | 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）。<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1、外来腫瘍化学療法診療科2又は外来腫瘍化学療法診療科3の施設基準に係る届出を行っている施設<br>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<br>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）。<br>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。<br>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、2年以上は、膀胱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。<br>製剤を術前補助療法におい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を行った旨（「併用投与ア」と記載）。<br>ア ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与                                                                                                                    | 820600407        | 膀胱癌における術前・術後補助療法（イミフィンジ点滴静注120mg等）    | ○                  |
|    |                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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        | 施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）               | ○                  |
|    |                                    |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 820600229        | 施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）               | ○                  |

| 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820600230                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 医師要件イ(イミファンジ点滴静注120mg等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ○                  |
|    |                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820600263                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 併用投与ア(イミファンジ点滴静注120mg等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ○                  |
| 22 | イラリス皮下注射液150mg                                                                                                                                                                                                        | 全身型若年性特発性関節炎<br>成人発症ステル病 | 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の換要欄に記載すること。<br>① 他の生物製剤として使用していた薬剤の品名及び使用期間<br>② 本製剤の投与が必要と判断した理由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830600202<br>830600203<br>830600204                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 他の生物製剤として使用していた薬剤の品名(イラリス皮下注 <del>再紅注</del> 150mg等);*****<br>他の生物製剤として使用していた薬剤の使用期間(イラリス皮下注 <del>再紅注</del> 150mg等);*****<br>投与が必要と判断した理由(イラリス皮下注 <del>再紅注</del> 150mg等);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ○<br>○<br>○        |
| 23 | ウゴービ皮下注0.25mg SD<br>ウゴービ皮下注0.5mg SD<br>ウゴービ皮下注1.0mg SD<br>ウゴービ皮下注1.7mg SD<br>ウゴービ皮下注2.4mg SD<br>ウゴービ皮下注0.25mgペン 1.0MD<br>ウゴービ皮下注0.5mgペン 2.0MD<br>ウゴービ皮下注1.0mgペン 4.0MD<br>ウゴービ皮下注1.7mgペン 6.8MD<br>ウゴービ皮下注2.4mgペン 9.6MD |                          | (本製剤の投与開始の場合)<br>次の事項を記載すること。<br>① 次に掲げる標準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)<br>ア 内科<br>イ 循環器内科<br>ウ 内分泌内科<br>エ 代謝内科<br>オ 糖尿病内科<br>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」、「施設要件ク」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<br>カ 日本循環医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<br>キ 日本循環医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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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)<br>シ 日本循環医学会の教育研修施設<br>ス 日本糖尿病学会の教育研修施設<br>セ 日本内分泌学会の教育研修施設<br>④ 常勤の管理栄養士の免許証番号<br>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」に記載)<br>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。<br>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。<br>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)<br>ウ 日本循環医学会の専門医<br>エ 日本糖尿病学会の専門医<br>オ 日本内分泌学会の専門医<br>⑦ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件ウ」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載)<br>ア 高血圧<br>イ 脂質異常症<br>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)<br>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<br>オ BMIが35kg/m2以上<br>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)<br>カ 耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など)<br>キ 脂質異常症<br>ク 高血圧<br>ケ 高尿酸血症・痛風<br>コ 冠動脈疾患<br>サ 脳梗塞<br>シ 非アルコール性脂肪性肝疾患<br>ス 月経異常・不妊<br>セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群<br>ソ 運動器疾患<br>タ 肥満関連腎臓病<br>⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日<br>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<br>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<br>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 | 820600264<br>820600265<br>820600266<br>820600267<br>820600268<br>820600269<br>820600270<br>820600271<br>820600272<br>820600273<br>820600274<br>830600145<br>830600146<br>820600275<br>820600276<br>820600277<br>830600147<br>820600278<br>820600279<br>820600280<br>820600281<br>820600282<br>820600283<br>820600284<br>820600285<br>820600286<br>820600287<br>820600288<br>820600289<br>820600290<br>820600291<br>820600292<br>820600293<br>820600294<br>820600295<br>820600296<br>820600297<br>820600298<br>850600164 | 施設要件ア(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>施設要件イ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>施設要件ウ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>施設要件エ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>施設要件オ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>施設要件カ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>施設要件キ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>施設要件ク(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>施設要件コ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>施設要件サ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>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);*****<br>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);*****<br>施設要件シ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>施設要件ス(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>施設要件セ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>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);*****<br>医師要件ア(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>医師要件イ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>医師要件ウ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>医師要件エ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>医師要件オ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件ア(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件イ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件ウ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件エ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件オ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件カ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件キ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件ク(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件ケ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件コ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件サ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件シ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件ス(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件セ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件ソ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>患者要件タ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)<br>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 |                    |

| 項目 | 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|    |                                                             |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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                             |                    |
|    |                                                             |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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);*****                                                               |                    |
|    |                                                             |                                          | (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)<br>次の事項を記載すること。<br>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。<br>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。<br>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<br>ア 体重<br>イ 血糖<br>ウ 血圧<br>エ 脂質                                                                                                                                                                    | 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);*****                                                                |                    |
|    |                                                             |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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                                                    |                    |
|    |                                                             |                                          | (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)<br>再投与の開始日に次の事項を記載すること。<br>① 本製剤の投与を中止した年月日<br>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<br>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<br>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<br>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 | 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                    |                    |
| 24 | ヴァイトラックピカブセル25mg<br>ヴァイトラックピカブセル100mg<br>ヴァイトラックピ内用液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。<br>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(ヴァイトラックピカブセル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)(ヴァイトラックピカブセル25mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日                                 |                    |
| 25 | ヴァンフリタ錠17. 7mg<br>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。<br>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                                  |                    |
| 26 | エクログケル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)(エクログケル5%);*****                                                                   |                    |
| 27 | エスボー皮下用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)<br>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(エスボー皮下用24000シリンジ);*****                                                                          |                    |
|    |                                                             |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830600013        | 投与する前の患者の体重(エスボー皮下用24000シリンジ);*****                                                                  |                    |
|    |                                                             |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830600014        | Hb濃度(エスボー皮下用24000シリンジ);*****                                                                         |                    |
| 28 | エスワンタイホウ配合OD錠T20<br>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、手術不能又は再発肺癌にはA法、肺癌には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)                                                                                |                    |
| 29 | 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。<br>ア 6ヵ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振<br>イ 疲労又は倦怠感<br>ウ 全身の筋力低下<br>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ヵ月以内での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                                                     |                    |
| 30 | エフィエント錠2. 5mg<br>エフィエント錠3. 75mg                             | 虚性脳血管障害<br>(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ビ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);*****                                                                   |                    |
| 31 | エプリスディラインシロップ60mg<br>エプリスディ錠5mg                             |                                          | 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。<br>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(エプリスディラインシロップ60mg等);(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)(エプリスディラインシロップ60mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日 |                    |

| 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    | (オナセム/ナゲン アベバルボベク(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)<br>その必要性を適切に判断し、投与が必要なる理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 830600015        | オナセム/ナゲン アベバルボベクの投与後に本製剤の投与が必要なる理由(エプリスディライソップ60mg等):*****                                              |                    |
| 32 | エボジン注シリンジ1500<br>エボジン注シリンジ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ボジン注シリンジ1500、同3000及び同6000を使用する場合)<br>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(エボジン注シリンジ1500等):*****                                                                               |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830600017        | 投与する前の患者の体重(エボジン注シリンジ1500等):*****                                                                       |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830600018        | Hb濃度(エボジン注シリンジ1500等):*****                                                                              |                    |
| 33 | エボ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)<br>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(エボジン皮下注シリンジ24000):*****                                                                             |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830600020        | 投与する前の患者の体重(エボジン皮下注シリンジ24000):*****                                                                     |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830600021        | Hb濃度(エボジン皮下注シリンジ24000):*****                                                                            |                    |
| 34 | エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター<br>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)。<br>イ 日本神経学会<br>ウ 日本神経学会<br>エ 日本内科学会(総合内科専門医)<br>オ 日本脳神経外科学会<br><br>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。<br><br>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と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)。<br>イ 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。<br>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。<br>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。<br>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。<br><br>投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後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、症状の改善が認められた旨を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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)                                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 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):***** |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 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)                                                                       |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 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)                                                   |                    |
| 35 | エムババリ皮下注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び使用期間を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 830600151        | 治療として使用していた薬剤の品名(エムババリ皮下注1080mg):*****                                                                  |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830600152        | 治療として使用していた使用期間(エムババリ皮下注1080mg):*****                                                                   |                    |
| 36 | エレビジス点滴静注                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 本製品の効能・効果又は性能において、「ただし、以下のいずれもを満たす場合に限り 抗AAVrh74抗体が陽性の患者、歩行可能な患者、3歳以上16歳未満の患者及び小児、効果又は性能に懸念する注意において、「承認された後外科学療法薬又は免疫抑制剤を用いた検査により抗AAVrh74抗体が陽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、以下を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>・抗AAVrh74抗体が陽性であることを確認された患者の実施年月日<br>・歩行の可否<br>・本製品の投与日における年齢                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850600227        | 抗AAVrh74抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日(エレビジス点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日                                           | ○                  |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830600205        | 歩行の可否(エレビジス点滴静注):*****                                                                                  | ○                  |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 842600045        | 本製品の投与日における年齢(エレビジス点滴静注):*****                                                                          | ○                  |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                                                                         |                    |
| 37 | エンハーツ点滴静注100mg                                                      | 化学療法薬のあるHER2陽性の手術不能又は再発乳癌<br><br>がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治療不能の進行・再発の胃癌の場合<br><br>化学療法薬のあるHER2低発現の手術不能又は再発乳癌<br><br>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の進行・再発の非小細胞肺癌<br><br>ホルモン受容体陽性かつHER2低発現又は超低発現の手術不能又は再発乳癌<br><br>HER2陽性の進行・再発の固形癌(標準的な治療が困難な場合に限り)<br><br>HER2低発現又は超低発現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。<br><br>一次治療で実施した化学療法薬(エンハーツ点滴静注100mg)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、一次治療で実施した化学療法薬を記載すること。<br><br>「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。<br>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。<br><br>「十分なる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。<br>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。<br><br>HER2低発現又は超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低発現又は超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低発現又は超低発現を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。<br><br>本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「HER2陽性の定義について、「[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陽性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陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。 | 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100mg)                                                                   |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830600022        | 一次治療で実施した化学療法薬(エンハーツ点滴静注100mg):*****                                                                    |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 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100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日                                           |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 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100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日                                  |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 850600228        | HER2低発現又は超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100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日                                           | ○                  |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 850600229        | HER2低発現又は超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100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日                                     | ○                  |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 850600230        | HER2陽性を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日                                                  | ○                  |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 850600231        | HER2陽性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100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日                                            | ○                  |
| 38 | エンレスト錠50mg<br>エンレスト錠100mg<br>エンレスト錠200mg                            | 慢性心不全、高血圧症                                                                                                                                                                                                                                                                         | (成人の慢性心不全の場合)<br>本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限り」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。<br><br>(高血圧症の場合)<br>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。」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):*****                                                                         |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                                                                         |                    |
| 39 | オータイロカプセル40mg<br>オータイロカプセル160mg                                     | NTRK融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌<br><br>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おける検査により、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診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。<br><br>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、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診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 850600232        | ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(オータイロカプセル40mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日                                             | ○                  |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 850600233        | 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)(オータイロカプセル40mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日                                       | ○                  |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 850600234        | NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(オータイロカプセル40mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日                                              | ○                  |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 850600235        | 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)(オータイロカプセル40mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日                                       | ○                  |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820600164        | 施設要件ア(オブジーボ点滴静注)                                                                                        |                    |
| 40 | オブジーボ点滴静注20mg<br>オブジーボ点滴静注100mg<br>オブジーボ点滴静注120mg<br>オブジーボ点滴静注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。<br>(※は、古典的ホジキンリンパ腫に限る)。<br>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)<br>イ 特定機能病院<br>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)<br>エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1、外来腫瘍化学療法診療科2又は外来腫瘍化学療法診療科3の施設基準に係る届出を行っている施設<br>オ 抗悪性腫瘍処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820600186        | 施設要件イ(オブジーボ点滴静注)                                                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820600190        | 施設要件ウ(オブジーボ点滴静注)                                                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820600194        | 施設要件エ(オブジーボ点滴静注)                                                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820600197        | 施設要件オ(オブジーボ点滴静注)                                                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                                                                                         |                    |

| 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|---------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------|--------------------|
| 41 | オプジーボ点滴静注20mg<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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研修の研修を行っていること。<br>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。                                                                                                                                                                      | 820600416        | 悪性黒色腫(オプジーボ点滴静注)                                   | ○                  |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600141        | 医師要件A(オプジーボ点滴静注)                                   |                    |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600183        | 医師要件イ(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)<br>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<br>"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)<br>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)                                   |                    |
| 42 | オプジーボ点滴静注20mg<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>オプジーボ点滴静注240mg | 切除不能進行・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A」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。<br>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研修の研修を行っていること。<br>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科の臨床研修を行っていること。<br>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研修を行っていること。                                                              | 820600417        | 切除不能進行・再発の非小細胞肺癌(オプジーボ点滴静注)                        | ○                  |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600141        | 医師要件A(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)<br>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)                                   |                    |
|    |                                                                     |                     | (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)<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                   | 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<br>"年"mm"月"dd"日"   |                    |
| 43 | オプジーボ点滴静注20mg<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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A」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。<br>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研修の研修を行っていること。<br>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。<br>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。 | 820600418        | 再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌(オプジーボ点滴静注)                        | ○                  |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600141        | 医師要件A(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)                              |                    |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600419        | 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌(オプジーボ点滴静注)                        |                    |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600141        | 医師要件A(オプジーボ点滴静注)                                   |                    |
| 44 | オプジーボ点滴静注20mg<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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研修の研修を行っていること。<br>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。                                                                                                                                  | 820600419        | 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌(オプジーボ点滴静注)                        | ○                  |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600141        | 医師要件A(オプジーボ点滴静注)                                   |                    |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600183        | 医師要件イ(オプジーボ点滴静注)                                   |                    |
|    |                                                                     |                     | (本製剤とイリリウムマブ(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)<br>次のいずれに該当するかを記載すること。(「患者要件A」又は「患者要件イ」と記載)<br>ア IMDC リスク分類: intermediate リスク<br>イ IMDC リスク分類: poor リスク                                                                                                                                                                                                                         | 820600152        | 患者要件A(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)<br>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)                                   |                    |
| 45 | オプジーボ点滴静注20mg<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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 | (平成29年4月17日以前に既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)<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                 | 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<br>"年"mm"月"dd"日"   | ○                  |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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<br>"年"mm"月"dd"日"   |                    |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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<br>"年"mm"月"dd"日"   |                    |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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<br>"年"mm"月"dd"日"   |                    |
| 46 | オプジーボ点滴静注20mg<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>オプジーボ点滴静注240mg | 治癒切除不能進行・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A」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。<br>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研修の研修を行っていること。<br>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研修を行っていること。<br>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の臨床研修を行っていること。                                                          | 820600420        | 再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫(オプジーボ点滴静注)                     | ○                  |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600141        | 医師要件A(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)<br>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)                                   |                    |
|    |                                                                     |                     | (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4月30日までの間)<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                   | 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<br>"年"mm"月"dd"日"   |                    |
| 46 | オプジーボ点滴静注20mg<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>オプジーボ点滴静注240mg | 治癒切除不能進行・再発の胃癌      | (平成29年4月17日以前に既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)<br>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<br>"年"mm"月"dd"日"   |                    |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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<br>"年"mm"月"dd"日"   |                    |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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<br>"年"mm"月"dd"日"   |                    |
|    |                                                                     |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600118        | 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" |                    |

| 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 47 | オブジーボ点滴静注20mg<br>オブジーボ点滴静注100mg<br>オブジーボ点滴静注120mg<br>オブジーボ点滴静注240mg | 切除不能進行・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A」又は「医師要件イ」と記載)。<br>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。<br>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気の臨床研修を行っていること。                                                                                 | 820600422        | 切除不能進行・再発の悪性胸膜中皮腫(オブジーボ点滴静注)                                            | ○                  |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600141        | 医師要件A(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600183        | 医師要件イ(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
| 48 | オブジーボ点滴静注20mg<br>オブジーボ点滴静注100mg<br>オブジーボ点滴静注120mg<br>オブジーボ点滴静注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A」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。<br>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。<br>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。<br>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気の臨床研修を行っていること。 | 820600423        | がん化学療法後に増悪した治癒切除不能進行・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(オブジーボ点滴静注) | ○                  |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600141        | 医師要件A(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600183        | 医師要件イ(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600184        | 医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 850600120        | MSI-Highを確認した検査の実施年月日(オブジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日                    |                    |
| 49 | オブジーボ点滴静注20mg<br>オブジーボ点滴静注100mg<br>オブジーボ点滴静注120mg<br>オブジーボ点滴静注240mg | 根治切除不能進行・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A」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。<br>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。<br>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。<br>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気の臨床研修を行っていること。 | 820600424        | 根治切除不能進行・再発の食道癌(オブジーボ点滴静注)                                              | ○                  |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600141        | 医師要件A(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600183        | 医師要件イ(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600184        | 医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
| 50 | オブジーボ点滴静注20mg<br>オブジーボ点滴静注100mg<br>オブジーボ点滴静注120mg<br>オブジーボ点滴静注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A」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。<br>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。<br>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。<br>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気の臨床研修を行っていること。 | 820600425        | 食道癌における術後補助療法(オブジーボ点滴静注)                                                | ○                  |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600141        | 医師要件A(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600183        | 医師要件イ(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600184        | 医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
| 51 | オブジーボ点滴静注20mg<br>オブジーボ点滴静注100mg<br>オブジーボ点滴静注120mg<br>オブジーボ点滴静注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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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。                                                                          | 820600426        | 原発不明癌(オブジーボ点滴静注)                                                        | ○                  |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600141        | 医師要件A(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600183        | 医師要件イ(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600156        | 検査等ア(オブジーボ点滴静注)                                                         |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600157        | 検査等イ(オブジーボ点滴静注)                                                         |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600158        | 検査等ウ(オブジーボ点滴静注)                                                         |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600159        | 検査等エ(オブジーボ点滴静注)                                                         |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600160        | 検査等オ(オブジーボ点滴静注)                                                         |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600161        | 検査等カ(オブジーボ点滴静注)                                                         |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600162        | 検査等キ(オブジーボ点滴静注)                                                         |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600163        | 検査等ク(オブジーボ点滴静注)                                                         |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 830600113        | 投与することとした理由(オブジーボ点滴静注):*****                                            |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                                                                         |                    |
| 52 | オブジーボ点滴静注20mg<br>オブジーボ点滴静注100mg<br>オブジーボ点滴静注120mg<br>オブジーボ点滴静注240mg | 原路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能原路上皮癌                                 | 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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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、原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。                                                                       | 820600427        | 原路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能原路上皮癌(オブジーボ点滴静注)                                 | ○                  |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600141        | 医師要件A(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600183        | 医師要件イ(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
| 53 | オブジーボ点滴静注20mg<br>オブジーボ点滴静注100mg<br>オブジーボ点滴静注120mg<br>オブジーボ点滴静注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A」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。<br>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。<br>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気の臨床研修を行っていること。<br>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。     | 820600428        | 非小細胞肺癌における術前補助療法(オブジーボ点滴静注)                                             | ○                  |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600141        | 医師要件A(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600183        | 医師要件イ(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600184        | 医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
| 54 | オブジーボ点滴静注20mg<br>オブジーボ点滴静注100mg<br>オブジーボ点滴静注120mg<br>オブジーボ点滴静注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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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。                                                                 | 820600429        | 悪性中皮腫(悪性胸膜中皮腫を除く)(オブジーボ点滴静注)                                            | ○                  |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600141        | 医師要件A(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600183        | 医師要件イ(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
| 55 | オブジーボ点滴静注20mg<br>オブジーボ点滴静注100mg<br>オブジーボ点滴静注120mg<br>オブジーボ点滴静注240mg | 根治切除不能進行・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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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、上皮系皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。                                                                                     | 820600430        | 根治切除不能進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍(オブジーボ点滴静注)                                        | ○                  |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600141        | 医師要件A(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |
|    |                                                                     |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600183        | 医師要件イ(オブジーボ点滴静注)                                                        |                    |

| 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 56 | オブジーボ点滴静注20mg<br>オブジーボ点滴静注100mg<br>オブジーボ点滴静注120mg<br>オブジーボ点滴静注240mg | 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A」又は「医師要件イ」と記載)<br>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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820600431        | 切除不能な肝細胞癌(オブジーボ点滴静注)                                                 | ○                  |
|    |                                                                     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820600141        | 医師要件A(オブジーボ点滴静注)                                                     | ○                  |
|    |                                                                     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820600183        | 医師要件イ(オブジーボ点滴静注)                                                     | ○                  |
| 57 | オルプロリクス静注用500<br>オルプロリクス静注用1000<br>オルプロリクス静注用2000<br>オルプロリクス静注用3000 |                                | 手術時における血液凝固第Ⅲ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検討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):*****                                     |                    |
|    |                                                                     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830600026        | 手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用250):*****                                      |                    |
|    |                                                                     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830600027        | 手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用4000):*****                                     |                    |
| 58 | オルミエント錠2mg<br>オルミエント錠4mg<br>オルミエント錠1mg                              | 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。<br>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A」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載)<br>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。<br>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。<br>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。<br>2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件イ」と記載)<br>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(ストロングラリス以上)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。<br>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。<br>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<br>ア IGAスコア<br>イ 全身又は顔面部のEASIスコア<br>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A(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A(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        | 顔面部の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):*****                         |                    |
|    |                                                                     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830600153        | 顔部全体に占める脱毛部位の割合(オルミエント錠2mg等):*****                                   |                    |
|    |                                                                     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830600154        | 毛髪自然再生が認められていない期間(オルミエント錠2mg等):*****                                 |                    |
| 59 | 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Xa因子阻害剤(アピキサラン、リバーロキサラン又はエディキサントニル糖塩水和物)の経投、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Xa因子阻害剤の薬物動態に影響する可能性のある腎機能等)等から、直接作用型Xa因子阻害剤による抗血栓作用が発現している期間でもっとも判定される患者にのみ投与すること。」及び「本剤はアピキサラン、リバーロキサラン又はエディキサントニル糖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。<br>ア 直接作用型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<br>イ 本剤の投与が必要と判断した理由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 830600155        | 直接作用型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):*****                                    |                    |
| 60 | ガザイバ点滴静注1000mg                                                      | CD20陽性の慢性リンパ性白血病(リンパ球性リンパ腫を含む) | 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。<br>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 |                    |
|    |                                                                     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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                |                    |
| 61 | カムザイオスカプセル1mg<br>カムザイオスカプセル2.5mg<br>カムザイオスカプセル5mg                   |                                | 本製剤の用法及び用量に関連する注意において、「投与開始前に心エコー検査により左室駆出率(LVEF)を評価し、LVEFが55%未満の患者には投与を開始しないこと。」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診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850600236        | 左室駆出率の計測年月日(カムザイオスカプセル1mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日                       | ○                  |
|    |                                                                     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 842600046        | 左室駆出率の値(カムザイオスカプセル1mg等):*****                                        | ○                  |
|    |                                                                     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830600206        | 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)(カムザイオスカプセル1mg等):*****                 | ○                  |
| 62 | カナグル錠100mg<br>カナグルOD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)<br>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等):*****                                      |                    |
|    |                                                                     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850600181        | eGFR検査の実施年月日(カナグル錠100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日                         |                    |
| 63 | カルケンスカプセル100mg<br>カルケンス錠100mg                                       |                                | (本製剤を「未治療の慢性リンパ性白血病(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、オビヌズマブ(遺伝子組換え)と併用する場合)<br>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等):(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等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日                  |                    |
| 64 | 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A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)<br>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)<br>イ 特定機能病院<br>ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携拠点病院(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)<br>エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1、外来腫瘍化学療法診療科2又は外来腫瘍化学療法診療科3の施設基準に係る届出を行っている施設<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820600185        | 施設要件A(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)                                                    |                    |
| 65 | 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A」又は「医師要件イ」と記載)<br>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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820600432        | 悪性黒色腫(キイトルーダ点滴静注)                                                    | ○                  |
|    |                                                                     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820600146        | 医師要件A(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)                                                    |                    |
| 66 | 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A」又は「医師要件イ」と記載)<br>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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820600433        | 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌(キイトルーダ点滴静注)                                        | ○                  |
|    |                                                                     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820600146        | 医師要件A(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)                                                    |                    |

| 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8年6月1日適用 |
|----|-----------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------|
|    |                 |                                                                      | (本剤を単独で投与する場合)<br>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):*****                                         |            |
| 67 | 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A」又は「医師要件イ」と記載)<br>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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                         | 820600434        | 再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫(キイトルーダ点滴静注)                                                  | ○          |
|    |                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 820600146        | 医師要件A(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 | 根治切除不能な原上皮膚癌                                                         | 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A」又は「医師要件イ」と記載)<br>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。<br>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、原上皮膚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。                                                                                                                                                                                                                      | 820600435        | 根治切除不能な原上皮膚癌(キイトルーダ点滴静注)                                                         | ○          |
|    |                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 820600146        | 医師要件A(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)                                                                |            |
| 69 | 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A」又は「医師要件イ」と記載)<br>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。<br>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、対象となる臨床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。<br><br>MSI-Highを確認した検査の実施年月日                                                                                                                                                                                        | 820600436        | 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)(キイトルーダ点滴静注) | ○          |
|    |                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 820600146        | 医師要件A(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)                                                                |            |
|    |                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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"                            |            |
| 70 | 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、術所進行頭頸部癌における術前・術後補助療法                               | 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A」又は「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)<br>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。<br>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。<br>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。<br>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あらかじめ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。 | 820600437        | 再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌、術所進行頭頸部癌における術前・術後補助療法(キイトルーダ点滴静注)                               | ○          |
|    |                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 820600146        | 医師要件A(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)                                                           |            |
| 71 | 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A」又は「医師要件イ」と記載)<br>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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                       | 820600438        | 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌(キイトルーダ点滴静注)                                                     | ○          |
|    |                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 820600146        | 医師要件A(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)                                                                |            |
| 72 | 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A」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。<br>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。<br>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の研修を行っていること。<br>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の臨床研修を行っていること。                                                                                                                                        | 820600439        | 根治切除不能な進行・再発の食道癌(キイトルーダ点滴静注)                                                     | ○          |
|    |                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 820600146        | 医師要件A(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)                                                                |            |
|    |                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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):*****                                          |            |
| 73 | キイトルーダ点滴静注100mg | 治療切除不能な進行・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A」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。<br>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。<br>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の研修を行っていること。<br>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、対象となる臨床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。                                                                                                                                  | 820600440        | 治療切除不能な進行・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(キイトルーダ点滴静注)                    | ○          |
|    |                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 820600146        | 医師要件A(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)                                                                |            |
| 74 | 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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                          | 820600441        | 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(キイトルーダ点滴静注)                               | ○          |
|    |                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 820600146        | 医師要件A(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)                                                                |            |
|    |                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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):*****                                          |            |
|    |                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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"                      |            |
| 75 | キイトルーダ点滴静注100mg | 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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                  | 820600442        | 進行・再発の子宮体癌(キイトルーダ点滴静注)                                                           | ○          |
|    |                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 820600146        | 医師要件A(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)                                                                |            |
|    |                 |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                                                                  |            |

| 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8年6月1日適用 |
|----|-----------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------|
|    |                 |                                                                | (本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合)<br>次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与A」又は「併用投与イ」と記載)<br>ア レンパチニブメタン酸塩との併用投与(がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体癌の場合)<br>イ パクリタキセル及びカルボプラチンとの併用投与(化学療法歴のない進行・再発の子宮体癌の場合)                                                                                                                                                                     | 820600171        | 併用投与A(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)                                                          | ○          |
| 76 | 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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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。                                                                                  | 820600445        | 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)(キイトルーダ点滴静注) | ○          |
|    |                 |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600146        | 医師要件A(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"                      |            |
| 77 | 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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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。                                                                                     | 820600446        | 腎細胞癌における術後補助療法(キイトルーダ点滴静注)                                                 | ○          |
|    |                 |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600146        | 医師要件A(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)                                                          |            |
| 78 | 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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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。                                                                                     | 820600447        | 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(キイトルーダ点滴静注)                       | ○          |
|    |                 |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600146        | 医師要件A(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"                |            |
| 79 | キイトルーダ点滴静注100mg | 進行又は再発の子宮頸癌                                                    | 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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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。                                                                                        | 820600448        | 進行又は再発の子宮頸癌(キイトルーダ点滴静注)                                                    | ○          |
|    |                 |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600146        | 医師要件A(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A」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。<br>ア パクリタキセル及びプラチナ製剤との併用投与<br>イ パクリタキセル、プラチナ製剤及びベシズマブとの併用投与                                                                                                                                                                                                       | 820600171        | 併用投与A(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)                                                          |            |
| 80 | 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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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。                                                                                       | 820600449        | 再発又は難治性の原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫(キイトルーダ点滴静注)                                       | ○          |
|    |                 |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600146        | 医師要件A(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)                                                          |            |
| 81 | キイトルーダ点滴静注100mg | 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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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、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。<br>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。 | 820600450        | 治癒切除不能な進行・再発の胃癌(キイトルーダ点滴静注)                                                | ○          |
|    |                 |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600146        | 医師要件A(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)                                                          | ○          |
|    |                 |                                                                | HER2陽性又はHER2陰性を確認した検査の実施年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 850600237        | HER2陽性又はHER2陰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"                | ○          |
|    |                 |                                                                | HER2陽性の場合は、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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 850600238        | 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"                       | ○          |
| 82 | キイトルーダ点滴静注100mg | 治癒切除不能な胆道癌                                                     | 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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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研修を行っていること。                                                                                            | 820600454        | 治癒切除不能な胆道癌(キイトルーダ点滴静注)                                                     | ○          |
|    |                 |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600146        | 医師要件A(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を行った旨(「併用投与A」と記載)を記載すること。<br>ア グシムピビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600171        | 併用投与A(キイトルーダ点滴静注)                                                          | ○          |
|    |                 |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                                                            |            |
| 83 | キイトルーダ点滴静注100mg | 非小細胞肺癌における術前・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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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。                                                                                          | 820600458        | 非小細胞肺癌における術前・術後補助療法(キイトルーダ点滴静注)                                            | ○          |
|    |                 |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600146        | 医師要件A(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)                                                          | ○          |
| 84 | キイトルーダ点滴静注100mg | 局所進行子宮頸癌                                                       | 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A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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。                                                                                        | 820600461        | 局所進行子宮頸癌(キイトルーダ点滴静注)                                                       | ○          |
|    |                 |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600146        | 医師要件A(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)                                                          | ○          |
|    |                 |                                                                | 本製剤を同時化学放射線療法と併用する場合、次に掲げる併用療法を行った旨(「併用投与A」と記載)<br>ア シスプラチンを用いた同時化学放射線療法                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820600171        | 併用投与A(キイトルーダ点滴静注)                                                          | ○          |

| 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8年6月1日適用 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------|------------|
| 85 | キイトルーダ点滴静注100mg                                                                                                | 切除不能進行・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A」又は「医師要件イ」と記載）<br>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、がん薬物療法主たる臨床研修の研修を行っていること。<br>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の臨床研修を行っていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600465        | 切除不能進行・再発の悪性胸膜中皮腫（キイトルーダ点滴静注）                                  | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600146        | 医師要件A（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）                                              | ○          |
| 86 | 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A」又は「施設要件イ」と記載）<br>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<br>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<br><br>再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600052        | 施設要件A（キムリア点滴静注）                                                |            |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600053        | 施設要件イ（キムリア点滴静注）                                                |            |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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       |            |
| 87 | クリスピータ皮下注10mg<br>クリスピータ皮下注20mg<br>クリスピータ皮下注30mg<br>クリスピータ皮下注10mgシリンジ<br>クリスピータ皮下注20mgシリンジ<br>クリスピータ皮下注30mgシリンジ |                   | 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の過剰を抑制した検査の実施年月日を記載すること。<br>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（クリスピータ皮下注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）（クリスピータ皮下注10mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日 |            |
| 88 | ケサンラ点滴静注350mg                                                                                                  |                   | (本製剤を最初に投与した場合)<br>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>① 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件A」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載）<br>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<br>イ 以下に示す本剤の最初の投与日について記載すること<br>・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者<br>・ 本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5割以上の脳微小出血、脳液へモジゲン沈着又は1cmを超える脳出血が認められる患者<br>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<br>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<br>ア 認知機能評価 MMSEスコア<br>イ 臨床認知症尺度 CDR全版スコア<br>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<br>エ アミロイドPET<br>オ 脳脊髄液（CSF）検査<br>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A」から「医師要件エ」までのうち該当するものを記載）<br>ア 日本神経学会の専門医<br>イ 日本老年医学会の専門医<br>ウ 日本精神神経学会の専門医<br>エ 日本脳神経外科学会の専門医<br>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（「医師要件イ」から「医師要件ク」までのうち該当するものを記載）<br>オ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の経度認知障害の診断、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<br>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、かつ必要に対応ができる医師であること<br>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<br>ク 日本認知症学会及び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<br>⑥ 次に掲げる項目のうち、該当するもの（「施設要件A」又は「施設要件イ」と記載）<br>ア 以下の1から5をすべて満たす施設である。<br>イ 以下の1から5をすべて満たす施設でない。<br>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、施設内で必要に対応ができる体制が整っていること<br>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全版スコア）が実施可能な者が配置されていること<br>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<br>Ⅳ 上記の4及び5に該当する、常設読影が確保されていること<br>Ⅴ CDR全版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<br>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設読影が1名以上いること<br>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<br>Ⅷ 製造販売業者に課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 | 820600468        | 患者要件A（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600469        | 患者要件イ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600470        | 患者要件ウ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600471        | 患者要件エ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600472        | 患者要件オ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 842600048        | 認知機能評価MMSEスコア（ケサンラ点滴静注350mg）：*****                             | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600239        | 認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注350mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日          | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 842600049        | 臨床認知症尺度CDR全版スコア（ケサンラ点滴静注350mg）：*****                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600240        | 臨床認知症尺度CDR全版スコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注350mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日        | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600241        | アミロイドPETの実施年月日（ケサンラ点滴静注350mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日               | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 830600207        | アミロイドPET検査実施施設名（ケサンラ点滴静注350mg）：*****                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600242        | 脳脊髄液（CSF）検査の実施年月日（ケサンラ点滴静注350mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日            | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 830600208        | 脳脊髄液（CSF）検査検査実施施設名（ケサンラ点滴静注350mg）：*****                        | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600473        | 医師要件A（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600474        | 医師要件イ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600475        | 医師要件ウ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600476        | 医師要件エ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600477        | 医師要件オ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600478        | 医師要件カ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600479        | 医師要件キ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600480        | 医師要件ク（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600481        | 施設要件A（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600482        | 施設要件イ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600483        | 施設要件ウ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600484        | 施設要件エ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 830600209        | 連携施設名（施設要件エに該当）（ケサンラ点滴静注350mg）：*****                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 830600210        | 連携施設の所在地（施設要件エに該当）（ケサンラ点滴静注350mg）：*****                        | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600485        | 施設要件オ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600486        | 医師要件ケ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600487        | 医師要件コ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600488        | 医師要件サ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600489        | 医師要件シ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600490        | 医師要件ス（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600491        | 医師要件セ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600492        | 医師要件ソ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |
|    |                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600493        | 医師要件タ（ケサンラ点滴静注350mg）                                           | ○          |

| 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8年6月1日適用 |
|----|-------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|------------|
|    |       |       | <p>(継続投与の場合)<br/>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br/>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。<br/>① 本製剤の初回投与から起算して、何回目投与であるか。<br/>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<br/>③ 本製剤投与中、MRI検査を受けた直近の年月日</p> <p>(投与開始後12か月を目安に実施するPET検査)<br/>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br/>① 本剤投与中、PET検査を受けた年月日(投与開始前のPET検査を除く)<br/>② 本剤投与中、PET検査を実施した施設(「施設要件力」又は「施設要件キ」と記載)及び「施設要件キ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地<br/>カ 初回投与施設と同一施設内<br/>キ 初回投与施設と連携がとれる施設</p>     | 842600073        | 初回投与から起算しての週数(ケサンラ点滴静注350mg);<br>*****                            | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600243        | 臨床症状の評価を実施した直近の年月日(ケサンラ点滴静注350mg);(元号)yy'年'mm'月'dd'日              | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600244        | MRI検査を受けた直近の年月日(ケサンラ点滴静注350mg);(元号)yy'年'mm'月'dd'日                 | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600245        | アミロイドPETの実施年月日(投与中)(ケサンラ点滴静注350mg);(元号)yy'年'mm'月'dd'日             | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600494        | 施設要件力(ケサンラ点滴静注350mg)                                              | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600495        | 施設要件キ(ケサンラ点滴静注350mg)                                              | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 830600212        | 連携施設名(施設要件キに該当)(ケサンラ点滴静注350mg);<br>*****                          | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 830600213        | 連携施設名の所在地(施設要件キに該当)(ケサンラ点滴静注350mg);<br>*****                      | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 830600214        | 投与の継続が必要と判断した理由(ケサンラ点滴静注350mg);<br>*****                          | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600468        | 患者要件A(ケサンラ点滴静注350mg)                                              | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600469        | 患者要件I(ケサンラ点滴静注350mg)                                              | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600470        | 患者要件ウ(ケサンラ点滴静注350mg)                                              | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 842600048        | 認知機能評価MMSEスコア(ケサンラ点滴静注350mg);*****                                | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600239        | 認知機能評価MMSEスコアの実施年月日(ケサンラ点滴静注350mg);(元号)yy'年'mm'月'dd'日             | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 842600049        | 臨床認知症尺度CDR全般スコア(ケサンラ点滴静注350mg);<br>*****                          | ○          |
|    |       |       | <p>(初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合)<br/>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br/>① 本剤投与の継続が必要と判断した理由(PET検査)によるアミロイドβプラークの評価結果、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<br/>② 本剤の最速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)</p> | 850600240        | 臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日(ケサンラ点滴静注350mg);(元号)yy'年'mm'月'dd'日           | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600248        | 左室駆出率の計測年月日(ケレンジア錠10mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日                       | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 842600052        | 左室駆出率の値(ケレンジア錠10mg等);*****                                        | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 830600215        | 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)(ケレンジア錠10mg等);*****                 | ○          |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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 |            |
|    |       |       | <p>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。<br/>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。</p>                                                                                                                                                                                                                                | 820600054        | 医師要件A(サイバインコ錠50mg等)                                               |            |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600055        | 医師要件I(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A(サイバインコ錠50mg等)                                              |            |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600058        | 前治療要件I(サイバインコ錠50mg等)                                              |            |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 842600075        | IGAスコア(サイバインコ錠50mg等);*****                                        |            |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 842600076        | 全身のEASISスコア(サイバインコ錠50mg等);*****                                   |            |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 842600077        | 頭頸部のEASIS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);*****                     |            |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 830600033        | AFPの検査値(サイラムザ点滴静注100mg等);*****                                    |            |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600032        | AFP検査の実施年月日(サイラムザ点滴静注100mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日                   |            |
|    |       |       | <p>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。<br/>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。</p>                                                                                                                                                                                                                                | 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           |            |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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          |            |
|    |       |       | <p>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。<br/>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。</p>                                                                                                                                                                                        | 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           |            |
|    |       |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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、コレストロール値、重度の高コレストロール血症の徴候等)(ジャクスタビッドカプセル5mg等);*****    |            |
|    |       |       | <p>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。<br/>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。<br/>② 本疾患の診断根拠(遺伝子解析、コレストロール値、重度の高コレストロール血症の徴候等)</p>                                                                                                                                                                                                       | 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、コレストロール値、重度の高コレストロール血症の徴候等)(ジャクスタビッドカプセル5mg等);*****    |            |
|    |       |       | <p>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。<br/>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。<br/>② 本疾患の診断根拠(遺伝子解析、コレストロール値、重度の高コレストロール血症の徴候等)</p>                                                                                                                                                                                                       | 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、コレストロール値、重度の高コレストロール血症の徴候等)(ジャクスタビッドカプセル5mg等);*****    |            |
|    |       |       | <p>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。<br/>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。<br/>② 本疾患の診断根拠(遺伝子解析、コレストロール値、重度の高コレストロール血症の徴候等)</p>                                                                                                                                                                                                       | 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、コレストロール値、重度の高コレストロール血症の徴候等)(ジャクスタビッドカプセル5mg等);*****    |            |
|    |       |       | <p>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。<br/>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。<br/>② 本疾患の診断根拠(遺伝子解析、コレストロール値、重度の高コレストロール血症の徴候等)</p>                                                                                                                                                                                                       | 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、コレストロール値、重度の高コレストロール血症の徴候等)(ジャクスタビッドカプセル5mg等);*****    |            |
|    |       |       | <p>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。<br/>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。<br/>② 本疾患の診断根拠(遺伝子解析、コレストロール値、重度の高コレストロール血症の徴候等)</p>                                                                                                                                                                                                       | 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、コレストロール値、重度の高コレストロール血症の徴候等)(ジャクスタビッドカプセル5mg等);*****    |            |
|    |       |       | <p>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。<br/>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。<br/>② 本疾患の診断根拠(遺伝子解析、コレストロール値、重度の高コレストロール血症の徴候等)</p>                                                                                                                                                                                                       | 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、コレストロール値、重度の高コレストロール血症の徴候等)(ジャクスタビッドカプセル5mg等);*****    |            |

| 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8年6月1日適用 |
|-----|----------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 96  | 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。」とあり、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、適応患者を選別すること。」とされているので、本剤の投与開始に当たっては、本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<br><br>830600160                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 適応患者であると判断した理由(ジャディアンス錠10mg);*****<br><br>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);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |
| 97  | シュンレンカ錠300mg<br>シュンレンカ皮下注463.5mg                   |        | 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、本剤を含みない既存の抗HIV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、本剤を含みない複数の抗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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 850800184<br><br>830600161                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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<br><br>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);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |
| 98  | シンボニー皮下注50mgシリンジ<br><br><br>シンボニー皮下注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。<br>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<br>イ 本製剤の投与が必要と判断した理由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 830600038<br><br>830600039<br><br>830600040<br><br>830600041<br><br>830600042<br><br>830600043                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名(シンボニー皮下注50mgシリンジ);*****<br><br>他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間(シンボニー皮下注50mgシリンジ);*****<br><br>投与が必要と判断した理由(シンボニー皮下注50mgシリンジ);*****<br><br>他の薬物療法として使用していた薬剤の品名(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター);*****<br><br>他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター);*****<br><br>投与が必要と判断した理由(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |
| 99  | ステポ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(ステポロニン点滴静注バッグ9000mg／300mL);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |
| 100 | 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。<br>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A」又は「医師要件J」を記載)<br>イ 医師免許取得後、腎臓領域を含む整形外科に関する10年以上の修練を行い、腎臓損傷に関する十分な臨床経験(計30件以上)を有し、AIS評価が適切に行なわれること。<br>イ 医師免許取得後、腎臓領域を含む脳神経外科に関する10年以上の修練を行い、腎臓損傷に関する十分な臨床経験(計30件以上)を有し、AIS評価が適切に行なわれること。<br>本製品の製造原料として最初にも梅毒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<br>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、供給可能量も満たすAの患者を優先して投与すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 820600064<br><br>820600065<br><br>830600045<br><br>830600046                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 医師要件A(ステミラック注)<br><br>医師要件I(ステミラック注)<br><br>製造原料として最初にも梅毒の採血を行う時点におけるAIS(ステミラック注);*****<br><br>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);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |
| 101 | スピナザ錠注12mg<br>スピナザ錠注28mg<br>スピナザ錠注50mg             |        | 効能又は効果に関連する注意において「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。<br>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 850600035<br><br>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(スピナザ錠注12mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日<br><br>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)(スピナザ錠注12mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |
|     |                                                    |        | (オナムノゲン アペバルボク(販売名:ゾルゲスマ点滴静注)の投与後に本製剤を投与する場合)<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | オナムノゲン アペバルボクの投与後に本製剤の投与が必要な理由(スピナザ錠注12mg等);*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |
| 102 | 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織交換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。」及び「承認された体外診断用医薬品又は検査機関を用いた検査のうち、相同組織交換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織交換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。<br>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<br><br>850600037<br><br>850600038                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 過去に実施した化学療法歴(ゼジューラ <b>オプzetミ錠</b> 100mg等);*****<br><br>相同組織交換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 <b>オプzetミ錠</b> 100mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日<br><br>相同組織交換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 <b>オプzetミ錠</b> 100mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |
|     |                                                    |        | (本製剤の投与開始の場合)<br>次の事項を診断説明欄(健康の構築欄)に記載すること。<br>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A」から「施設要件オ」までのうち該当するものをすべて記載)<br>ア 内科<br>イ 循環器内科<br>ウ 内分科<br>エ 代謝内科<br>オ 腫瘍内科<br>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」又は「施設要件ク」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<br>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<br>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<br>ク 日本腫瘍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<br>ケ 日本腫瘍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<br>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<br>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<br>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)<br>シ 日本循環器学会の教育研修施設<br>ス 日本腫瘍学会の教育研修施設<br>セ 日本内分泌学会の教育研修施設<br>④ 常勤の管理栄養士の免許証番号<br>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A」又は「医師要件J」を記載)<br>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。<br>イ 医師免許取得後、満2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。<br>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)<br>ウ 日本循環器学会の専門医<br>エ 日本腫瘍学会の専門医<br>オ 日本内分泌学会の専門医<br>⑦ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件A」〜「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載)<br>ア 高血圧<br>イ 脂質異常症<br>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」を記載)<br>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<br>オ BMIが35kg/m2以上<br>⑨ (3)⑤の「患者要件J」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」〜「患者要件ク」までのうち該当するものをすべて記載)<br>〜「患者要件カ」までのうち該当するものをすべて記載)<br>カ 耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など)<br>キ 脂質異常症<br>ク 高血圧<br>ケ 高尿酸血症・痛風<br>コ 冠動脈疾患<br>サ 胆絞攣<br>シ 非アルコール性脂肪性肝疾患<br>ス 月経異常・不妊<br>セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群<br>ソ 運動器疾患<br>タ 肥満関連腎臓病 | 820600499<br><br>820600500<br><br>820600501<br><br>820600502<br><br>820600503<br><br>820600504<br><br>820600505<br><br>820600506<br><br>820600507<br><br>820600508<br><br>820600509<br><br>830600216<br><br>830600217<br><br>820600510<br><br>820600511<br><br>820600512<br><br>842600053<br><br>820600513<br><br>820600514<br><br>820600515<br><br>820600516<br><br>820600517<br><br>820600518<br><br>820600519<br><br>820600520<br><br>820600521<br><br>820600522<br><br>820600523<br><br>820600524<br><br>820600525<br><br>820600526 | 施設要件フ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件イ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件ウ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件エ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件オ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件カ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件キ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件ク(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件ケ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件セ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>常勤の管理栄養士の免許証番号(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等);***** ○<br><br>施設要件フ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件イ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件ウ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件エ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件オ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件カ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件キ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件ク(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件ケ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>施設要件セ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>患者要件フ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>患者要件イ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>患者要件ウ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>患者要件エ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>患者要件オ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>患者要件カ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>患者要件キ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>患者要件ク(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○<br><br>患者要件ケ(ゼッパバンド皮下注2.5mgアテオス等) ○ |            |

| 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8年6月1日適用 |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 103 | ゼップバウンド皮下注7.5mgアテオス<br>ゼップバウンド皮下注10mgアテオス<br>ゼップバウンド皮下注12.5mgアテオス<br>ゼップバウンド皮下注15mgアテオス |       | ⑩ 食事療法、運動療法に係る治療計画を作成した年月日<br>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<br>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<br>⑬ 本製剤による治療計画（72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）                                                                                                                                                                                         | 8206000527       | 患者要件コ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）                                                         | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 8206000528       | 患者要件サ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）                                                         | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 8206000529       | 患者要件シ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）                                                         | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 8206000530       | 患者要件ス（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）                                                         | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 8206000531       | 患者要件セ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）                                                         | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 8206000532       | 患者要件ソ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）                                                         | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 8206000533       | 患者要件タ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）                                                         | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600249        | 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日                   | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600250        | 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（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日    | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 830600218        | 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（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：*****                  | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600251        | 治療計画（72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（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（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）<br>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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<br>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<br>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<br>ア 体重<br>ウ 血圧<br>エ 脂質                                                                                                                                                                               | 850600252        | 管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日                     | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 842600074        | 初回投与から起算しての週数（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：*****                                           | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 842600054        | 直近の測定値（ア 体重）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：*****                                            | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 842600055        | 直近の測定値（イ 血糖）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：*****                                            | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 842600056        | 直近の測定値（ウ 血圧）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：*****                                            | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 842600057        | 直近の測定値（エ 脂質）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：*****                                            | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600253        | 測定年月日（ア 体重）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日                                | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600254        | 測定年月日（イ 血糖）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日                                | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600255        | 測定年月日（ウ 血圧）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日                                | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600256        | 測定年月日（エ 脂質）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日                                | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 830600220        | 改善傾向が認められた旨（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：*****                                             | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600257        | 投与を中止した年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日                                 | ○          |
|     |                                                                                         |       | （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）<br>再投与の開始日に次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>① 本製剤の投与を中止した年月日<br>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<br>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<br>④ ②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6か月間行い前記、やむを得ず本製剤の投与を再開する場合はその理由<br>⑤ 改めて本製剤による治療計画（72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） | 850600258        | 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（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日                | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600259        | 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（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日        | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 830600221        | やむを得ず本製剤の投与を再開するその理由（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：*****                                    | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600260        | 改めて本製剤による治療計画（72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（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日 | ○          |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                                                                     |            |
| 104 | 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。<br>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                       |            |
| 105 | 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。<br>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                        |            |
| 106 | ゾスバタ錠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遺伝子変異陽性で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。<br>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（ゾスバタ錠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）（ゾスバタ錠40mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日                        |            |
| 107 | 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。<br>・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<br>・本品の投与日数<br>・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        | 本品の投与日数（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                         |            |
|     |                                                                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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                         |            |

| 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8年6月1日適用 |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| 108       | ゾレア皮下注用150mg<br>ゾレア皮下注75mgシリンジ<br>ゾレア皮下注150mgシリンジ<br>ゾレア皮下注75mgペン<br>ゾレア皮下注150mgペン<br>ゾレア皮下注300mgペン |       | (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)<br>次の事項を記載すること。<br>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)<br>【成人季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】<br>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。<br>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。<br>【小児季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】<br>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。<br>② 投与量の投与に用いた血清中抗体濃度及び当該検査の実施年月日<br>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<br>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、鼻漏の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。<br>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<br>⑥ 既存治療で効果不十分と判断した理由<br>⑦ アレルゲン免疫療法(減感作療法)に関する説明 | 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(この鼻の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(この鼻の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)：*****                   |                                                                           |            |
|           |                                                                                                     |       | 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)：*****                |                                                                           |            |
|           |                                                                                                     |       | 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(この鼻の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(この鼻の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)：*****                                                |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                              |                                                                           |            |
| 109       | タグリゾ錠40mg<br>タグリゾ錠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)<br>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を有し、病勢進行が確認されている患者では、EGFR790M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。<br><br>(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及びEGFR遺伝子変異陽性の切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における化学療法補助療法後の維持療法に用いる場合)<br>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(タグリゾ錠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)(タグリゾ錠40mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日  |                                                                           |            |
| 110       | タスフィ錠35mg                                                                                           |       | 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載すること。<br>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600281                                                    | FGFR2融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(タスフィ錠35mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日                   | ○          |
|           |                                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850600282                                                    | FGFR2融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タスフィ錠35mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日             | ○          |
| 111       | タズベリク錠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遺伝子変異陽性を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。<br>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(タズベリク錠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)(タズベリク錠200mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日            |            |
| 112       | ダトロウェイ点滴静注用100mg                                                                                    |       | 本製剤の効能・効果は「化学療法歴のある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」であることから、ホルモン受容体陽性及びHER2陰性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。<br>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。<br><br>本剤の効能又は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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850600283                                                    | ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(ダトロウェイ点滴静注用100mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日               | ○          |
|           |                                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850600284                                                    | 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)(ダトロウェイ点滴静注用100mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日         | ○          |
|           |                                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850600285                                                    | HER2陰性を確認した検査の実施年月日(ダトロウェイ点滴静注用100mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日                  | ○          |
|           |                                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850600286                                                    | HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ダトロウェイ点滴静注用100mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日            | ○          |
|           |                                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830600222                                                    | アントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤又はタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療(ドロッピ点滴静注用200mg)：*****                  | ○          |
|           |                                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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                |            |
| 113       | タフィンラーカプセル50mg<br>タフィンラーカプセル75mg<br>タフィンラーカプセル小児用分散錠10mg                                            |       | 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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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          |            |
|           |                                                                                                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850600053                                                    | 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          |            |
| 114       | タブレク錠150mg<br>タブレク錠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診療報酬明細書に記載すること。<br>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(タブレク錠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)(タブレク錠150mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日 |            |
| 115       | ターゼナカプセル0.25mg<br>ターゼナカプセル1mg                                                                       |       | (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)<br>効能又は効果に関連する注意において、「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、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診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。<br>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850600287                                                    | BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ターゼナカプセル0.25mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日          | ○          |
| 116       | チャンピックス錠0.5mg<br>チャンピックス錠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)<br>「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(チャンピックス錠0.5mg等)                                  |            |



| 項番  | 医薬品名称                               | 効能・効果                     | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | レセプト電算処理<br>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8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------|
| 122 | テセントリク点滴静注840mg<br>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         | (本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合)<br>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)記載すること。<br>ア カルボプラチン、パクリタキセル及びベムシズマブ(遺伝子組み換え)との併用投与<br>イ 白金製剤(シスプラチン又はカルボプラチン)及びベメトレスキドとの併用投与<br>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)<br>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"     |                    |
| 123 | テセントリク点滴静注840mg<br>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。<br>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。<br>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気の臨床研修を行っていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 820600544            | 進展型小細胞肺癌(テセントリク点滴静注)                                        | ○                  |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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)                                           |                    |
| 124 | テセントリク点滴静注840mg<br>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。<br>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。<br>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。<br>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乳癌腫瘍学の臨床研修を行っていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 820600545            | 乳癌(テセントリク点滴静注)                                              | ○                  |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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" |                    |
| 125 | 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。<br>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。<br>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の臨床研修を行っていること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 820600546            | 切除不能な肝細胞癌(テセントリク点滴静注)                                       | ○                  |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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)                                           |                    |
| 126 | テセントリク点滴静注840mg<br>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。<br>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。<br>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気の臨床研修を行っていること。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 820600547            | PD-L1 陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法(テセントリク点滴静注)                       | ○                  |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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(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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820600316            | 医師要件ウ(テセントリク点滴静注)                                           |                    |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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"  |                    |
| 127 | テセントリク点滴静注840mg<br>テセントリク点滴静注1200mg | 切除不能な胆管状腺癌                | 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。<br>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。<br>イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の整形外科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、悪性軟部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。<br>ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の小児がんを含む小児科臨床経験を有すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820600548            | 切除不能な胆管状腺癌(テセントリク点滴静注)                                      | ○                  |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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)                                           | ○                  |
| 128 | テセントリク点滴静注840mg<br>テセントリク点滴静注1200mg | 再発又は難治性の節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型  | 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。<br>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。<br>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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600552            | 再発又は難治性の節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型(テセントリク点滴静注)                        | ○                  |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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)                                           | ○                  |
| 129 | テセントリク点滴静注1200mg                    | 切除不能な胸腺癌                  | 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「医師要件イ」と記載)を記載すること。<br>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。<br>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、胸部悪性腫瘍のがん薬物療法を含む呼吸器病気の臨床研修を行っていること。<br>ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、胸部悪性腫瘍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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820600556            | 切除不能な胸腺癌(テセントリク点滴静注)                                        | ○                  |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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)                                           | ○                  |
| 130 | デビムブラ点滴静注100mg                      |                           | 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)を記載すること。<br>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)<br>イ 特定機能病院<br>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)<br>エ 外來化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1、外来腫瘍化学療法診療科2又は外来腫瘍化学療法診療科3の施設基準に定める届出を行っている施設<br>オ 抗悪性腫瘍剤処方管理計算の施設基準に係る届出を行っている施設<br>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記載)を記載すること。<br>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。<br>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。<br>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気の臨床研修を行っていること。 | 820600560            | 施設要件ア(デビムブラ点滴静注100mg)                                       | ○                  |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600561            | 施設要件イ(デビムブラ点滴静注100mg)                                       | ○                  |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600562            | 施設要件ウ(デビムブラ点滴静注100mg)                                       | ○                  |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600563            | 施設要件エ(デビムブラ点滴静注100mg)                                       | ○                  |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600564            | 施設要件オ(デビムブラ点滴静注100mg)                                       | ○                  |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600565            | 医師要件ア(デビムブラ点滴静注100mg)                                       | ○                  |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600566            | 医師要件イ(デビムブラ点滴静注100mg)                                       | ○                  |
|     |                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600567            | 医師要件ウ(デビムブラ点滴静注100mg)                                       | ○                  |

| 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 131 | デブミコ錠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。<br>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<br><br>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(デブミコ錠250mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日'<br><br>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)(デブミコ錠250mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |
| 132 | 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、効能、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「本品の投与に関しては、急性OVIDH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)：*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |
| 133 | デュビクセント皮下注300mgシリンジ<br>デュビクセント皮下注300mgペン<br>デュビクセント皮下注200mgシリンジ<br>デュビクセント皮下注200mgペン | アトピー性皮膚炎         | 3) 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A」から「前治療要件ウ」までのうち該当するものを記載)<br>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。<br>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。<br>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。<br>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A」から「前治療要件ウ」までのうち該当するものを記載)<br>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。<br>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(ミディウムクラス以上)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。<br>なお、ミディウ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。<br>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。<br>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<br>ア IGA スコア<br>イ 全身又は頭頸部の EASI スコア<br>ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)                                                                                                      | 820600568<br><br>820600167<br><br>820600189<br><br>820600193<br><br>820600181<br><br>820600317<br><br>820600182<br><br>842600078<br><br>842600079<br><br>842600080<br><br>830600109                                                                                      | アトピー性皮膚炎(デュビクセント皮下注)<br><br>施設要件A(デュビクセント皮下注)<br><br>施設要件イ(デュビクセント皮下注)<br><br>施設要件ウ(デュビクセント皮下注)<br><br>前治療要件A(デュビクセント皮下注)<br><br>前治療要件イ(デュビクセント皮下注)<br><br>前治療要件ウ(デュビクセント皮下注)<br><br>IGAスコア(デュビクセント皮下注)：*****<br><br>全身のEASIスコア(デュビクセント皮下注)：*****<br><br>頭頸部のEASIスコア(デュビクセント皮下注)：*****<br><br>体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (デュビクセント皮下注)：*****                                                                                                                                                                                                                                   | ○                  |
| 134 | デュビクセント皮下注300mgシリンジ<br>デュビクセント皮下注300mgペン<br>デュビクセント皮下注200mgシリンジ<br>デュビクセント皮下注200mg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。<br>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A」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載)<br>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。<br>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有していること。<br>2) 本剤投与前の長期間管理による治療の状況及び投与理由(「患者要件A」又は「患者要件イ」と記載)<br>ア 常用吸入ステロイド薬(ICS)とその他の長期間管理薬(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。<br>イ 中用量ICSとその他の長期間管理薬(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。<br>3) ①で「患者要件イ」に該当する場合は、長時間作用性β2刺激薬を併用することが困難であると判断した理由(小児のみは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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 820600569<br><br>820600167<br><br>820600189<br><br>820600193<br><br>820600153<br><br>820600155<br><br>830600226<br><br>830600104                                                                                                                                         | 気管支喘息(デュビクセント皮下注)<br><br>施設要件A(デュビクセント皮下注)<br><br>施設要件イ(デュビクセント皮下注)<br><br>施設要件ウ(デュビクセント皮下注)<br><br>患者要件A(デュビクセント皮下注)<br><br>患者要件イ(デュビクセント皮下注)<br><br>長時間作用性β2刺激薬を併用することが困難であると判断した理由(デュビクセント皮下注)：*****<br><br>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(デュビクセント皮下注)：*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ○                  |
| 135 | デュビクセント皮下注300mgシリンジ<br>デュビクセント皮下注300mgペン                                             | 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。<br>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A」と記載)<br>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。<br>2) 次に掲げる患者の要件Aからウのすべてに該当する旨<br>ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。<br>イ 「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎」に於いて、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。」<br>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。<br>・ 内視鏡検査による鼻鏡スコアが各鼻腔とも5点以上かつ両側の合計が5点以上<br>・ 鼻閉重症度スコアがウ(中等症)以上(8週間以上持続していること)<br>・ 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)<br>3) 2)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。<br>4) 本製剤投与前における各鼻腔の鼻鏡スコア、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<br>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。<br>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A」又は「施設要件イ」と記載)<br>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。<br>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。<br>2) 1)でに該当する場合は、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<br>3) 本製剤の継続投与前における各鼻腔の鼻鏡スコア及び鼻閉重症度スコア<br>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 | 820600570<br><br>820600167<br><br>820600150<br><br>820600185<br><br>820600151<br><br>850600132<br><br>830600108<br><br>830600123<br><br>830600124<br><br>830600125<br><br>820600142<br><br>820600144<br><br>820600143<br><br>830600126<br><br>830600127<br><br>830600103 | 鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎(デュビクセント皮下注)<br><br>施設要件A(デュビクセント皮下注)<br><br>患者の要件Aに該当(デュビクセント皮下注)<br><br>患者の要件イに該当(デュビクセント皮下注)<br><br>患者の要件ウに該当(デュビクセント皮下注)<br><br>慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日(デュビクセント皮下注)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日'<br><br>手術が適応とならないと判断した理由(デュビクセント皮下注)：*****<br><br>本製剤投与前における鼻鏡スコア(デュビクセント皮下注)：*****<br><br>本製剤投与前における鼻閉重症度スコア(デュビクセント皮下注)：*****<br><br>施設要件イ(デュビクセント皮下注)<br><br>施設要件A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(デュビクセント皮下注)<br><br>本製剤の継続投与前における鼻鏡スコア(デュビクセント皮下注)：*****<br><br>本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア(デュビクセント皮下注)：*****<br><br>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(デュビクセント皮下注)：***** | ○                  |
| 136 | デュビクセント皮下注300mgシリンジ<br>デュビクセント皮下注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薬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。<br>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)<br>イ 投与開始時の痒疹結節数<br>ウ 投与開始時の病変部位<br>エ 投与開始時のその時点スコア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 820600571<br><br>830600163<br><br>830600164<br><br>830600165<br><br>830600166                                                                                                                                                                                            | 既存治療で効果不十分な結節性痒疹(デュビクセント皮下注)<br><br>既存治療として使用していた薬剤の品名(デュビクセント皮下注)：*****<br><br>既存治療として使用していた薬剤の使用期間(デュビクセント皮下注)：*****<br><br>既存治療として薬剤を使用していない理由(デュビクセント皮下注)：*****<br><br>投与開始時の痒疹結節数(デュビクセント皮下注)：*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ○                  |

| 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830600167        | 投与開始時の病変部位(デュビクセント皮下注):*****                                                                                         |                    |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 842600029        | 投与開始時のそう痒スコア(デュビクセント皮下注):*****                                                                                       |                    |
| 137 | デュビクセント皮下注300mgシリンジ<br>デュビクセント皮下注300mgペン<br>デュビクセント皮下注200mgシリンジ<br>デュビクセント皮下注200mgペン | 慢性閉塞性肺疾患                             | <p>① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>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」又は「施設要件イ」と記載)</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、3年以上の慢性閉塞性肺疾患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。</p> <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、3年以上の慢性閉塞性肺疾患に関連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。</p> <p>2) 次に掲げるすべての項目の値</p> <p>ア 気管支拡張薬投与後の予測1秒量に対する比率(%FEV1)</p> <p>イ 血中好酸球数</p> <p>3) 長時間作用性抗コリン薬(以下、LAMA)、長時間作用性β2刺激薬(以下、LABA)及び吸入ステロイド薬(以下、ICS)の併用療法(ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABAの併用療法)による治療期間</p> <p>4) 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況(「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載)</p> <p>ア 中等度の増悪を年2回以上(うち1回は全身性ステロイド薬の投与が必要であった)認め、このうち少なくとも1回の増悪はLAMA、LABA及びICS(ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABA)の併用中に発現している。</p> <p>イ LAMA、LABA及びICS(ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABA)の併用中に重度の増悪を年1回以上認めている。</p> <p>5) 禁煙、呼吸リハビリテーション等の非薬物療法に関する管理計画を作成した年月日</p> <p>6) 上記5)の管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日</p> <p>② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>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。(「投与期間ア」から「投与期間ウ」までのうち該当するものを記載)</p> <p>ア 12週間未満</p> <p>イ 12週間以上52週間未満</p> <p>ウ 52週間以上</p> <p>2) 本製剤投与中、(5)①の5)の管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日</p> <p>3) 12週間及び52週間の目安に実施する肺機能及び健康状態の改善、急性増悪の発現状況等の確認を踏まえ、本剤投与の継続が必要と判断した理由</p> | 820600572        | 慢性閉塞性肺疾患(デュビクセント皮下注)                                                                                                 | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600167        | 施設要件ア(デュビクセント皮下注)                                                                                                    | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600189        | 施設要件イ(デュビクセント皮下注)                                                                                                    | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 842600062        | 気管支拡張薬投与後の予測1秒量に対する比率(%FEV1)(デュビクセント皮下注):*****                                                                       | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 842600063        | 血中好酸球数(デュビクセント皮下注):*****                                                                                             | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830600227        | 長時間作用性抗コリン薬(以下、LAMA)、長時間作用性β2刺激薬(以下、LABA)及び吸入ステロイド薬(以下、ICS)の併用療法(ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABAの併用療法)による治療期間(デュビクセント皮下注):***** | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600153        | 患者要件ア(デュビクセント皮下注)                                                                                                    | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600155        | 患者要件イ(デュビクセント皮下注)                                                                                                    | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600271        | 禁煙、呼吸リハビリテーション等の非薬物療法に関する管理計画を作成した年月日(デュビクセント皮下注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                 | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600272        | 管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日(初回投与)(デュビクセント皮下注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                     | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600599        | 投与期間ア(デュビクセント皮下注)                                                                                                    | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600600        | 投与期間イ(デュビクセント皮下注)                                                                                                    | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820600601        | 投与期間ウ(デュビクセント皮下注)                                                                                                    | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600273        | 管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日(継続投与)(デュビクセント皮下注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                     | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830600231        | 本剤投与の継続が必要と判断した理由(デュビクセント皮下注)                                                                                        | ○                  |
| 138 | デュビクセント皮下注300mgシリンジ<br>デュビクセント皮下注300mgペン                                             | 中等症から重症の<br>水疱性類天疱瘡                  | <p>効能又は効果に関連する注意において、「最新の国内診療ガイドラインを参考に、全身性ステロイド薬の投与が必要な中等症から重症の水疱性類天疱瘡患者に対して本剤を投与すること。』及び「本剤の適用に先立ち、全身性ステロイド薬単独による治療の実施も考慮すること。患者の症状や状態に反応して、全身性ステロイド薬単独による治療を行わず、本剤と全身性ステロイド薬の併用による治療を開始する場合は、最新の国内診療ガイドライン等を参照の上で、本剤の投与の必要性を慎重に判断すること。」、用法及び用量に関連する注意において本剤は全身性ステロイド薬と併用で投与を開始すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>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)</p> <p>ア 特定機能病院</p> <p>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。)</p> <p>ウ 急性神経筋腫瘍手術の年間症例数が30例以上ある施設</p> <p>エ 本品に係る治療の実施施設、又はこれと同等の管理体制を有し本品に係る治療責任医師又は治療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。)</p> <p>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。)</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>                                                                                                                                                                                                  | 842600064        | 疾患重症度(デュビクセント皮下注300mgシリンジ等):*****                                                                                    | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830600232        | 適用に先立ち実施した全身性ステロイド薬の品名(デュビクセント皮下注300mgシリンジ等):*****                                                                   | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830600233        | 全身性ステロイド薬単独による治療を行わず、全身性ステロイド薬の併用による治療を開始理由(デュビクセント皮下注300mgシリンジ等):*****                                              | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830600234        | 併用する全身性ステロイド薬の品名(デュビクセント皮下注300mgシリンジ等):*****                                                                         | ○                  |
| 139 | デリタクト注                                                                               |                                      | <p>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。</p> <p>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)</p> <p>ア 特定機能病院</p> <p>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。)</p> <p>ウ 急性神経筋腫瘍手術の年間症例数が30例以上ある施設</p> <p>エ 本品に係る治療の実施施設、又はこれと同等の管理体制を有し本品に係る治療責任医師又は治療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。)</p> <p>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。)</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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)                                                                                                  |                    |
| 140 | ドブレテント錠20mg                                                                          | 待機的な観血的手術を予定している慢性肺疾患患者における血小板減少症の改善 | <p>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、開頭又は臓管切除を伴う観血的手術の場合は、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、観血的手術の名称及び実施予定年月日を記載すること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 830600168        | 観血的手術の名称(ドブレテント錠20mg):*****                                                                                          |                    |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600185        | 観血的手術の実施予定年月日(ドブレテント錠20mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                                        |                    |
| 141 | トルカブ錠160mg<br>トルカブ錠200mg                                                             |                                      | <p>本製剤の効能又は効果は「内分泌療法にて増悪したPK3CA、AKT1又はPTEN遺伝子変異を有する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」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2陰性及びPK3CA、AKT1又はPTEN遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 850600274        | ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(トルカブ錠160mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                               | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600275        | 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)(トルカブ錠160mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                         | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600276        | HER2陰性を確認した検査の実施年月日(トルカブ錠160mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                                  | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600277        | HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トルカブ錠160mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                            | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600278        | PK3CA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(トルカブ錠160mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                              | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600279        | PK3CA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トルカブ錠160mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                        | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600280        | AKT1遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(トルカブ錠160mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                               | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600281        | AKT1遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トルカブ錠160mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                         | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600282        | PTEN遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(トルカブ錠160mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                               | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600283        | PTEN遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トルカブ錠160mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                         | ○                  |
| 142 | トルツ皮下注80mgオートインジェクター                                                                 | 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):*****                                                             |                    |
| 143 | トロデルビ点滴静注用200mg                                                                      |                                      | <p>① 本製剤の効能又は効果は「化学療法のある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「化学療法のある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」であることから、HER2陰性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850600284        | HER2陰性を確認した検査の実施年月日(トロデルビ点滴静注用200mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                              | ○                  |
|     |                                                                                      |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600285        | HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トロデルビ点滴静注用200mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                        | ○                  |



| 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 154 | バイアグラ錠25mg<br>バイアグラ錠50mg<br>バイアグラODフィルム25mg<br>バイアグラODフィルム50mg<br>シアリス錠5mg<br>シアリス錠10mg<br>シアリス錠20mg | 勃起不全による男性<br>不妊の治療を目的と<br>して一般不妊治療に<br>おけるタイミング法に<br>おいて用いる場合 | 以下の事項を記載すること。<br>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<br>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。）<br>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か月以内に属する。）                                                                                                                                                                                                               | 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'        |                    |
|     |                                                                                                      |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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'                                   |                    |
| 155 | バイクロット配合静注用<br>バイクロット配合静注用2.5mL<br>バイクロット配合静注用5mL<br>バイクロット配合静注用10mL                                 |                                                               | 本製剤の使用に当たっては、血液凝固第四因子又は第三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、インヒビター力値の測定された年月日及び力値を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 830600129        | インヒビター力値（バイクロット配合静注用2.5mL等）；*****                                        |                    |
|     |                                                                                                      |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850600147        | インヒビター力値測定年月日（バイクロット配合静注用2.5mL等）；（元号）yy' 年' mm' 月' dd' 日'                |                    |
| 156 | バイジュベックゲル                                                                                            |                                                               | (本製剤の投与開始の場合)<br>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>① 本品を用いた治療の責任者として、次に掲げる要件をすべて満たす医師が配置されている施設である旨（「施設要件A～エ」と記載）<br>ア 日本皮膚科学会専門医の資格を有すること<br>イ 表皮水疱症の診療に必要な学識・技術を習得していること<br>ウ 製造販売業者による本品の適正使用に関する講習を受講していること<br>エ 「遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律」(以下、「カルタヘナ法」という。)を十分に理解し、施設内における第一度使用施設に適切に取扱いが行えること<br>② 患者又は患者家族が在宅で投与を行う場合は、投与者がカルタヘナ法遵守に関する説明及び本品の投与に関するトレーニングを受け、在宅でも適切な手技を実施可能であることを確認した年月日                                                                                                                                                                           | 820600585        | 施設要件A（バイジュベックゲル）                                                         | ○                  |
|     |                                                                                                      |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820600586        | 施設要件イ（バイジュベックゲル）                                                         | ○                  |
|     |                                                                                                      |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820600587        | 施設要件ウ（バイジュベックゲル）                                                         | ○                  |
|     |                                                                                                      |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820600588        | 施設要件エ（バイジュベックゲル）                                                         | ○                  |
|     |                                                                                                      |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850600291        | 在宅でも適切な手技を実施可能であることを確認した年月日（投与開始）（バイジュベックゲル）；（元号）yy' 年' mm' 月' dd' 日'    | ○                  |
|     |                                                                                                      |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850600292        | 本製品による治療効果を確認した直近の年月日（継続投与）（バイジュベックゲル）；（元号）yy' 年' mm' 月' dd' 日'          | ○                  |
|     |                                                                                                      |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850600293        | 在宅での投与を適切に実施できていることを確認した直近の年月日（継続投与）（バイジュベックゲル）；（元号）yy' 年' mm' 月' dd' 日' | ○                  |
|     |                                                                                                      |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                          |                    |
|     |                                                                                                      |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                          |                    |
|     |                                                                                                      |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                          |                    |
| 157 | バクスマー一点鼻粉末剤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（バクスマー一点鼻粉末剤3mg）；*****                                    |                    |
| 158 | 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（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）<br>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料は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%）                                  |                    |
| 159 | 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。<br>1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設<br>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<br>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A」又は「医師要件イ」と記載）<br>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。<br>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の臨床経験を有していること。                                        | 820600244        | 施設要件A（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A（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）                                                    |                    |
|     |                                                                                                      |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                          |                    |
| 160 | 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。<br>1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設<br>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<br>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A」又は「医師要件イ」と記載）<br>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。<br>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A（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A（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）                                                    |                    |
|     |                                                                                                      |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                          |                    |
| 161 | パベンチオ点滴静注200mg                                                                                       | 根治切除不能原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。<br>1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設<br>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<br>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A」又は「医師要件イ」と記載）<br>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。<br>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、原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A（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A（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）                                                    |                    |
|     |                                                                                                      |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                          |                    |

| 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8年6月1日適用 |
|-----|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------|------------|
| 162 | バルバーサ錠3mg<br>バルバーサ錠4mg<br>バルバーサ錠5mg |                              | ① 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、FGFR3遺伝子変異又は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、FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。<br><br>② 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「PD-1/PD-L1阻害剤による治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。」とされているので、本製剤をPD-1/PD-L1阻害剤による治療歴のない患者に投与する場合は、本製剤を投与することとした理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。                                          | 850600294        | FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を確認した遺伝子検査の実施年月日(バルバーサ錠3mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日       | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600295        | FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を確認した遺伝子検査の実施年月日(初回投与)(バルバーサ錠3mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日 | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 830600239        | PD-1/PD-L1阻害剤による治療歴のない患者に投与する理由(バルバーサ錠3mg等)：*****                      | ○          |
| 163 | ビヨントラ錠400mg                         |                              | 本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR 遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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<br>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<br>ウ 病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと                                                                                                                                                                                                                       | 820600589        | 患者要件A(ビヨントラ錠400mg)                                                     | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 820600590        | 患者要件イ(ビヨントラ錠400mg)                                                     | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 820600591        | 患者要件ウ(ビヨントラ錠400mg)                                                     | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 830600240        | TTR遺伝子検査で病的変異の有無(ビヨントラ錠400mg)：*****                                    | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                                                        |            |
| 164 | ビラフトピカプセル50mg<br>ビラフトピカプセル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。<br>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(ビラフトピカプセル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)(ビラフトピカプセル50mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日        |            |
|     |                                     |                              | (がん化学療法後に増悪した患者に対して本剤を投与する場合)<br>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、患者の状態に応じて、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(EGCG 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(ビラフトピカプセル50mg等)：*****                                    |            |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                                                        |            |
| 165 | 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。<br>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            |            |
| 166 | ビロイ点滴静注100mg<br>ビロイ点滴静注300mg        |                              | 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「CLDN18.2陽性の定義について」「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、CLDN18.2陽性が確認された患者に投与すること。」及び「HER2陽性の患者に投与すること。」とされているので、CLDN18.2陽性及びHER2陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。<br>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                    | 850600296        | CLDN18.2陽性を確認した検査の実施年月日(ビロイ点滴静注100mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日              | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600297        | CLDN18.2陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ビロイ点滴静注100mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日        | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600298        | HER2陽性を確認した検査の実施年月日(ビロイ点滴静注100mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日                  | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600299        | HER2陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ビロイ点滴静注100mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日            | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                                                        |            |
| 167 | ビンダケルカプセル20mg                       | トランスサイレチン型αミロイドーシス(野生型及び変異型) | 本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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<br>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<br>ウ 病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと                                                                                                                                                                                                                        | 820600087        | 患者要件A(ビンダケルカプセル20mg)                                                   |            |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 820600088        | 患者要件イ(ビンダケルカプセル20mg)                                                   |            |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 820600592        | 患者要件ウ(ビンダケルカプセル20mg)                                                   | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 830600241        | TTR遺伝子検査で病的変異の有無(ビンダケルカプセル20mg)：*****                                  | ○          |
| 168 | ビンマックカプセル61mg                       |                              | 本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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<br>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<br>ウ 病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと                                                                                                                                                                                                                        | 820600089        | 患者要件A(ビンマックカプセル61mg)                                                   |            |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 820600090        | 患者要件イ(ビンマックカプセル61mg)                                                   |            |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 820600593        | 患者要件ウ(ビンマックカプセル61mg)                                                   | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 830600242        | TTR遺伝子検査で病的変異の有無(ビンマックカプセル61mg)：*****                                  | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                                                        |            |
| 169 | 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                          |            |
| 170 | ファビハルタカプセル200mg                     | 発作性夜間ヘモグロビン尿症                | 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、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830600243        | 治療として使用していた薬剤の品名(ファビハルタカプセル200mg)：*****                                | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 830600244        | 治療として使用していた薬剤の使用期間(ファビハルタカプセル200mg)：*****                              | ○          |
| 171 | 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9.0g/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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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)：*****                                    |            |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                                                                        |            |
| 172 | フェスゴ配合皮下注 MA<br>フェスゴ配合皮下注 IN        |                              | (HER2陽性の乳癌に用いる場合)<br>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。<br>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。<br><br>(がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治療切離不能進行・再発の結腸・直腸癌に用いる場合)<br>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。<br>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                   |            |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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             |            |
| 173 | フォシーガ錠5mg<br>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GFR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「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(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)：*****                              |            |
| 174 | ブルヴィクト静注                            |                              | 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「承認された診断用医薬品を用いた検査により、PSMA 陽性病変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、PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                 | 850600300        | PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日(ブルヴィクト静注)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日              | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850600301        | PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日(初回投与)(ブルヴィクト静注)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日        | ○          |
|     |                                     |                              | 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「臨床試験に組み入れられた患者の治療歴等について、「17臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、タキサン系抗悪性腫瘍剤の適応となる患者においては、タキサン系抗悪性腫瘍剤による治療の実施についても慎重に検討し、適応患者の選択を行うこと。」及び「アブラテロン、エンザリタド、アブルティド又はビロラタドによる治療歴のない患者における有効性及び安全性は確立していない。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由及び前立腺癌に対する薬物治療を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。                                                                                                                       | 830600245        | 投与が必要と判断した理由(ブルヴィクト静注)：*****                                           | ○          |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 830600246        | 前立腺癌に対する薬物治療歴(ブルヴィクト静注)：*****                                          | ○          |
| 175 | ブレランジ静注                             |                              | 本製剤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A」又は「施設要件イ」と記載)<br>ア 日本遠心・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<br>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A(ブレランジ静注)                                                         |            |
|     |                                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 820600106        | 施設要件イ(ブレランジ静注)                                                         |            |

| 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8年6月1日適用 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| 176 | ベイスン錠0.2<br>ベイスンOD錠0.2<br>ポグリボースODフィルム0.2「QG」<br>ポグリボースOD錠0.2mg「カメフラ」<br>ポグリボースOD錠0.2mg「サワイ」<br>ポグリボースOD錠0.2mg「カタタ」<br>ポグリボースOD錠0.2mg「トーワ」<br>ポグリボースOD錠0.2mg「日医工」<br>ポグリボースOD錠0.2mg「武田テバ」<br>ポグリボース錠0.2mg「NPJ」<br>ポグリボース錠0.2mg「NS」<br>ポグリボース錠0.2mg「TCK」<br>ポグリボース錠0.2mg「YD」<br>ポグリボース錠0.2mg「サワイ」<br>ポグリボース錠0.2mg「トーワ」<br>ポグリボース錠0.2mg「杏林」<br>ポグリボース錠0.2mg「日医工」<br>ポグリボース錠0.2mg「武田テバ」 | 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)：*****                                        |            |
| 177 | ベージニオ錠50mg<br>ベージニオ錠100mg<br>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。                                                                                                     | 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                    |            |
| 178 | ペスボンサ点滴静注用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、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。                                                                                                                                 | 850600078              | CD22陽性を確認した検査の実施年月日(ペスボンサ点滴静注用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)(ペスボンサ点滴静注用1mg)：(元号)yy年mm月dd日                  |            |
| 179 | ペマジュール錠4.5mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | がん化学療法後に増悪したFGFR2融合遺伝子陽性の治療切除不能胆道癌                      | 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経歴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(ペマジュール錠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)(ペマジュール錠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(ペマジュール錠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)(ペマジュール錠4.5mg)：(元号)yy年mm月dd日             |            |
| 180 | ヘムライブラ皮下注12mg<br>ヘムライブラ皮下注30mg<br>ヘムライブラ皮下注60mg<br>ヘムライブラ皮下注90mg<br>ヘムライブラ皮下注105mg<br>ヘムライブラ皮下注150mg                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         | 本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅲ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診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。                                                                                                                                                                                                               | 850600302              | インヒビター力価測定年月日(ヘムライブラ皮下注12mg等)：(元号)yy年mm月dd日                             | ○          |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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                                |            |
| 181 | ベリキューボ錠2.5mg<br>ベリキューボ錠5mg<br>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。                                                                                                          | 830600083              | 左室駆出率の値(ベリキューボ錠2.5mg等)：*****                                            |            |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 830600206<br>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)：*****                     |            |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 850600303              | HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ヘルネクシオス錠60mg)：(元号)yy年mm月dd日               | ○          |
| 182 | ヘルネクシオス錠60mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         | 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経歴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診療報酬明細書の摘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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。                                                                                    | 850600304              | HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ヘルネクシオス錠60mg)：(元号)yy年mm月dd日         | ○          |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 830600247              | 治療として使用していた薬剤の品名(ボイデヤ錠50mg)：*****                                       | ○          |
| 183 | ボイデヤ錠50mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         | 本製剤の効能又は効果に関連する使用上の注意において、「腫瘍(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、腫瘍(C5)阻害剤と併用して投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用している薬剤の品名及び使用期間を記載すること。                                                                                                                                            | 830600248              | 治療として使用していた薬剤の使用期間(ボイデヤ錠50mg)：*****                                     | ○          |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 850600083              | CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(ボテリジオ点滴静注20mg)：(元号)yy年mm月dd日                        |            |
| 184 | ボテリジオ点滴静注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(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。                                   | 850600084              | CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ボテリジオ点滴静注20mg)：(元号)yy年mm月dd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)：***** |            |
| 185 | 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。<br>(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<br>(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品名(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年月日(ミカトリオ配合錠)：(元号)yy年mm月dd日   |            |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600322              | 医師要件A(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等)                                                |            |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 820600323              | 医師要件イ(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等)                                                |            |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         | 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。<br>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A」から「医師要件F」までのうち該当するものを記載)<br>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年の初期研修を終了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。<br>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年の初期研修を終了した後に5年以上の臨 | 820600324              | 医師要件ウ(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等)                                                |            |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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薬外用薬を行った治療期間(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等)：*****   |            |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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シリンジ等)：*****                           |            |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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シリンジ等)：*****                |            |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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シリンジ等)：*****                           |            |

[illegible]

| 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8年6月1日適用 |
|-----|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 193 | モノブアー静注500mg<br>モノブアー静注1000mg                        |                                                                    | 本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が9.0g/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(モノブアー静注500mg等)：*****                                                     |            |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830600176        | 投与が必要と判断した理由(モノブアー静注500mg等)：*****                                                  |            |
| 194 | ヨビバス皮下注168μgペン<br>ヨビバス皮下注294μgペン<br>ヨビバス皮下注420μgペン   |                                                                    | 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「活性型ビタミンD製剤やカルシウム剤による治療を受けている患者に対して、本剤の投与を検討すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 830600253        | 治療として使用していた薬剤の品名(ヨビバス皮下注168μgペン等)：*****                                            | ○          |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830600254        | 治療として使用していた薬剤の使用期間(ヨビバス皮下注168μgペン等)：*****                                          | ○          |
| 195 | ライアットMIBG-1131静注                                     |                                                                    | 本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治療切除不能褐色細胞腫・パラングリオーマ」及び「MIBG集積陽性の神経芽腫」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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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-1131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-1131静注)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日                   |            |
| 196 | ライプリバント点滴静注350mg                                     | EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性の切除不能進行・再発の非小細胞肺癌に用いる場合                         | 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、EGFR遺伝子エクソン20挿入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遺伝子エクソン20挿入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摘要欄に記載すること。<br>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                           | 850600312        | EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日(ライプリバント点滴静注350mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日              | ○          |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850600313        | EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ライプリバント点滴静注350mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日        | ○          |
|     |                                                      | EGFR遺伝子変異陽性の切除不能進行・再発の非小細胞肺癌に用いる場合                                 | 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、EGFR遺伝子変異(エクソン20挿入変異を除く)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(エクソン20挿入変異を除く)陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                             | 850600314        | EGFR遺伝子変異(エクソン20挿入変異を除く)陽性を確認した検査の実施年月日(ライプリバント点滴静注350mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日       | ○          |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850600315        | EGFR遺伝子変異(エクソン20挿入変異を除く)陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ライプリバント点滴静注350mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日 | ○          |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850600316        | EGFR遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(ラズクルース錠80mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日                          | ○          |
| 197 | ラズクルース錠80mg<br>ラズクルース錠240mg                          |                                                                    | 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、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載すること。<br>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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                               | 850600317        | EGFR遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(ラズクルース錠80mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日                          | ○          |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850600317        | EGFR遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ラズクルース錠80mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日                    | ○          |
| 198 | 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%)：*****                                            |            |
| 199 | リツキサン点滴静注100mg<br>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球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。<br>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」<br>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。<br>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」<br>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。<br>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                  |            |
| 200 | リットフォーロカプセル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1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(リットフォーロカプセル50mg)：*****                                             |            |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830600178        | 毛髪自然再生が認められていない期間(リットフォーロカプセル50mg)：*****                                           |            |
| 201 | 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。<br>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                         |            |
| 202 | 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態、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き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)：*****                                                |            |
| 203 | リプタヨ点滴静注350mg                                        | 共通                                                                 | 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)<br>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)<br>イ 特定機能病院<br>ロ 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)<br>エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1、外来腫瘍化学療法診療科2又は外来腫瘍化学療法診療科3の施設基準に係る届出を行っている施設<br>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                                                                                                                                                      | 820600325        | 施設要件A(リプタヨ点滴静注350mg)                                                               |            |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820600326        | 施設要件イ(リプタヨ点滴静注350mg)                                                               |            |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820600327        | 施設要件ウ(リプタヨ点滴静注350mg)                                                               |            |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820600328        | 施設要件エ(リプタヨ点滴静注350mg)                                                               |            |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820600329        | 施設要件オ(リプタヨ点滴静注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A」又は「医師要件イ」と記載)<br>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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                   | 820600330        | 医師要件A(リプタヨ点滴静注350mg)                                                               |            |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820600331        | 医師要件イ(リプタヨ点滴静注350mg)                                                               |            |
|     |                                                      | 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌の治療                                               | 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A」又は「医師要件イ」と記載)<br>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。<br>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がん治療の臨床研修を行っていること。<br><br>本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)<br><br>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A」又は「併用投与イ」と記載)<br>イ 白金製剤(カルボプラチン又はシスプラチン)及び/もしくはセキナリウムとの併用投与<br>ロ 白金製剤(カルボプラチン又はシスプラチン)及びベムトレキセナドナリウムとの併用投与 | 820600330        | 医師要件A(リプタヨ点滴静注350mg)                                                               | ○          |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820600331        | 医師要件イ(リプタヨ点滴静注350mg)                                                               | ○          |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850600318        | PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日(リプタヨ点滴静注350mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日                             | ○          |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 842600085        | PD-L1陽性を確認した検査の検査結果(発現率)(リプタヨ点滴静注350mg)：*****                                      | ○          |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820600596        | 併用投与A(リプタヨ点滴静注350mg)                                                               | ○          |
| 204 | リベルサス錠3mg<br>リベルサス錠7mg<br>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)：*****                                 |            |
|     |                                                      |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                                                                                    |            |

| 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 205 | リムバーザ錠100mg<br>リムバーザ錠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「がん化学療法後のある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乳房癌」、エ「BRCA遺伝子変異陽性の治療不能な卵巣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」、オ「BRCA遺伝子変異陽性の治療不能な卵巣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」 | <p>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。</p> <p>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。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 850600101        | BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（リムバーザ錠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）（リムバーザ錠100mg等）：（元号）yy 年 mm 月 dd 日         |                    |
|     |                                            |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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（リムバーザ錠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）（リムバーザ錠100mg等）：（元号）yy 年 mm 月 dd 日   |                    |
|     |                                            |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600319        | ミスマッチ修復機能正常（pMMR）を確認した検査の実施年月日（リムバーザ錠100mg等）：（元号）yy 年 mm 月 dd 日       | ○                  |
|     |                                            |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600320        | ミスマッチ修復機能正常（pMMR）を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムバーザ錠100mg等）：（元号）yy 年 mm 月 dd 日 | ○                  |
| 206 | リンヴォック錠7.5mg<br>リンヴォック錠15mg<br>リンヴォック錠30mg | アトピー性皮膚炎                                                                                                                                                                                                     | <p>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。</p> <p>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A」）</p> <p>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。</p> <p>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年以上の臨床研修を有し、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。</p> <p>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。</p> <p>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A」又は「前治療要件イ」と記載）</p> <p>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た推奨されるステロイド外用薬（ストロングラス以上）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。</p> <p>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性、顕著な局所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。</p> <p>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</p> <p>ア IGAスコア</p> <p>イ 全身又は顔頸部のEASIスコア</p> <p>ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（％）</p> <p>4）小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は、体重</p>                                                                                                                                               | 820600108        | 医師要件A（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A（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）                                                 |                    |
|     |                                            |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 842600081        | IGAスコア（リンヴォック錠7.5mg等）：*****                                           |                    |
|     |                                            |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 842600082        | 全身のEASIスコア（リンヴォック錠7.5mg等）：*****                                       |                    |
|     |                                            |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 842600083        | 顔頸部の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）：*****                       |                    |
|     |                                            |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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        |                    |
| 207 | ルクスターナ注                                    |                                                                                                                                                                                                              | <p>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。</p> <p>・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</p> <p>・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</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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                       |                    |
|     |                                            |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850600216        | KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日（ルメラス錠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）（ルメラス錠120mg）：（元号）yy 年 mm 月 dd 日       |                    |
| 208 | ルメラス錠120mg                                 | がん化学療法後に増悪したKRAS G12C変異陽性が確認された患者に投与すること。                                                                                                                                                                    | <p>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。</p> <p>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。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 820600598        | フルバピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴を有する患者（ルメラス錠120mg）        | ○                  |
|     |                                            | がん化学療法後に増悪したKRAS G12C変異陽性の治療不能な進行・再発の非小細胞肺癌                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                                                                       |                    |
| 209 | レクビオ皮下注300mgシリンジ                           |                                                                                                                                                                                                              | <p>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。</p> <p>① 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件A」又は「施設要件イ」と記載）</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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かに該当するか（「リスク因子A」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載）</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>ウ 糖尿病</p> <p>エ 慢性腎臓病</p> <p>オ 末梢動脈疾患</p> <p>カ 久山町研究スコアにて高リスク分類</p> <p>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</p> | 820600332        | 施設要件A（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A（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）：*****                       |                    |

| 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8年6月1日適用 |
|-----|--------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|     |                                |       | (本製剤の2回目の投与の場合)<br>次に掲げるすべての項目を記載すること。<br>ア 直近のLDLーコレステロールの検査値及び検査年月日<br>イ LDLー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<br>850600218<br>830600187                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 直近のLDLーコレステロールの検査値(レクビオ皮下注300mgシリンジ):*****<br>LDLー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<br>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)<br>次の事項を記載すること。<br>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)<br>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<br>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<br>・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者<br>・ 本剤投与前処置に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者<br>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<br>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<br>ア 認知機能評価 MMSEスコア<br>イ 臨床認知症尺度 CDR全般スコア<br>エ 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<br>エ アミロイドPET<br>オ 脳脊髄液(CSF)検査<br>③ 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)<br>ア 日本神経学会の専門医<br>イ 日本老年医学会の専門医<br>ウ 日本脳神経学会の専門医<br>エ 日本脳神経外科学会の専門医<br>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「医師要件ク」までのうち該当するものを記載)<br>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の経歴認知障害の診断、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<br>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<br>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<br>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<br>⑤ 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)<br>ア 以下の1からⅧをすべて満たす施設である。<br>イ 以下の1からⅧをすべて満たす施設でない。<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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師が1名以上いること<br>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<br>Ⅷ 製造販売業者に課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 | 820600344<br>820600345<br>820600346<br>820600347<br>820600348<br>842600041<br>850600219<br>842600042<br>850600220<br>850600221<br>830600188<br>850600222<br>830600189<br>820600349<br>820600350<br>820600351<br>820600352<br>820600353<br>820600354<br>820600355<br>820600356<br>820600357<br>820600358<br>820600359<br>820600360<br>830600190<br>830600191<br>820600361<br>820600362<br>820600363<br>820600364<br>820600365<br>820600366<br>820600367<br>820600368<br>820600369<br>842600043<br>850600223<br>850600224<br>830600192<br>820600344 | 患者要件ア(レケンビ点滴静注200mg等)<br>患者要件イ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>患者要件ウ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>患者要件エ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>患者要件オ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>認知機能評価MMSEスコア(レケンビ点滴静注200mg等):*****<br>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<br>臨床認知症尺度CDR全般スコア(レケンビ点滴静注200mg等):*****<br>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<br>アミロイドPETの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日<br>アミロイドPET検査実施施設名(レケンビ点滴静注200mg等):*****<br>脳脊髄液(CSF)検査の実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日<br>脳脊髄液(CSF)検査検査実施施設名(レケンビ点滴静注200mg等):*****<br>医師要件ア(レケンビ点滴静注200mg等)<br>医師要件イ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>医師要件ウ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>医師要件エ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>医師要件オ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>医師要件カ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>医師要件キ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>医師要件ク(レケンビ点滴静注200mg等)<br>施設要件ア(レケンビ点滴静注200mg等)<br>施設要件イ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>施設要件ウ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>施設要件エ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>施設要件オ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>施設要件カ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>施設要件キ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>施設要件ク(レケンビ点滴静注200mg等)<br>施設要件セ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>施設要件ソ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>施設要件タ(レケンビ点滴静注200mg等)<br>初回投与から起算しての週数(レケンビ点滴静注200mg等):*****<br>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<br>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<br>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):*****<br>患者要件ア(レケンビ点滴静注200mg等) |            |
| 210 | レケンビ点滴静注200mg<br>レケンビ点滴静注500mg |       | (継続投与の場合)<br>次の事項を連携欄に記載すること。<br>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。<br>① 本製剤の初回投与から起算して、何回目の投与であるか。<br>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<br>③ 本製剤投与中、MRI検査を受けた直近の年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |

| 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------|
|     |                                                                |                                                            | <p>(初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合)<br/>次の事項を記載すること。</p> <p>① 本剤投与の継続が必要と判断した理由(CDR全観スコア推移、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きめて具体的に記載すること)</p> <p>② 本剤の最速使用投与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)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 820600345<br>患者要件I(レケンビ点滴静注200mg等)<br><br>820600346<br>患者要件II(レケンビ点滴静注200mg等)<br><br>842600041<br>認知機能評価MMSEスコア(レケンビ点滴静注200mg等)；<br>*****<br><br>850600219<br>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'<br><br>842600042<br>臨床認知症尺度CDR全観スコア(レケンビ点滴静注200mg等)；<br>*****<br><br>850600220<br>臨床認知症尺度CDR全観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'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |                    |
| 211 | レットヴィモカプセル40mg<br>レットヴィモカプセル80mg<br>レットヴィモ錠40mg<br>レットヴィモ錠80mg | RET 融合遺伝子陽性の進行・再発の脳形腫瘍<br><br><br>RET 遺伝子変異陽性の根治切除不能な甲状腺腫瘍 | <p>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、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診療報酬明細書の摘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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。</p> <p>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、RET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、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摘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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850600105<br>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'<br><br>850600106<br>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'<br><br>850600153<br>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'<br><br>850600154<br>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'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                    |
| 212 | レバサ皮下注140mgペン                                                  |                                                            | <p>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。</p> <p>1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」又は「施設要件B」)と記載)</p> <p>A 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</p> <p>B 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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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、最大用量である旨もあわせて記載すること。</p> <p>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</p> <p>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」から「リスク因子」までのうち該当するものを記載)。</p> <p>A 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</p> <p>B アテローム血性性脳梗塞(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</p> <p>C 糖尿病</p> <p>D 慢性腎臓病</p> <p>E 末梢動脈疾患</p> <p>F 高山病発症リスクに高リスク分類</p> <p>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」から「リスク因子」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</p> <p>(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)</p> <p>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。</p> <p>(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)</p> <p>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。</p> | 820600113<br>施設要件A(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>820600114<br>施設要件B(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>850600155<br>LDL－コレステロール検査の実施年月日(レバサ皮下注140mgペン)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日'<br><br>830600132<br>LDL－コレステロール検査値(レバサ皮下注140mgペン)；<br>*****<br><br>820600115<br>食事療養を行っている(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>820600116<br>運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>820600117<br>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(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>820600118<br>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(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>830600092<br>投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバサ皮下注140mgペン)；*****<br><br>830600093<br>投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバサ皮下注140mgペン)；*****<br><br>820600119<br>投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大用量である(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>830600094<br>使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由(レバサ皮下注140mgペン)；*****<br><br>820600120<br>リスク因子A(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>820600121<br>リスク因子B(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>820600122<br>リスク因子C(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>820600123<br>リスク因子D(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>820600124<br>リスク因子E(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>820600370<br>リスク因子F(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>830600095<br>HMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レバサ皮下注140mgペン)；*****<br><br>850600155<br>LDL－コレステロール検査の実施年月日(レバサ皮下注140mgペン)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日'<br><br>830600132<br>LDL－コレステロール検査値(レバサ皮下注140mgペン)；<br>*****<br><br>820600115<br>食事療養を行っている(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>820600116<br>運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>820600117<br>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(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>820600118<br>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(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>830600092<br>投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバサ皮下注140mgペン)；*****<br><br>830600093<br>投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバサ皮下注140mgペン)；*****<br><br>820600119<br>投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大用量である(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>830600096<br>心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(レバサ皮下注140mgペン)；*****<br><br>820600125<br>投与中患者(レバサ皮下注140mgペン)<br><br>850600107<br>初めて本製剤を投与した年月(レバサ皮下注140mgペン)；(元号)yy'年'mm'月'<br><br>820600126<br>使用実績有(レバサ皮下注140mgペン) |                                 |                    |
| 213 | レフィキシア静注用500<br>レフィキシア静注用1000<br>レフィキシア静注用2000                 |                                                            | 手術時における血液凝固第Ⅳ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検討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)；***** |                    |

| 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-----------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 214 | ロープレナ錠25mg<br>ロープレナ錠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。<br>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（ロープレナ錠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）（ロープレナ錠25mg等）：（元号）yy' 年" mm" 月" dd" 日"        |                    |
| 215 | ロズリートレクカプセル100mg<br>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。<br>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。<br>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" |                    |
| 216 | 照射洗浄血小板－LR「日赤」<br>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日付け厚生発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）：<br>*****                                    |                    |
| 217 | 照射洗浄血小板HLA－LRBS「日赤」<br>照射洗浄血小板－LRBS「日赤」 |                                | 洗浄血小板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日付け厚生発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診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。 | 830600256        | 使用が必要と判断した理由（照射洗浄血小板HLA－LRBS「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Ⅳ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(材料価格基準)

| 項番 | 別表 | 区分  | 特定保険医療材料の機能区分                                                        | 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|----|-----|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1  | I  | 006 | 在宅血液透析用特定保険医療材料<br>(2) 吸着型血液浄化器(β2-ミクログロブリン除去用)                      | (吸着型血液浄化器(β2-ミクログロブリン除去用)を使用した場合)<br>使用開始日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850900001        | 使用開始年月日(在宅血液透析用特定保険医療材料((2)吸着型血液浄化器(β2-ミクログロブリン除去用))):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”                                                                                                            | ※                  |
| 2  | I  | 008 | 皮膚欠損用創傷被覆材                                                           | (区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合)<br>詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 830900001        | 3週間を超えて算定する詳細な理由(皮膚欠損用創傷被覆材):*****                                                                                                                                                   | ※                  |
| 3  | I  | 009 | 非固着性シリコンガーゼ                                                          | (区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合)<br>詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830900002        | 3週間を超えて算定する詳細な理由(非固着性シリコンガーゼ):*****                                                                                                                                                  | ※                  |
| 4  | I  | 010 | 水循環回路セット                                                             | (前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合)<br>詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 830900003        | 前回算定日を起算日として3か月以内に算定する詳細な理由(水循環回路セット):*****                                                                                                                                          | ※                  |
| 5  | I  | 011 | 膀胱瘻用カテーテル                                                            | (2個以上算定する場合)<br>詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 830900004        | 2個以上算定する詳細な理由(膀胱瘻用カテーテル):*****                                                                                                                                                       | ※                  |
| 6  | I  | 013 | 局所陰圧閉鎖処置用材料                                                          | (局所陰圧閉鎖処置開始日より3週間を超えて算定した場合。ただし、感染等により当該処置を中断した場合を除く。)<br>理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830900005        | 3週間を超えて算定する理由及び医学的な根拠(局所陰圧閉鎖処置用材料):*****                                                                                                                                             | ※                  |
|    |    |     |                                                                      | 処置開始日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 850900002        | 処置開始年月日(局所陰圧閉鎖処置用材料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”                                                                                                                                             | ※                  |
| 7  | I  | 015 | 人工鼻材料<br>(1) 人工鼻                                                     | (1月当たり60個を超えて算定が必要な場合)<br>医学的必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 830900006        | 60個を超えて算定する医学的必要性(人工鼻材料):*****                                                                                                                                                       | ※                  |
| 8  | I  | 015 | 人工鼻材料<br>(2) 接続用材料 ① シール型                                            | (合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合)<br>医学的必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830900007        | 30枚を超えて算定する医学的必要性(人工鼻材料((2) 接続用材料・シール型)):*****                                                                                                                                       | ※                  |
| 9  | I  | 016 | 体表面用電場電極<br>(1) 膠芽腫用                                                 | (4枚以外の枚数を算定する場合)<br>理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 830900008        | 4枚以外の枚数を算定する理由(体表面用電場電極(1)膠芽腫用):*****                                                                                                                                                | ※                  |
| 10 | Ⅱ  | 010 | 血管造影用マイクロカテーテル<br>(3) 遠位端可動型治療用                                      | 遠位端可動型治療用を使用する医学的な根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830900009        | 遠位端可動型治療用を使用する医学的な根拠(血管造影用マイクロカテーテル(3) 遠位端可動型治療用):*****                                                                                                                              | ※                  |
| 11 | Ⅱ  | 010 | 血管造影用マイクロカテーテル<br>(4) 気管支バルブ治療用                                      | 重症慢性閉塞性肺疾患(COPD)患者に対する気管支バルブの留置による治療を実施する医学的な根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830900010        | 重症慢性閉塞性肺疾患(COPD)患者に対する気管支バルブの留置による治療を実施する医学的な根拠(血管造影用マイクロカテーテル(4) 気管支バルブ治療用):*****                                                                                                   | ※                  |
| 12 | Ⅱ  | 021 | 中心静脈用カテーテル<br>(1) 中心静脈カテーテル ⑤抗菌型                                     | 下記1から4について記載すること。<br>1 対象患者の症状詳細<br>2 対象患者についての該当項目【アのa～dのいずれか又はイ】を以下から選択して記載すること。<br>ア 中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必要であり、かつ下記のa～dのいずれかに該当する患者<br>a 同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者<br>b 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者<br>c 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス(ペースメーカー等)等を体内に留置しており、CLABSIによる発症が重篤化する危険性が高い患者<br>d 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い感染症患者<br>イ CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者<br>3 対象患者のアレルギー歴(特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること)。<br>4(2のイに該当する患者に対して使用する場合)<br>当該保険医療機関のCLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)におけるCLABSI発生率 | 830900011        | 1 症状詳細(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル 抗菌型):*****                                                                                                                                            | ※                  |
|    |    |     |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820900051        | 2 アa 同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル 抗菌型)                                                                                                                    | ※                  |
|    |    |     |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820900052        | 2 アb 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル 抗菌型)                                                                                                                      | ※                  |
|    |    |     |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820900053        | 2 アc 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス(ペースメーカー等)等を体内に留置しており、CLABSIによる発症が重篤化する危険性が高い患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル 抗菌型)                                                                             | ※                  |
|    |    |     |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820900054        | 2 アd 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い感染症患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル 抗菌型)                                                                                                      | ※                  |
|    |    |     |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820900005        | 2 イ CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル 抗菌型)                                  | ※                  |
|    |    |     |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830900012        | 3 対象患者のアレルギー歴(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル 抗菌型):*****                                                                                                                                     | ※                  |
|    |    |     |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 842900006        | 4 (2のイに該当する患者に対して使用する場合)CLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランスにおけるCLABSI発生率(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル 抗菌型):*****                                                                                | ※                  |
| 13 | Ⅱ  | 031 | 腎瘻又は膀胱瘻用材料                                                           | (2個以上算定する場合)<br>詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 830900014        | 2個以上算定する詳細な理由(腎瘻又は膀胱瘻用材料):*****                                                                                                                                                      | ※                  |
| 14 | Ⅱ  | 033 | 経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用材料                                                | (2個以上算定する場合)<br>詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 830900015        | 2個以上算定する詳細な理由(経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用材料):*****                                                                                                                                           | ※                  |
| 15 | Ⅱ  | 040 | 人工腎臓用特定保険医療材料<br>(3) 吸着型血液浄化器(β2-ミクログロブリン除去用)                        | (吸着型血液浄化器(β2-ミクログロブリン除去用)を使用した場合)<br>使用開始日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850900003        | 使用開始年月日(人工腎臓用特定保険医療材料(3) 吸着型血液浄化器(β2-ミクログロブリン除去用)):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”                                                                                                               | ※                  |
| 16 | Ⅱ  | 061 | 固定用内副子(プレート)<br>(1) ストレートプレート(生体用合金 I・S)<br>(2) ストレートプレート(生体用合金 I・L) | (ストレートプレート(生体用合金 I・S)及びストレートプレート(生体用合金 I・L)を胸骨に用いる場合)<br>以下から選択して記載すること。<br>1 高度肥満(BMI30以上)の患者<br>2 インスリン依存型糖尿病の患者<br>3 重症ハイリスク症例と考えられる患者(高度慢性閉塞性肺疾患患者、ステロイド使用患者、両側内胸動脈を使用したバイパス手術を実施した患者、起立時・歩行時に上肢に体重をかける必要のある脳神経疾患患者等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 820900006        | 1 高度肥満(BMI30以上)の患者(固定用内副子(プレート)(1) ストレートプレート(生体用合金 I・S) <u>2</u> <u>3</u> (2) ストレートプレート(生体用合金 I・L))                                                                                  | ※                  |
|    |    |     |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820900007        | 2 インスリン依存型糖尿病の患者(固定用内副子(プレート)(1) ストレートプレート(生体用合金 I・S) <u>2</u> <u>3</u> (2) ストレートプレート(生体用合金 I・L))                                                                                    | ※                  |
|    |    |     |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820900008        | 3 重症ハイリスク症例と考えられる患者(高度慢性閉塞性肺疾患患者、ステロイド使用患者、両側内胸動脈を使用したバイパス手術を実施した患者、起立時・歩行時に上肢に体重をかける必要のある脳神経疾患患者等)(固定用内副子(プレート)(1) ストレートプレート(生体用合金 I・S) <u>2</u> <u>3</u> (2) ストレートプレート(生体用合金 I・L)) | ※                  |

| 項番 | 別表 | 区分  | 特定保険医療材料の機能区分                                            | 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|----|-----|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 17 | Ⅱ  | 064 | 脊椎固定用材料<br>(6) 脊椎スクリュー（伸展型）                              | （10歳以上の患者に対して使用した場合）<br>医学的理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 830900016        | 10歳以上の患者に対して使用した医学的理由（脊椎固定用材料（6）脊椎スクリュー（伸展型））；*****                                                                              | ※                  |
| 18 | Ⅱ  | 065 | 人工肩関節用材料<br>(3) 切換用                                      | 詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 830900017        | 詳細な理由（人工肩関節用材料（3）切換用）；*****                                                                                                      | ※                  |
| 19 | Ⅱ  | 069 | 上肢再建用人工関節用材料                                             | 詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 830900018        | 詳細な理由（上肢再建用人工関節用材料）；*****                                                                                                        | ※                  |
| 20 | Ⅱ  | 070 | 下肢再建用人工関節用材料                                             | 詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 830900019        | 詳細な理由（下肢再建用人工関節用材料）；*****                                                                                                        | ※                  |
| 21 | Ⅱ  | 071 | カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨                                  | （カスタムメイド人工関節、カスタムメイド人工骨及びカスタムメイド人工骨プレートを使用した場合）<br>詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 830900020        | カスタムメイド人工関節、カスタムメイド人工骨又はカスタムメイド人工骨プレートを用いる詳細な理由（カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨）；*****                                                   | ※                  |
| 22 | Ⅱ  | 090 | 人工内耳用材料                                                  | （以下の全てに該当し機種の交換を行う場合）<br>医学的な必要性について記載すること。<br>ア 音声言語をコミュニケーション手段とし、同一の人工内耳用音声信号処理装置を継続的に装着してから5年以上が経過していること。<br>イ 関係学会の定める指針に基づき実施する語音聴取評価検査の単語検査における明瞭度が、現在使用している人工内耳用音声信号処理装置を使用した場合には80%以下であり、かつ、別の人工内耳用音声信号処理装置を使用した場合に8%以上改善すること。                                                                                                                                                                                                                                        | 830900021        | 人工内耳用材料の交換を実施する医学的な必要性（人工内耳用材料）；*****                                                                                            | ※                  |
| 23 | Ⅱ  | 094 | 気管・気管支・大静脈ステント<br>(2) 永久留置型 ②特殊型                         | （永久留置型・特殊型の算定する場合）<br>その理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 830900022        | 永久留置型・特殊型を算定する理由及び医学的な根拠（気管・気管支・大静脈ステント（2）永久留置型・特殊型）；*****                                                                       | ※                  |
| 24 | Ⅱ  | 107 | 経皮的血管形成術用穿刺部止血材料                                         | 次の1～4に係る事項を記載すること。<br>1 算定する材料の一般名称<br>イ 非吸収性縫合糸セット<br>ロ 吸収性局所止血材又はコラーゲン使用吸収性局所止血材<br>ハ 単回使用自動縫合器<br>2（1）がイに該当する場合のみ記載）該当する症例<br>ア 5Fr以上8Fr以下のイントロデュースーサーシスを使用した場合<br>イ 8Frを超えるイントロデュースーサーシスを使用した症例であって、大動脈穿刺部位又は大動脈穿刺部位の止血を行った場合<br>3（1）がロ又はハに該当する場合のみ記載）該当する症例<br>イ 経皮的冠動脈形成術等を実施した患者の早期離床を目的とした大動脈穿刺部位の止血を行う場合に、5Fr以上のイントロデュースーサーシスを使用した場合<br>イ 経皮的心房中隔欠損閉鎖術等を実施した患者の早期離床を目的とした大動脈穿刺部位の止血を行う場合に、6Fr以上12Fr以下のイントロデュースーサーシスを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までには帰宅した場合<br>4 使用する医療上の必要性 | 820900009        | 1 イ 非吸収性縫合糸セット（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）                                                                                                 | ※                  |
|    |    |     |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820900010        | 1 ロ 吸収性局所止血材又はコラーゲン使用吸収性局所止血材（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）                                                                                  | ※                  |
|    |    |     |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820900011        | 1 ハ 単回使用自動縫合器（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）                                                                                                  | ※                  |
|    |    |     |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820900012        | 2 ア 5Fr以上8Fr以下のイントロデュースーサーシスを使用した場合（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）                                                                            | ※                  |
|    |    |     |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820900013        | 2 イ 8Frを超えるイントロデュースーサーシスを使用した症例であって、大動脈穿刺部位又は大動脈穿刺部位の止血を行った場合（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）                                                  | ※                  |
|    |    |     |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820900014        | 3 ア 経皮的冠動脈形成術等を実施した患者の早期離床を目的とした大動脈穿刺部位の止血を行う場合に、5Fr以上のイントロデュースーサーシスを使用した場合（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）                                    | ※                  |
|    |    |     |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820900015        | 3 イ 経皮的心房中隔欠損閉鎖術等を実施した患者の早期離床を目的とした大動脈穿刺部位の止血を行う場合に、6Fr以上12Fr以下のイントロデュースーサーシスを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までには帰宅した場合（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料） | ※                  |
| 25 | Ⅱ  | 129 | 補助人工心臓セット<br>(1) 体外型 ②小児用                                | （前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合）<br>詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830900023        | 前回算定日を起算日として3か月以内に算定する詳細な理由（補助人工心臓セット（1）体外型・小児用）；*****                                                                           | ※                  |
|    |    |     |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                                                                                  |                    |
|    |    |     |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                                                                                  |                    |
|    |    |     |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                                                                                                                  |                    |
| 26 | Ⅱ  | 129 | 補助人工心臓セット<br>(2) 植込型（非拍動流型）                              | （植え込み後に再度植え込む必要が生じた場合）<br>詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 830900024        | 植え込み後に再度植え込む必要が生じた理由（補助人工心臓セット（2）植込型（非拍動流型））；*****                                                                               | ※                  |
| 27 | Ⅱ  | 129 | 補助人工心臓セット<br>(3) 水循環回路セット                                | （前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合）<br>詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830900025        | 前回算定日を起算日として3か月以内に算定する詳細な理由（補助人工心臓セット（3）水循環回路セット）；*****                                                                          | ※                  |
| 28 | Ⅱ  | 132 | ガイディングカテーテル<br>(2) 脳血管用 ②高度屈曲対応型                         | （他のガイディングカテーテルでは血管内手術用カテーテル等を脳血管の手術部位に到達させることが困難と予想される病変又は困難な病変に対して使用した場合）<br>高度屈曲対応型を使用する医療上の必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830900026        | 使用する医療上の必要性（ガイディングカテーテル（2）脳血管用・高度屈曲対応型）；*****                                                                                    | ※                  |
| 29 | Ⅱ  | 132 | ガイディングカテーテル<br>(2) 脳血管用 ③紡錘型                             | 脳血管用・紡錘型を使用する医療上の必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 830900027        | 脳血管用・紡錘型を使用する医療上の必要性（ガイディングカテーテル（2）脳血管用・紡錘型）；*****                                                                               | ※                  |
| 30 | Ⅱ  | 132 | ガイディングカテーテル<br>(2) 脳血管用 ④横骨動脈穿刺対応型                       | 脳血管用・横骨動脈穿刺対応型を使用する医療上の必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 830900028        | 脳血管用・横骨動脈穿刺対応型を使用する医療上の必要性（ガイディングカテーテル（2）脳血管用・横骨動脈穿刺対応型）；*****                                                                   | ※                  |
| 31 | Ⅱ  | 132 | ガイディングカテーテル<br>(2) 脳血管用 ⑤自己拡張型                           | 脳血管用・自己拡張型を使用する医療上の必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 830900029        | 脳血管用・自己拡張型を使用する医療上の必要性（ガイディングカテーテル（2）脳血管用・自己拡張型）；*****                                                                           | ※                  |
| 32 | Ⅱ  | 132 | ガイディングカテーテル<br>(5) 分枝血管用                                 | 分枝血管用を使用する医療上の必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830900030        | 分枝血管用を使用する医療上の必要性（ガイディングカテーテル（5）分枝血管用）；*****                                                                                     | ※                  |
| 33 | Ⅱ  | 133 | 血管内手術用カテーテル<br>(2) 末梢血管用ステントセット ④生体吸収・再狭窄抑制型             | （医学的な必要性から3個以上使用する場合）<br>理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 830900031        | 3個以上使用する医学的な必要性（血管内手術用カテーテル（2）末梢血管用ステントセット・生体吸収・再狭窄抑制型）；*****                                                                    | ※                  |
| 34 | Ⅱ  | 133 | 血管内手術用カテーテル<br>(3) PTA／バルーンカテーテル ⑤再狭窄抑制型                 | （大動脈高動脈の自家血管の狭窄病変のうち病変長5cm未満の病変に対して使用した場合）<br>理由及び症状詳細を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830900032        | 使用した理由及び症状詳細（血管内手術用カテーテル（3）PTA／バルーンカテーテル・再狭窄抑制型）；*****                                                                           | ※                  |
| 35 | Ⅱ  | 133 | 血管内手術用カテーテル<br>(3) PTA／バルーンカテーテル ⑦ボディワイヤー型               | 一般型バルーンカテーテルでは拡張が困難であると判断した医学的根拠を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830900033        | 一般型バルーンカテーテルでは拡張が困難であると判断した医学的根拠（血管内手術用カテーテル（3）PTA／バルーンカテーテル・ボディワイヤー型）；*****                                                     | ※                  |
| 36 | Ⅱ  | 133 | 血管内手術用カテーテル<br>(7) 血管内血栓物質除去用留置カテーテル ②頭動脈用ステント併用型 エ経頭動脈型 | 頭動脈用ステント併用型・経頭動脈型を使用する医療上の必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830900034        | 頭動脈用ステント併用型・経頭動脈型を使用する医療上の必要性（血管内手術用カテーテル（7）血管内血栓物質除去用留置カテーテル・頭動脈用ステント併用型 エ経頭動脈型）；*****                                          | ※                  |
| 37 | Ⅱ  | 133 | 血管内手術用カテーテル<br>(8) 血管内異物除去用カテーテル ⑥リード－体型ベースメーカー抜去用カテーテル  | リード－体型ベースメーカー抜去用カテーテルを使用する医療上の必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830900035        | リード－体型ベースメーカー抜去用カテーテルを使用する医療上の必要性（血管内手術用カテーテル（8）血管内異物除去用カテーテル・リード－体型ベースメーカー抜去用カテーテル）；*****                                       | ※                  |

| 項番 | 別表 | 区分  | 特定保険医療材料の機能区分                                          | 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|----|-----|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 38 | Ⅱ  | 133 | 血管内手術用カテーテル<br>(16) 下肢動脈狭窄部貫通カテーテル                     | 経皮的血管形成術前の患者の病変部の所見及び当該材料を使用する医療上の必要性について記載すること。                                                                                                                                                                        | 830900036        | 経皮的血管形成術前の患者の病変部の所見(血管内手術用カテーテル(16) 下肢動脈狭窄部貫通カテーテル);*****                                   | ※                  |
|    |    |     |                                                        |                                                                                                                                                                                                                         | 830900037        | 使用する医療上の必要性(血管内手術用カテーテル(16) 下肢動脈狭窄部貫通カテーテル);*****                                           | ※                  |
| 39 | Ⅱ  | 133 | 血管内手術用カテーテル<br>(17) 血管塞栓用プラグ                           | 患者の血管病変部の所見(直径を含む。 )を記載すること。                                                                                                                                                                                            | 830900038        | 患者の血管病変部の所見(直径を含む。 )(血管内手術用カテーテル(17) 血管塞栓用プラグ);*****                                        | ※                  |
| 40 | Ⅱ  | 133 | 血管内手術用カテーテル<br>(21) 脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム               | (医学的な必要性から2個以上使用する必要がある場合)理由を記載すること。                                                                                                                                                                                    | 830900039        | 2個以上使用する医学的必要性(血管内手術用カテーテル(21) 脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム);*****                                  | ※                  |
| 41 | Ⅱ  | 133 | 血管内手術用カテーテル<br>(23) 大動脈分岐部用フィルターセット                    | 血管病変部の画像所見等を踏まえ、大動脈分岐部用フィルターセットの使用が適切であると判断した医学的根拠を記載すること。                                                                                                                                                              | 830900040        | 大動脈分岐部用フィルターセットの使用が適切であると判断した医学的根拠(血管病変部の画像所見等を含む。 )(血管内手術用カテーテル(23) 大動脈分岐部用フィルターセット);***** | ※                  |
| 42 | Ⅱ  | 134 | 人工血管<br>(3) 短期使用型                                      | (16歳以上の患者に対して使用した場合)医学的理由を記載すること。                                                                                                                                                                                       | 830900041        | 16歳以上の患者に対して使用する医学的理由(人工血管(3) 短期使用型);*****                                                  | ※                  |
| 43 | Ⅱ  | 144 | 両室ベーンシング機能付き植込型除細動器                                    | 両室ベーンシング機能付き植込型除細動器の移植術を行った患者について、症状詳記を記載すること。                                                                                                                                                                          | 830900042        | 症状詳記(両室ベーンシング機能付き植込型除細動器);*****                                                             | ※                  |
| 44 | Ⅱ  | 146 | 大動脈用ステントグラフト<br>(1) 腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)              | 外科手術が第一選択とならない旨及び治療が適応となる旨を記載すること。                                                                                                                                                                                      | 830900043        | 外科手術が第一選択とならない旨(大動脈用ステントグラフト(1) 腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分));*****                                | ※                  |
|    |    |     |                                                        |                                                                                                                                                                                                                         | 830900044        | 治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(1) 腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分));*****                                      | ※                  |
| 45 | Ⅱ  | 146 | 大動脈用ステントグラフト<br>(1) 腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)<br>①標準型      | (腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・標準型を腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と組み合わせて使用する場合には、腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・標準型を1回の手術に対して複数個算定する場合)医学的必要性を記載すること。                                                                                   | 830900045        | 1回の手術に対して複数個算定する医学的必要性(大動脈用ステントグラフト(1) 腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・標準型);*****                     | ※                  |
| 46 | Ⅱ  | 146 | 大動脈用ステントグラフト<br>(2) 腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)               | (腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)を腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と組み合わせて使用する場合には、腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)を1回の手術に対して複数個算定する場合)医学的必要性を記載すること。                                                                                             | 830900046        | 1回の手術に対して複数個算定する医学的必要性(大動脈用ステントグラフト(2) 腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分));*****                          | ※                  |
| 47 | Ⅱ  | 146 | 大動脈用ステントグラフト<br>(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)              | (1回の手術に対して複数個使用する場合)複数個の治療が適応となる旨を記載すること。                                                                                                                                                                               | 830900047        | 複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分));*****                                  | ※                  |
| 48 | Ⅱ  | 146 | 大動脈用ステントグラフト<br>(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)<br>③血管分岐部対応型 | 使用した部位の主要分枝血管名(腕頭動脈、左総頸動脈、左鎖骨下動脈等)を記載すること。                                                                                                                                                                              | 830900048        | 使用した部位の主要分枝血管名(大動脈用ステントグラフト(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・血管分岐部対応型);*****                        | ※                  |
| 49 | Ⅱ  | 146 | 大動脈用ステントグラフト<br>(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)<br>②中極端可動型   | (胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型を同時に使用する場合)<br>以下の事項を記載すること。<br>①胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型による治療が適応となる旨<br>②胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型を複数個算定する場合は、複数個の当該材料による治療が適応となる旨                 | 830900049        | 治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型);*****                               | ※                  |
|    |    |     |                                                        |                                                                                                                                                                                                                         | 830900050        | (複数個使用する場合のみ記載)複数個の当該材料による治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型);*****     | ※                  |
| 50 | Ⅱ  | 146 | 大動脈用ステントグラフト<br>(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)<br>②中極端可動型   | (胸腹部大動脈瘤に対して、腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と組み合わせて、胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型を使用する場合)<br>以下の事項を記載すること。<br>①胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型による治療が適応となる旨<br>②胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型を複数個算定する場合は、複数個の当該材料による治療が適応となる旨 | 830900051        | 当該材料による治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型);*****                        | ※                  |
|    |    |     |                                                        |                                                                                                                                                                                                                         | 830900052        | (複数個使用する場合のみ記載)複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型);*****            | ※                  |
| 51 | Ⅱ  | 146 | 大動脈用ステントグラフト<br>(4) 胸部大動脈用ステントグラフト(補助部分)<br>②分枝血管部分連結型 | (複数個算定する場合)複数個の治療が適応となる旨を記載すること。                                                                                                                                                                                        | 830900053        | 複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(4) 胸部大動脈用ステントグラフト(補助部分)・分枝血管部分連結型);*****                         | ※                  |
| 52 | Ⅱ  | 146 | 大動脈用ステントグラフト<br>(5) 大動脈解離用ステントグラフト(ベアステント)             | (複数個算定する場合)複数個の治療が適応となる旨を記載すること。                                                                                                                                                                                        | 830900054        | 複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(5) 大動脈解離用ステントグラフト(ベアステント));*****                                 | ※                  |
| 53 | Ⅱ  | 146 | 大動脈用ステントグラフト<br>(6) 胸部大動脈用ステントグラフト(分枝血管部分)             | (複数個算定する場合)複数個の治療が適応となる旨を記載すること。                                                                                                                                                                                        | 830900055        | 複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(6) 胸部大動脈用ステントグラフト(分枝血管部分));*****                                 | ※                  |
| 54 | Ⅱ  | 149 | 血管内光断層撮影用カテーテル                                         | (血管内超音波プローブと血管内光断層撮影用カテーテルを同時に算定する場合)医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                                     | 830900056        | 血管内超音波プローブと血管内光断層撮影用カテーテルを同時に使用する医学的必要性(血管内光断層撮影用カテーテル);*****                               | ※                  |
| 55 | Ⅱ  | 150 | ヒト自家移植組織<br>(1) 自家培養表皮<br>(重症熱傷に対し使用する場合)              | ①(40枚を超えて算定する場合)医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                          | 830900057        | 40枚を超えて使用する医学的必要性(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(重症熱傷に対し使用する場合));*****                                  | ※                  |
|    |    |     |                                                        | ②症状詳記を記載すること。                                                                                                                                                                                                           | 830900058        | 症状詳記(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(重症熱傷に対し使用する場合));*****                                               | ※                  |
| 56 | Ⅱ  | 150 | ヒト自家移植組織<br>(1) 自家培養表皮<br>(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合)        | ①他の標準的な治療法では対応が困難であり、当該材料を使用する必要があった症状詳記を記載すること。                                                                                                                                                                        | 830900059        | 症状詳記(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));*****                                         | ※                  |
|    |    |     |                                                        | ②複数回に分けて治療することが予定されている場合は、一連の治療計画の内容として以下の事項を記載すること。<br>a 治療開始年月<br>b 治療終了予定年月<br>c 治療間隔<br>d 回数                                                                                                                        | 850900004        | a 治療開始年月(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));(元号)yy"年"mm"月"dd"日                        | ※                  |
|    |    |     |                                                        |                                                                                                                                                                                                                         | 850900005        | b 治療終了予定年月(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));(元号)yy"年"mm"月"dd"日                      | ※                  |
|    |    |     |                                                        |                                                                                                                                                                                                                         | 830900060        | c 治療間隔(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));*****                                       | ※                  |
|    |    |     |                                                        |                                                                                                                                                                                                                         | 842900001        | d 回数(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));*****                                         | ※                  |

| 項番 | 別表 | 区分  | 特定保険医療材料の機能区分                                             | 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|----|-----|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 57 | Ⅱ  | 150 | ヒト自家移植組織<br>(1) 自家培養表皮 ② 調整型・移植キット                        | (栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症に対し使用する場合であって、同一箇所に対して2回以上移植した場合)<br>医学的理由と移植箇所、移植回数を記載すること。                                                                                                                         | 830900131        | 同一箇所に対して2回以上移植した医学的理由(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮・調整型・移植キット);*****                                            | ※                  |
|    |    |     |                                                           |                                                                                                                                                                                                            | 830900132        | 移植箇所(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮・調整型・移植キット);*****                                                             | ※                  |
|    |    |     |                                                           |                                                                                                                                                                                                            | 842900005        | 移植回数(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮・調整型・移植キット);*****                                                             | ※                  |
| 58 | Ⅱ  | 150 | ヒト自家移植組織<br>(1) 自家培養表皮                                    | (栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症に対し使用する場合)<br>①症状詳細を記載すること。<br>②(複数回に分けて治療することが予定されている場合)<br>一連の治療計画の内容及び以下の事項を記載すること。<br>a 治療開始年月<br>b 治療終了予定年月<br>c 治療間隔<br>d 回数                                                   | 830900061        | 症状詳細(ヒト自家移植組織(1)自家培養表皮);*****                                                                        | ※                  |
|    |    |     |                                                           |                                                                                                                                                                                                            | 850900006        | a 治療開始年月(ヒト自家移植組織(1)自家培養表皮);(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                       | ※                  |
|    |    |     |                                                           |                                                                                                                                                                                                            | 850900007        | b 治療終了予定年月(ヒト自家移植組織(1)自家培養表皮);(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                     | ※                  |
|    |    |     |                                                           |                                                                                                                                                                                                            | 830900062        | c 治療間隔(ヒト自家移植組織(1)自家培養表皮);*****                                                                      | ※                  |
|    |    |     |                                                           |                                                                                                                                                                                                            | 842900007        | d 回数(ヒト自家移植組織(1)自家培養表皮);*****                                                                        | ※                  |
| 59 | Ⅱ  | 150 | ヒト自家移植組織<br>(2) 自家培養軟骨                                    | 使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳細を記載すること。                                                                                                                                                                       | 830900064        | 使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳細(ヒト自家移植組織(2)自家培養軟骨);*****                                                | ※                  |
| 60 | Ⅱ  | 150 | ヒト自家移植組織<br>(3) 自家培養角膜上皮                                  | 角膜上皮幹細胞療症の重症度を含めた症状詳細を記載すること。                                                                                                                                                                              | 830900065        | 角膜上皮幹細胞療症の重症度を含めた症状詳細(ヒト自家移植組織(3)自家培養角膜上皮);*****                                                     | ※                  |
| 61 | Ⅱ  | 150 | ヒト自家移植組織<br>(4) 自家培養口腔粘膜上皮                                | 角膜上皮幹細胞療症の重症度を含めた症状詳細を記載すること。                                                                                                                                                                              | 830900066        | 角膜上皮幹細胞療症の重症度を含めた症状詳細(ヒト自家移植組織(4)自家培養口腔粘膜上皮);*****                                                   | ※                  |
| 62 | Ⅱ  | 150 | ヒト自家移植組織<br>(5) ヒト半膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮                        | 角膜上皮幹細胞療症の重症スコアを含めた症状詳細を記載すること。                                                                                                                                                                            | 830900067        | 角膜上皮幹細胞療症の重症スコアを含めた症状詳細(ヒト自家移植組織(5)ヒト半膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮);*****                                         | ※                  |
| 63 | Ⅱ  | 150 | ヒト自家移植組織<br>(1) 自家培養表皮<br>(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合) | ①(40枚を超えて使用する場合)<br>医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                                         | 830900068        | 40枚を超えて使用する医学的必要性(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合));*****                          | ※                  |
|    |    |     |                                                           | ②医療上の必要性及び合併症等について患者に説明を行った旨を記載すること。                                                                                                                                                                       | 830900069        | 医療上の必要性及び合併症等について患者に説明を行った旨(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合));*****                | ※                  |
|    |    |     |                                                           | ③非外科的治療が無効又は適応とならないと判断し、かつ、自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合)の適応であると判断した医学的理由を詳細に記載すること。                                                                                                                | 830900070        | 医学的理由(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合));*****                                       | ※                  |
|    |    |     |                                                           | ④(複数回に分けて治療することが予定されている場合)<br>一連の治療計画の内容及び以下の事項を記載すること。<br>a 治療開始年月<br>b 治療終了予定年月<br>c 治療間隔(日数)<br>d 治療回数<br>e 一連の治療において使用することを計画している枚数                                                                    | 850900008        | a 治療開始年月(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合))yy"年"mm"月"dd"日                           | ※                  |
|    |    |     |                                                           |                                                                                                                                                                                                            | 850900009        | b 治療終了予定年月(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合));(元号)yy"年"mm"月"dd"日                    | ※                  |
|    |    |     |                                                           |                                                                                                                                                                                                            | 842900002        | c 治療間隔(日数)(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合));*****                                 | ※                  |
|    |    |     |                                                           |                                                                                                                                                                                                            | 842900003        | d 治療回数(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合));*****                                     | ※                  |
|    |    |     |                                                           |                                                                                                                                                                                                            | 842900004        | e 一連の治療において使用することを計画している枚数(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合));*****                  | ※                  |
| 64 | Ⅱ  | 152 | 胸郭変形矯正用材料<br>(1) 肋骨間用<br>(2) 肋骨腰椎間用<br>(3) 肋骨胸骨間用         | ①(セット(肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨胸骨間用)を医学的根拠に基づき3セット以上を算定する場合)<br>医学的根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                     | 830900071        | セット(肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨胸骨間用)を3セット以上を算定する医学的根拠(胸郭変形矯正用材料(1)肋骨間用(2)肋骨腰椎間用(3)肋骨胸骨間用);*****                  | ※                  |
|    |    |     |                                                           | ②(部品連結用・模型を用いる場合であって、セット(肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨胸骨間用)を2セット以上算定する場合)<br>医学的根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                            | 830900072        | 部品連結用・模型を用いる場合であってセット(肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨胸骨間用)を2セット以上算定する医学的根拠(胸郭変形矯正用材料(1)肋骨間用(2)肋骨腰椎間用(3)肋骨胸骨間用);***** | ※                  |
| 65 | Ⅱ  | 153 | 経皮的動脈管閉鎖セット<br>(2) 動脈管内留置型                                | ①使用した患者の体重を記載すること。                                                                                                                                                                                         | 830900073        | 使用した患者の体重(経皮的動脈管閉鎖セット(2)動脈管内留置型);*****                                                               | ※                  |
|    |    |     |                                                           | ②(体重1kg未満の患者に対し使用する場合)<br>使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                         | 830900074        | 使用する理由及び医学的根拠(経皮的動脈管閉鎖セット(2)動脈管内留置型);*****                                                           | ※                  |
| 66 | Ⅱ  | 155 | 植込型心電図記録計                                                 | (潜因性脳梗塞患者に対して使用した場合)<br>理由及び医学的根拠を記載すること。                                                                                                                                                                  | 830900075        | 使用する理由及び医学的根拠(植込型心電図記録計);*****                                                                       | ※                  |
| 67 | Ⅱ  | 159 | 局所陰圧閉鎖処置用材料                                               | ①(3週間を超えて算定した場合)<br>理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                   | 830900005        | 3週間を超えて算定する理由及び医学的根拠(局所陰圧閉鎖処置用材料);*****                                                              | ※                  |
|    |    |     |                                                           | ②処置開始日を記載すること。                                                                                                                                                                                             | 850900010        | 処置開始日(局所陰圧閉鎖処置用材料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                                                | ※                  |
|    |    |     |                                                           | ③(術後縫合創に対して使用する場合(手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合に限る。))<br>次に掲げる患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。<br>ア ENaGが30以上の肥満症の患者<br>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<br>ウ ステロイド療法を受けている患者(局所陰圧閉鎖処置用材料) | 820900035        | ア BMIが30以上の肥満症の患者(局所陰圧閉鎖処置用材料)                                                                       | ※                  |
|    |    |     |                                                           |                                                                                                                                                                                                            | 820900036        | 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(局所陰圧閉鎖処置用材料)                                 | ※                  |
|    |    |     |                                                           |                                                                                                                                                                                                            | 820900037        | ウ ステロイド療法を受けている患者(局所陰圧閉鎖処置用材料)                                                                       | ※                  |
|    |    |     |                                                           |                                                                                                                                                                                                            | 820900038        | エ 慢性維持透析患者(局所陰圧閉鎖処置用材料)                                                                              | ※                  |
|    |    |     |                                                           |                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                                                                      |                    |

| 項番 | 別表 | 区分  | 特定保険医療材料の機能区分                    | 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|----|----|-----|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|    |    |     |                                  | ウ ステロイド療法を受けている患者<br>エ 慢性維持透析患者<br>オ 免疫不全状態にある患者<br>カ 低栄養状態にある患者<br>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<br>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患者                                                                                                                                                                                      | 820900039        | オ 免疫不全状態にある患者(局所陰圧閉鎖処置用材料)                                             | ※                  |
|    |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 820900040        | カ 低栄養状態にある患者(局所陰圧閉鎖処置用材料)                                              | ※                  |
|    |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 820900041        | 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(局所陰圧閉鎖処置用材料)                          | ※                  |
|    |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 820900042        | 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患者(局所陰圧閉鎖処置用材料)                             | ※                  |
| 68 | Ⅱ  | 164 | 椎体形成用材料セット                       | (骨粗鬆症に対して、1回の手術で2セット以上使用した場合)<br>医療上の必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                        | 830900077        | 1回の手術で2セット以上使用する医療上の必要性(椎体形成用材料セット) ;<br>*****                         | ※                  |
| 69 | Ⅱ  | 174 | 植込型骨導補聴器                         | 患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由(既存の骨導補聴器の使用歴がない患者に対して使用する場合は、既存の骨導補聴器を使用しない理由を含む。)、既存の治療の結果等を記載すること。                                                                                                                                                                                                                     | 830900078        | 患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由、既存の治療の結果等(植込型骨導補聴器) ;*****           | ※                  |
|    |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 820900043        | ア BMIが30以上の肥満症の患者(陰圧創傷治療用カートリッジ)                                       | ※                  |
|    |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 820900044        | 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(陰圧創傷治療用カートリッジ) | ※                  |
|    |    |     |                                  | (入院中の患者に対して使用する場合(術後縫合創に対して、手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合に限る。))<br>次に掲げる患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。<br>ア BMIが30以上の肥満症の患者<br>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<br>ウ ステロイド療法を受けている患者<br>エ 慢性維持透析患者<br>オ 免疫不全状態にある患者<br>カ 低栄養状態にある患者<br>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<br>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患者 | 820900045        | ウ ステロイド療法を受けている患者(陰圧創傷治療用カートリッジ)                                       | ※                  |
|    |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 820900046        | エ 慢性維持透析患者(陰圧創傷治療用カートリッジ)                                              | ※                  |
|    |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 820900047        | オ 免疫不全状態にある患者(陰圧創傷治療用カートリッジ)                                           | ※                  |
|    |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 820900048        | カ 低栄養状態にある患者(陰圧創傷治療用カートリッジ)                                            | ※                  |
|    |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 820900049        | 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(陰圧創傷治療用カートリッジ)                        | ※                  |
|    |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 820900050        | 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患者(陰圧創傷治療用カートリッジ)                           | ※                  |
| 71 | Ⅱ  | 186 | 気管支手術用カテーテル                      | 症状詳細を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 830900079        | 症状詳細(気管支手術用カテーテル) ;*****                                               | ※                  |
|    |    |     |                                  | ①(局所遠隔再発食道癌に対して使用する場合)<br>2本目を算定するに当たっては詳細な内視鏡所見を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830900080        | 局所遠隔再発食道癌に対し2本目を算定する場合の内視鏡所見(半導体レーザー用プローブ) ;*****                      | ※                  |
| 72 | Ⅱ  | 187 | 半導体レーザー用プローブ                     | ②(切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対して使用する場合であって、一連の治療につき8本を超えた本数の算定が必要な場合)<br>詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                           | 830900081        | 切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対し一連の使用につき8本を超えて算定する理由(半導体レーザー用プローブ) ;*****       | ※                  |
| 73 | Ⅱ  | 190 | 人工中耳用材料                          | 人工中耳用材料を使用する理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 830900082        | 人工中耳用材料を使用する理由及び医学的な根拠(人工中耳用材料) ;<br>*****                             | ※                  |
|    |    |     |                                  | ①末梢血管用ステントグラフトを使用する理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830900083        | 末梢血管用ステントグラフトを使用する理由及び医学的な根拠(末梢血管用ステントグラフト) ;*****                     | ※                  |
| 74 | Ⅱ  | 191 | 末梢血管用ステントグラフト                    | ②(腸骨動脈のTASCⅡ A/B病変、高度石灰化病変または閉塞性病変に使用した場合)<br>詳細な画像所見を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                              | 830900084        | 画像所見(末梢血管用ステントグラフト) ;*****                                             | ※                  |
| 75 | Ⅱ  | 191 | 末梢血管用ステントグラフト<br>(3)腹部大動脈分枝血管対応型 | (複数個算定する場合)<br>複数個の治療が適応となる旨を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830900085        | 複数個の治療が適応となる旨(末梢血管用ステントグラフト(3)腹部大動脈分枝血管対応型) ;*****                     | ※                  |
| 76 | Ⅱ  | 193 | 補助循環用ポンプカテーテル<br>(2)高流量型         | 使用する医療上の必要性及び使用した日数を含めた症状詳細を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 830900086        | 使用する医療上の必要性及び使用した日数を含めた症状詳細(補助循環用ポンプカテーテル (2)高流量型) ;*****              | ※                  |
| 77 | Ⅱ  | 195 | 体表面用電場電極<br>(1)膠芽腫用              | (膠芽腫用について4枚以外の枚数を算定する場合)<br>理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 830900087        | 4枚以外の枚数を算定する理由(体表面用電場電極 (1)膠芽腫用) ;*****                                | ※                  |
| 78 | Ⅱ  | 196 | 経皮的僧帽弁クリップシステム                   | 外科手術が困難であることを評価し、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記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                       | 830900088        | 治療が最適であると判断した評価内容(経皮的僧帽弁クリップシステム) ;<br>*****                           | ※                  |
| 79 | Ⅱ  | 200 | 放射線治療用合成吸収性材料<br>(1)ハイドロゲル型      | (StageⅠ又はⅡ以外の前立腺癌患者に使用した場合)<br>ハイドロゲル型の対象とならない患者ではないことについて記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                          | 830900089        | ハイドロゲル型の対象となる理由(放射線治療用合成吸収性材料<br>(1)ハイドロゲル型) ;*****                    | ※                  |
| 80 | Ⅱ  | 202 | 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット                  | 処置開始日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850900011        | 処置開始年月日(腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット) ; (元号)yy"年"mm"月<br>dd"日                       | ※                  |
| 81 | Ⅱ  | 203 | 横隔神経電気刺激装置                       | D239訪電図検査の「2」を実施した日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850900012        | 訪電図検査の実施年月日(横隔神経電気刺激装置) ; (元号)yy"年"mm"月<br>dd"日                        | ※                  |
|    |    |     |                                  | ①(初回導入時の算定の場合)<br>「K534-4 腹腔鏡下横隔神経電極植込術」を実施した日付を記載すること。<br>②(交換時の診療報酬請求の場合)<br>医療上の必要性について症状詳細を記載すること。                                                                                                                                                                                                                     | 850900013        | (初回導入時のみ記載)実施年月日(横隔神経電気刺激装置) ; (元号)yy"年"<br>mm"月"dd"日                  | ※                  |
|    |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 830900090        | (交換時のみ記載)交換する医学的必要性(横隔神経電気刺激装置) ;*****                                 | ※                  |
| 83 | Ⅱ  | 204 | 経皮的左心耳閉鎖システム                     | 使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830900091        | 使用する理由及び医学的根拠(経皮的左心耳閉鎖システム) ;*****                                     | ※                  |
| 84 | Ⅱ  | 205 | 経皮的卵円孔閉塞閉鎖セット                    | 使用する医学的根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830900092        | 使用する医学的根拠(経皮的卵円孔閉塞閉鎖セット) ;*****                                        | ※                  |
| 85 | Ⅱ  | 206 | 人工頸関節用材料                         | 使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830900093        | 使用する理由及び医学的根拠(人工頸関節用材料) ;*****                                         | ※                  |
| 86 | Ⅱ  | 207 | 人工鼻材料<br>(1)人工鼻                  | (1月あたり60個を超えて算定が必要な場合)<br>医学的必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                | 830900094        | 1月あたり60個を超えて算定する医学的必要性(人工鼻材料) ;*****                                   | ※                  |
| 87 | Ⅱ  | 207 | 人工鼻材料<br>(2)接続用材料 ①シール型          | (合わせて1月あたり30枚を超えて算定が必要な場合)<br>医学的必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                            | 830900095        | 1月あたり30枚を超えて算定する医学的必要性(人工鼻材料(2)接続用材料・<br>シール型) ;*****                  | ※                  |
| 88 | Ⅱ  | 211 | 植込型骨導補聴器(直接振動型)                  | 使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830900096        | 使用する理由及び医学的根拠(植込型骨導補聴器(直接振動型)) ;*****                                  | ※                  |

| 項番  | 別表 | 区分  | 特定保険医療材料の機能区分                    | 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----|-----|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 89  | Ⅱ  | 212 | 消化器内視鏡用止血材<br>(1)ペプチド由来吸収性局所止血材  | ①使用する医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                      | 830900097        | 使用する医学的必要性(消化器内視鏡用止血材(1)ペプチド由来吸収性局所止血材);*****                          | ※                  |
|     |    |     |                                  | ②(1回の手術で4mlを超える量を使用する場合)<br>医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                               | 830900098        | 4mlを超える量を使用する医学的必要性(消化器内視鏡用止血材(1)ペプチド由来吸収性局所止血材);*****                 | ※                  |
| 90  | Ⅱ  | 212 | 消化器内視鏡用止血材<br>(2)鉱物由来非吸収性局所止血材   | ①使用する医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                      | 830900099        | 使用する医学的必要性(消化器内視鏡用止血材(2)鉱物由来非吸収性局所止血材);*****                           | ※                  |
|     |    |     |                                  | ②(1回の手術で20gを超える量を使用する場合)<br>医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                               | 830900100        | 20gを超える量を使用する医学的必要性(消化器内視鏡用止血材(2)鉱物由来非吸収性局所止血材);*****                  | ※                  |
| 91  | Ⅱ  | 212 | 消化器内視鏡用止血材<br>(3)アミノ酸由来非吸収性局所止血材 | ①使用する医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                      | 830900101        | 使用する医学的必要性(消化器内視鏡用止血材(3)アミノ酸由来非吸収性局所止血材);*****                         | ※                  |
|     |    |     |                                  | ②(1回の手術で3gを超える量を使用する場合)<br>医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                                | 830900102        | 3gを超える量を使用する医学的必要性(消化器内視鏡用止血材(3)アミノ酸由来非吸収性局所止血材);*****                 | ※                  |
| 92  | Ⅱ  | 213 | 脳神経減圧術用補綴材                       | (1回の手術で0.3gを超える量を使用する場合)<br>医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                               | 830900103        | 0.3gを超える量を使用する医学的必要性(脳神経減圧術用補綴材);*****                                 | ※                  |
| 93  | Ⅱ  | 214 | 前立腺用インプラント                       | ①他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積を記載すること。                                                                                                                                                                                                                             | 830900104        | 他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積(前立腺用インプラント);*****                                  | ※                  |
|     |    |     |                                  | ②(5個以上使用する必要がある場合)<br>医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                                     | 830900105        | 5個以上使用する医学的必要性(前立腺用インプラント);*****                                       | ※                  |
| 94  | Ⅱ  | 218 | ヒト羊膜使用創傷被覆材                      | 使用する必要がある理由及び既存療法の結果を記載すること。                                                                                                                                                                                                                             | 830900106        | 使用する必要がある理由及び既存療法の結果(ヒト羊膜使用創傷被覆材);*****                                | ※                  |
| 95  | Ⅱ  | 219 | 自家皮膚細胞移植用キット                     | 使用する医療上の必要性及び受傷面積等を含めた症状詳記を記載すること。                                                                                                                                                                                                                       | 830900107        | 使用する医療上の必要性及び受傷面積等を含めた症状詳記(自家皮膚細胞移植用キット);*****                         | ※                  |
| 96  | Ⅱ  | 220 | 経消化管胆道ドレーナージステント                 | (医学的な必要性から2個以上使用する必要がある場合)<br>理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                 | 830900108        | 2個以上使用する医学的必要性(経消化管胆道ドレーナージステント);*****                                 | ※                  |
| 97  | Ⅱ  | 224 | 前立腺組織用高圧水噴射システム                  | 使用する医学的な根拠を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                       | 830900109        | 使用する医学的な根拠(前立腺組織用高圧水噴射システム);*****                                      | ※                  |
| 98  | Ⅱ  | 225 | 気管支用バルブ                          | (5個以上使用する場合)<br>医学的な根拠を記載すること。                                                                                                                                                                                                                           | 830900110        | 5個以上使用する医学的な根拠(気管支用バルブ);*****                                          | ※                  |
|     |    |     |                                  | 「K511」肺切除術又は「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。                                                                                                                                                                                                      | 830900111        | 肺切除術又は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(気管支用バルブ);*****                         | ※                  |
| 99  | Ⅱ  | 228 | 培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キット              | 使用する前の患眼の最良矯正視力及び角膜内皮細胞密度を記載すること。                                                                                                                                                                                                                        | 830900112        | 使用する前の患眼の最良矯正視力及び角膜内皮細胞密度(培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キット);*****                   | ※                  |
| 100 | Ⅱ  | 229 | 弁周囲欠損孔閉鎖セット                      | 区分番号「K555」弁置換術が適応とならない医学的な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                     | 830900113        | 弁置換術が適応とならない医学的な理由(弁周囲欠損孔閉鎖セット);*****                                  | ※                  |
| 101 | Ⅱ  | 234 | 薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント                 | ①使用する医学的必要性を記載すること。<br>②以下のいずれに該当するかを選択すること。<br>ア 副鼻腔の炎症が強く副鼻腔手術前に点鼻ステロイドまたは全身性ステロイド薬による治療がある症例<br>イ 再発の副鼻腔炎に対する再手術の症例<br>ウ 副鼻腔手術後の内視鏡画像検査で中鼻道あるいは各副鼻腔自然口が狭く再開鎖のリスクが高いと判断される症例<br>エ 慢性鼻副鼻腔炎の再発又は難治化のリスクが高い症例<br><br>(一連の治療で3個以上使用する場合)<br>医学的必要性を記載すること。 | 830900114        | 使用する医学的必要性(薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント);*****                                     | ※                  |
|     |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                          | 820900017        | ア 副鼻腔の炎症が強く副鼻腔手術前に点鼻ステロイドまたは全身性ステロイド薬による治療がある症例(薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント)      | ※                  |
|     |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                          | 820900018        | イ 再発の副鼻腔炎に対する再手術の症例(薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント)                                  | ※                  |
|     |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                          | 820900019        | ウ 副鼻腔手術後の内視鏡画像検査で中鼻道あるいは各副鼻腔自然口が狭く再開鎖のリスクが高いと判断される症例(薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント) | ※                  |
|     |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                          | 820900020        | エ 慢性鼻副鼻腔炎の再発又は難治化のリスクが高い症例(薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント)                           | ※                  |
|     |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                          | 830900115        | 3個以上使用する医学的必要性(薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント);*****                                 | ※                  |
| 102 | Ⅱ  | 236 | 上腕静脈用カテーテル                       | 使用する医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                       | 830900116        | 使用する医学的必要性(上腕静脈用カテーテル);*****                                           | ※                  |
| 103 | Ⅱ  | 237 | 軟骨修復材                            | 使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記を記載すること。                                                                                                                                                                                                                     | 830900117        | 使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記(軟骨修復材);*****                              | ※                  |
| 104 | Ⅱ  | 238 | 冷凍アブレーション用バルーンカテーテル              | 用いる医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                        | 830900118        | 使用する医学的必要性(冷凍アブレーション用バルーンカテーテル);*****                                  | ※                  |
| 105 | Ⅱ  | 239 | 腎神経焼灼術用カテーテル                     | (医学的な必要性から3個以上使用する必要がある場合)<br>理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                 | 830900119        | 3個以上使用する医学的必要性(腎神経焼灼術用カテーテル);*****                                     | ※                  |
| 106 | Ⅱ  | 240 | 経皮的三尖弁クリップシステム                   | (医学的な必要性から3個以上使用する必要がある場合)<br>理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                 | 830900120        | 3個以上使用する医学的必要性(経皮的三尖弁クリップシステム);*****                                   | ※                  |
|     |    |     |                                  | 用いた治療が最適であると判断した評価内容及び症状詳記を記載すること。                                                                                                                                                                                                                       | 830900121        | 用いた治療が最適であると判断した評価内容及び症状詳記(経皮的三尖弁クリップシステム);*****                       | ※                  |
|     |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                          | 830900122        | 1症状詳記(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型);*****                               | ※                  |
|     |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                          | 820900030        | 2ア: 同一入院期間中においてCLABSI#2回以上繰り返している患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型)       | ※                  |

| 項番  | 別表 | 区分  | 特定保険医療材料の機能区分                    | 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8年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----|-----|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 107 | Ⅳ  | 021 | 中心静脈用カテーテル<br>(1) 中心静脈カテーテル ⑥抗菌型 | 下記1から4について記載すること。<br>1 対象患者の症状詳細<br>2 対象患者についての該当項目【アのa～dのいずれか又はイ】を以下から選択して記載すること。<br>ア 中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必<br>要であり、かつ下記のa～dのいずれかに該当する患者<br>a 同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返し返している患者<br>b 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者<br>c 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス(ペースメーカー等)等を体内に留<br>置<br>しており、CLABSIによる感染症が重篤化する危険性が高い患者<br>d 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高<br>い疑<br>い感染患者<br>イ CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイラ<br>ンス<br>事業等)の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿<br>入した<br>日から起算して14日以上当該カテーテルの留置が必要である患者<br>3 対象患者のアレルギー歴(特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認す<br>ること)。<br>4(2のイに該当する患者に対して使用する場合)<br>当該保険医療機関のCLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)におけるCLABSI発生率 | 820900031        | 2アb 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型)                                                                                    | ※                  |
|     |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 820900032        | 2アc 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス(ペースメーカー等)等を体内に留置しており、CLABSIによる感染症が重篤化する危険性が高い患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型)                                          | ※                  |
|     |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 820900033        | 2アd 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易感染患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型)                                                                    | ※                  |
|     |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 820900034        | 2イ CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上当該カテーテルの留置が必要である患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型) | ※                  |
|     |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 830900123        | 3対象患者のアレルギー歴(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型):*****                                                                                                   | ※                  |
|     |    |     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 842900008        | 4 (2のイに該当する患者に対して使用する場合)CLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランスにおけるCLABSI発生率(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型):*****                                             | ※                  |
| 108 | Ⅴ  | 033 | 口腔粘膜保護材                          | (患者の状況により10mLを超える量を使用する場合)<br>理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 830900125        | 10mLを超える量を使用する理由(口腔粘膜保護材):*****                                                                                                                   | ※                  |
| 109 | Ⅴ  | 036 | 半導体レーザー用プローブ                     | (8本を超えた本数の算定が必要な場合)<br>詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 830900126        | 8本を超えて算定する理由(半導体レーザー用プローブ):*****                                                                                                                  | ※                  |
| 110 | Ⅶ  | 012 | 皮膚欠損用創傷被覆材                       | (区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合)<br>詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 830900001        | 3週間を超えて算定する詳細な理由(皮膚欠損用創傷被覆材):*****                                                                                                                | ※                  |
| 111 | Ⅶ  | 013 | 非固着性シリコンガーゼ                      | (区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合)<br>詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 830900002        | 3週間を超えて算定する詳細な理由(非固着性シリコンガーゼ):*****                                                                                                               | ※                  |
| 112 | Ⅶ  | 015 | 人工鼻材料<br>(1) 人工鼻                 | (1月当たり60個を超えて算定が必要な場合)<br>医学的必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830900006        | 60個を超えて算定する医学的必要性(人工鼻材料):*****                                                                                                                    | ※                  |
| 113 | Ⅶ  | 015 | 人工鼻材料<br>(2) 接続用材料 ① シール型        | (合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合)<br>医学的必要性について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 830900007        | 30枚を超えて算定する医学的必要性(人工鼻材料((2) 接続用材料・シール型)):*****                                                                                                    | ※                  |

※「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」欄におけるローマ数字は、特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部を改正する件(令和8年厚生労働省告示第 73 号)の別表のことを指す。  
(例:「別表」欄の「Ⅰ」は、別表第一 医科診療報酬点数表の第2章第2部に規定する特定保険医療材料のこと。)

別表Ⅴ 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 | 特定機能病院等紹介患者受入加算を算定した場合                                              | 特紹受  | 「初診」欄   |
| 18 | A000 | 電子的診療情報連携体制整備加算1を算定した場合                                             | 電情1  | 「初診」欄   |
| 19 | A000 | 電子的診療情報連携体制整備加算2を算定した場合                                             | 電情2  | 「初診」欄   |
| 20 | A000 | 電子的診療情報連携体制整備加算3を算定した場合                                             | 電情3  | 「初診」欄   |
| 21 | A001 | 情報通信機器を用いた再診を行った場合                                                  | 情再   | 「再診」欄   |
| 22 | 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   |
| 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                                      | 複再   | 「再診」欄   |
| 24 | 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   |
| 25 | A001 | 夜間・早朝等加算を算定した場合                                                     | 夜早   | 「再診」欄   |
| 26 | A001 | 時間外対応体制加算1を算定した場合                                                   | 時外1  | 「再診」欄   |
| 27 | A001 | 時間外対応体制加算2を算定した場合                                                   | 時外2  | 「再診」欄   |
| 28 | A001 | 時間外対応体制加算3を算定した場合                                                   | 時外3  | 「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         | 時間外対応体制加算4を算定した場合                                                       | 時外4   | 「再診」欄   |
| 30 | A001         | 明細書発行体制等加算を算定した場合                                                       | 明     | 「再診」欄   |
| 31 | A001         | 地域包括診療加算1(認知症を有する患者等の場合)を算定した場合                                         | 再包1認  | 「再診」欄   |
| 32 | A001         | 地域包括診療加算1(その他の慢性疾患等を有する患者の場合)を算定した場合                                    | 再包1慢  | 「再診」欄   |
| 33 | A001         | 地域包括診療加算2(認知症を有する患者等の場合)を算定した場合                                         | 再包2認  | 「再診」欄   |
| 34 | A001         | 地域包括診療加算2(その他の慢性疾患等を有する患者の場合)を算定した場合                                    | 再包2慢  | 「再診」欄   |
| 35 | A001         | 外来データ提出加算を算定した場合                                                        | 再外デ   | 「再診」欄   |
| 36 | A001         | 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   |
| 37 | A001         | 外来感染対策向上加算を算定した場合                                                       | 再感    | 「再診」欄   |
| 38 | A001         | 発熱患者等対応加算を算定した場合                                                        | 再熱対   | 「再診」欄   |
| 39 | A001         | 連携強化加算を算定した場合                                                           | 再連    | 「再診」欄   |
| 40 | A001         | サーベイランス強化加算を算定した場合                                                      | 再サ    | 「再診」欄   |
| 41 | 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   |
| 42 | A001<br>A002 | 時間外加算の特例を算定した場合                                                         | 特     | 「再診」欄   |
| 43 | A001<br>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   |
| 44 | A001<br>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   |
| 45 | A001<br>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   |
| 46 | A001<br>A002 | 電子的診療情報連携体制整備加算を算定した場合                                                  | 電情再   | 「再診」欄   |
| 47 | A001<br>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   |
| 48 | 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   |
| 49 | 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   |
| 50 | 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   |
| 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                                        | 複外診   | 「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   |
| 53 | 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   |
| 54 | 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   |

| 項番 | 区分                     | 診療行為名称等                                                                                          | 略号      | 対応する記載欄 |
|----|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| 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(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   |
| 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以外)の場合          | 標欠7     | 「入院」欄   |
| 57 | 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   |
| 58 | 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   |
| 59 | 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   |
| 60 | 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   |
| 61 | 第2部通則11                | 医科点数表第1章第2部通則第11号により、継続的に質上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準を満たせない場合                                        | 質減      | 「入院」欄   |
| 62 | A100                   | 一般病棟入院基本料(急性期病院一般入院基本料の急性期病院A一般入院料)を算定した場合                                                       | 急病A     | 「入院」欄   |
| 63 | A100                   | 一般病棟入院基本料(急性期病院一般入院基本料の急性期病院B一般入院料)を算定した場合                                                       | 急病B     | 「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1)を算定した場合                                                           | 急一般1    | 「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2)を算定した場合                                                           | 急一般2    | 「入院」欄   |
| 66 | 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   |
| 67 | 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   |
| 68 | 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   |
| 69 | 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   |
| 70 | 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   |
| 71 | 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   |
| 72 | 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   |
| 73 | 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   |
| 74 | 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   |
| 75 | 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   |
| 76 | A100<br>A104の1<br>A105 | 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。)又は専門病院入院基本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(入院料A)の例により算定する入院料を算定した場合 | 療1例A    | 「入院」欄   |
| 77 | A100<br>A104の1<br>A105 | 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。)又は専門病院入院基本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(入院料B)の例により算定する入院料を算定した場合 | 療1例B    | 「入院」欄   |
| 78 | A100<br>A104の1<br>A105 | 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。)又は専門病院入院基本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(入院料C)の例により算定する入院料を算定した場合 | 療1例C    | 「入院」欄   |
| 79 | A100<br>A104の1<br>A105 | 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。)又は専門病院入院基本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(入院料D)の例により算定する入院料を算定した場合 | 療1例D    | 「入院」欄   |
| 80 | A100<br>A104の1<br>A105 | 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。)又は専門病院入院基本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(入院料E)の例により算定する入院料を算定した場合 | 療1例E    | 「入院」欄   |

| 項番  | 区分                     | 診療行為名称等                                                                                          | 略号                           | 対応する記載欄 |
|-----|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------|
| 81  | A100<br>A104の1<br>A105 | 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。）又は専門病院入院基本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（入院料F）の例により算定する入院料を算定した場合 | 療1例F                         | 「入院」欄   |
| 82  | A100<br>A104の1<br>A105 | 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。）又は専門病院入院基本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（入院料G）の例により算定する入院料を算定した場合 | 療1例G                         | 「入院」欄   |
| 83  | A100<br>A104の1<br>A105 | 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。）又は専門病院入院基本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（入院料H）の例により算定する入院料を算定した場合 | 療1例H                         | 「入院」欄   |
| 84  | A100<br>A104の1<br>A105 | 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。）又は専門病院入院基本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（入院料I）の例により算定する入院料を算定した場合 | 療1例I                         | 「入院」欄   |
| 85  | 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●<br>（※●は1から30の算定する数字を記載） | 「入院」欄   |
| 86  | 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●<br>（※●は1から30の算定する数字を記載） | 「入院」欄   |
| 87  | 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   |
| 88  | 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   |
| 89  | 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   |
| 90  | 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   |
| 91  | 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   |
| 92  | 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   |
| 93  | 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   |
| 94  | 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   |
| 95  | 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   |
| 96  | 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   |
| 97  | 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   |
| 98  | A103                   | 急性期病院A精神病棟入院料（10対1入院基本料）を算定した場合                                                                  | 精A10                         | 「入院」欄   |
| 99  | A103                   | 急性期病院A精神病棟入院料（13対1入院基本料）を算定した場合                                                                  | 精A13                         | 「入院」欄   |
| 100 | A103                   | 急性期病院A精神病棟入院料（15対1入院基本料）を算定した場合                                                                  | 精A15                         | 「入院」欄   |
| 101 | A103                   | 急性期病院B精神病棟入院料（10対1入院基本料）を算定した場合                                                                  | 精B10                         | 「入院」欄   |
| 102 | A103                   | 急性期病院B精神病棟入院料（13対1入院基本料）を算定した場合                                                                  | 精B13                         | 「入院」欄   |
| 103 | A103                   | 急性期病院B精神病棟入院料（15対1入院基本料）を算定した場合                                                                  | 精B15                         | 「入院」欄   |
| 104 | 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   |
| 105 | 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   |
| 106 | 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   |

| 項番  | 区分   | 診療行為名称等                             | 略号     | 対応する記載欄 |
|-----|------|-------------------------------------|--------|---------|
| 107 | 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   |
| 108 | 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   |
| 109 | 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   |
| 110 | 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   |
| 111 | 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   |
| 112 | A104 | 特定機能病院A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Aー7   | 「入院」欄   |
| 113 | A104 | 特定機能病院A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Aー10  | 「入院」欄   |
| 114 | A104 | 特定機能病院A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A結7   | 「入院」欄   |
| 115 | A104 | 特定機能病院A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A結10  | 「入院」欄   |
| 116 | A104 | 特定機能病院A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A結13  | 「入院」欄   |
| 117 | A104 | 特定機能病院A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A結15  | 「入院」欄   |
| 118 | A104 | 特定機能病院A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A精7   | 「入院」欄   |
| 119 | A104 | 特定機能病院A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A精10  | 「入院」欄   |
| 120 | A104 | 特定機能病院A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A精13  | 「入院」欄   |
| 121 | A104 | 特定機能病院A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A精15  | 「入院」欄   |
| 122 | A104 | 特定機能病院B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Bー7   | 「入院」欄   |
| 123 | A104 | 特定機能病院B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Bー10  | 「入院」欄   |
| 124 | A104 | 特定機能病院B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B結7   | 「入院」欄   |
| 125 | A104 | 特定機能病院B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B結10  | 「入院」欄   |
| 126 | A104 | 特定機能病院B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B結13  | 「入院」欄   |
| 127 | A104 | 特定機能病院B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B結15  | 「入院」欄   |
| 128 | A104 | 特定機能病院B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B精7   | 「入院」欄   |
| 129 | A104 | 特定機能病院B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B精10  | 「入院」欄   |
| 130 | A104 | 特定機能病院B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B精13  | 「入院」欄   |
| 131 | A104 | 特定機能病院B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B精15  | 「入院」欄   |
| 132 | A104 | 特定機能病院C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Cー7   | 「入院」欄   |
| 133 | A104 | 特定機能病院C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Cー10  | 「入院」欄   |
| 134 | A104 | 特定機能病院C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C結7   | 「入院」欄   |
| 135 | A104 | 特定機能病院C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C結10  | 「入院」欄   |

| 項番  | 区分   | 診療行為名称等                                                    | 略号     | 対応する記載欄 |
|-----|------|------------------------------------------------------------|--------|---------|
| 136 | A104 | 特定機能病院C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C結13  | 「入院」欄   |
| 137 | A104 | 特定機能病院C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C結15  | 「入院」欄   |
| 138 | A104 | 特定機能病院C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C精7   | 「入院」欄   |
| 139 | A104 | 特定機能病院C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C精10  | 「入院」欄   |
| 140 | A104 | 特定機能病院C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C精13  | 「入院」欄   |
| 141 | A104 | 特定機能病院C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C精15  | 「入院」欄   |
| 142 | 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   |
| 143 | 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   |
| 144 | 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   |
| 145 | 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   |
| 146 | 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   |
| 147 | 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   |
| 148 | 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   |
| 149 | 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   |
| 150 | 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   |
| 151 | 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   |
| 152 | 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   |
| 153 | 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   |
| 154 | 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   |
| 155 | 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   |
| 156 | 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   |
| 157 | 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   |
| 158 | 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   |
| 159 | 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   |
| 160 | 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   |
| 161 | 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   |
| 162 | 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   |
| 163 | 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   |

| 項番  | 区分                                   | 診療行為名称等                                                                                        | 略号      | 対応する記載欄               |
|-----|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|
| 164 | 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                 |
| 165 | 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                 |
| 166 | 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                 |
| 167 | A108                                 | 有床診療所入院基本料1を算定した場合                                                                             | 診1      | 「入院」欄                 |
| 168 | A108                                 | 有床診療所入院基本料2を算定した場合                                                                             | 診2      | 「入院」欄                 |
| 169 | A108                                 | 有床診療所入院基本料3を算定した場合                                                                             | 診3      | 「入院」欄                 |
| 170 | A108                                 | 有床診療所入院基本料4を算定した場合                                                                             | 診4      | 「入院」欄                 |
| 171 | A108                                 | 有床診療所入院基本料5を算定した場合                                                                             | 診5      | 「入院」欄                 |
| 172 | A108                                 | 有床診療所入院基本料6を算定した場合                                                                             | 診6      | 「入院」欄                 |
| 173 | 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                 |
| 174 | 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                 |
| 175 | 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                 |
| 176 | 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                 |
| 177 | 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                 |
| 178 | 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                 |
| 179 | A100<br>A104<br>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                 |
| 180 | A100<br>A104<br>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                 |
| 181 | A100<br>A102<br>A103<br>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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 182 | A100<br>A101<br>A106<br>A108<br>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)受入運搬加算を算定した場合    | 重受連     | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 183 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 184 | A104<br>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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 185 | A104<br>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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 186 | A100<br>A104<br>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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 187 | A101<br>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<br>「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               |
|-----|--------------|----------------------------------------------------------------------|------|-----------------------|
| 188 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 189 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 190 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 191 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 192 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 193 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 194 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 195 | A103<br>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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 196 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 197 | A103<br>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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 198 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 199 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 200 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 201 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 202 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 203 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 204 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 205 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 206 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 207 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 208 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 209 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 210 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 211 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 212 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 213 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 214 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 215 | A108<br>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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 216 | A108<br>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<br>「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               |
|-----|--------|-------------------------------------------|---------|-----------------------|
| 217 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 218 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 219 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 220 | A109   | 栄養管理実施加算を算定した場合                           | 栄養管     | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 221 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 222 | A200   | 急性期総合体制加算1を算定した場合                         | 急総1     | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 223 | A200   | 急性期総合体制加算2を算定した場合                         | 急総2     | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 224 | A200   | 急性期総合体制加算3を算定した場合                         | 急総3     | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 225 | A200   | 急性期総合体制加算4を算定した場合                         | 急総4     | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 226 | A200   | 急性期総合体制加算5を算定した場合                         | 急総5     | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 227 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 228 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 229 | 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                   | 紹介診     | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 230 | A204-4 | 包括期充実体制加算を算定した場合                          | 包充実     | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 231 | A205   | 救急医療管理加算1を算定した場合                          | 救医1     | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 232 | A205   | 救急医療管理加算2を算定した場合                          | 救医2     | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 233 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 234 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 235 | A205-2 | 超急性期脳卒中加算を算定した場合                          | 超急      | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 236 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 237 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 238 | A207   | 診療録管理体制加算1を算定した場合                         | 録管1     | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 239 | A207   | 診療録管理体制加算2を算定した場合                         | 録管2     | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 240 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 241 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 242 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 243 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 244 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 245 | 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<br>「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               |
|-----|--------|-----------------------------------|--------|-----------------------|
| 246 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 247 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 248 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 249 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 250 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 251 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 252 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 253 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 254 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 255 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 256 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 257 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 258 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 259 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 260 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 261 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 262 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 263 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 264 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 265 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 266 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 267 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 268 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 269 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 270 | A207-5 | 電子的診療情報連携体制整備加算1                  | 入電情1   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 271 | A207-5 | 電子的診療情報連携体制整備加算2                  | 入電情2   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 272 | A208   | 乳幼児加算を算定した場合                      | 乳      | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 273 | A208   | 幼児加算を算定した場合                       | 幼      | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 274 | 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<br>「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               |
|-----|--------|---------------------------------|------|-----------------------|
| 275 | A210   | 難病患者等入院診療加算を算定した場合              | 難入   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 276 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 277 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 278 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 279 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 280 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 281 | A213   | 看護配置加算を算定した場合                   | 看配   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 282 | A214   | 看護補助加算1を算定した場合                  | 補1   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 283 | A214   | 看護補助加算2を算定した場合                  | 補2   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 284 | A214   | 看護補助加算3を算定した場合                  | 補3   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 285 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 286 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 287 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 288 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 289 | A215   | 看護・多職種協働加算1を算定した場合              | 看多協1 | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 290 | A215   | 看護・多職種協働加算2を算定した場合              | 看多協2 | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 291 | A219   | 療養環境加算を算定した場合                   | 環境   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 292 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 293 | A220-2 | 特定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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 294 | A220-2 | 特定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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 295 | A220-3 | 特定薬剤治療環境特別加算を算定した場合             | 薬剤特  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 296 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 297 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 298 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 299 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 300 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 301 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 302 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 303 | 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<br>「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               |
|-----|--------|-----------------------------------------------------------|------|-----------------------|
| 304 | A224   | 無菌治療室管理加算1を算定した場合                                         | 無菌1  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 305 | A224   | 無菌治療室管理加算2を算定した場合                                         | 無菌2  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 306 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 307 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 308 | A226   | 重症皮膚潰瘍管理加算を算定した場合                                         | 重皮潰  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 309 | A226-2 | 緩和ケア診療加算を算定した場合                                           | 緩和   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 310 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 311 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 312 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 313 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 314 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 315 | A226-4 | 小児個別栄養食事管理加算を算定した場合                                       | 小栄養  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 316 | A227   | 精神科措置入院診療加算を算定した場合                                        | 精措   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 317 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 318 | A229   | 精神科隔離室管理加算を算定した場合                                         | 精隔   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 319 | A230   | 精神科病棟入院時医学管理加算を算定した場合                                     | 精医管  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 320 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 321 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 322 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 323 | A230-5 | 精神科慢性身体合併症管理加算を算定した場合                                     | 精慢身  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 324 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 325 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 326 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 327 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 328 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 329 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 330 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 331 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 332 | A233-2 | 歯科医師連携加算を算定した場合                                           | 歯連   | 「入院」欄<br>「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               |
|-----|--------|-------------------------------------------------------------|-------|-----------------------|
| 333 | A233-3 | 口腔管理連携加算を算定した場合                                             | 口腔管   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 334 | A234   | 医療安全対策加算1を算定した場合                                            | 安全1   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 335 | A234   | 医療安全対策加算2を算定した場合                                            | 安全2   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 336 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 337 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 338 | A234-2 | 感染対策向上加算1を算定した場合                                            | 感向1   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 339 | A234-2 | 感染対策向上加算2を算定した場合                                            | 感向2   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 340 | A234-2 | 感染対策向上加算3を算定した場合                                            | 感向3   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 341 | A234-2 | 指導強化加算を算定した場合                                               | 感指    | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 342 | A234-2 | 微生物学的検査体制加算を算定した場合                                          | 感微    | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 343 | A234-2 | 連携強化加算を算定した場合                                               | 感連    | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 344 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 345 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 346 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 347 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 348 | A234-5 | 報告書管理体制加算を算定した場合                                            | 報管    | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 349 | A235   | 身体的拘束最小化推進体制加算を算定した場合                                       | 拘束小   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 350 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 351 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 352 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 353 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 354 | A237   | 地域連携分娩管理加算を算定した場合                                           | 地分娩   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 355 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 356 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 357 | A242   | 呼吸ケアチーム加算を算定した場合                                            | 呼ケア   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 358 | A242-2 | 術後疼痛管理チーム加算を算定した場合                                          | 術疼痛   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 359 | A243   | 地域支援・医薬品供給対応体制加算1を算定した場合                                    | 地薬供1  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 360 | A243   | 地域支援・医薬品供給対応体制加算2を算定した場合                                    | 地薬供2  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 361 | A243   | 地域支援・医薬品供給対応体制加算3を算定した場合                                    | 地薬供3  | 「入院」欄<br>「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               |
|-----|--------|--------------------------------------------------------|-------|-----------------------|
| 362 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 363 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 364 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 365 | A244   | 薬剤業務向上加算を算定した場合                                        | 薬業向   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 366 | A245   | データ提出加算1を算定した場合                                        | デ提1   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 367 | A245   | データ提出加算2を算定した場合                                        | デ提2   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 368 | A245   | データ提出加算3を算定した場合                                        | デ提3   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 369 | A245   | データ提出加算4を算定した場合                                        | デ提4   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 370 | A245   | 提出データ評価加算を算定した場合                                       | デ評    | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 371 | A246   | 入退院支援加算1を算定した場合                                        | 入退支1  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 372 | A246   | 入退院支援加算2を算定した場合                                        | 入退支2  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 373 | A246   | 入退院支援加算3を算定した場合                                        | 入退支3  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 374 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 375 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 376 | A246   | 小児加算を算定した場合                                            | 入退支小  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 377 | A246   | 入院時支援加算1を算定した場合                                        | 入退入1  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 378 | A246   | 入院時支援加算2を算定した場合                                        | 入退入2  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 379 | A246   | 入院事前調整加算を算定した場合                                        | 入前    | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 380 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 381 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 382 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 383 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 384 | A247   | 認知症ケア加算1を算定した場合                                        | 認ケア1  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 385 | A247   | 認知症ケア加算2を算定した場合                                        | 認ケア2  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 386 | A247   | 認知症ケア加算3を算定した場合                                        | 認ケア3  | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 387 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 388 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 389 | 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<br>「入院基本料・加算」の項 |
| 390 | 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<br>「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                |
|-----|------|--------------------------------------------------------------|------|------------------------|
| 391 | 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<br>「入院基本料・加算」の項  |
| 392 | 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<br>「入院基本料・加算」の項  |
| 393 | 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<br>「入院基本料・加算」の項  |
| 394 | A251 | 排尿自立支援加算を算定した場合                                              | 排自   | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項  |
| 395 | A252 | 地域医療体制確保加算1を算定した場合                                           | 地医体1 | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項  |
| 396 | A252 | 地域医療体制確保加算2を算定した場合                                           | 地医体2 | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項  |
| 397 | 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<br>「入院基本料・加算」の項  |
| 398 | A254 | 医療提供機能連携確保加算を算定した場合                                          | 入医提連 | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項  |
| 399 | A255 | 精神科地域密着多機能体制加算1を算定した場合                                       | 精地密1 | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項  |
| 400 | A255 | 精神科地域密着多機能体制加算2を算定した場合                                       | 精地密2 | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項  |
| 401 | A255 | 精神科地域密着多機能体制加算3を算定した場合                                       | 精地密3 | 「入院」欄<br>「入院基本料・加算」の項  |
| 402 | A300 | 救命救急入院料1を算定した場合                                              | 救命1  | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 403 | A300 | 救命救急入院料2を算定した場合                                              | 救命2  | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 404 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 405 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 406 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 407 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 408 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 409 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 410 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 411 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 412 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 413 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 414 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 415 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 416 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 417 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 418 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 419 | 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<br>「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                |
|-----|--------|-----------------------------------------------------|-------|------------------------|
| 420 | A300   | 救命救急入院料の重症患者対応体制強化加算口を算定した場合                        | 救重口   | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 421 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 422 | A300   | 救命救急入院料の広範囲熱傷管理加算を算定した場合                            | 救熱傷   | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 423 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 424 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 425 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 426 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 427 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 428 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 429 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 430 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 431 | A301   | 特定集中治療室管理料の重症患者対応体制強化加算口を算定した場合                     | 特集重口  | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 432 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 433 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 434 | A300   | 特定集中治療室管理料の広範囲熱傷管理加算を算定した場合                         | 特集熱傷  | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 435 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 436 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 437 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 438 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 439 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 440 | A301-2 | ハイケアユニット入院医療管理料の注5の入院料を算定した場合                       | ハイ注   | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 441 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 442 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 443 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 444 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 445 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 446 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 447 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 448 | 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<br>「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                |
|-----|----------------------|-----------------------------------------------------------|----------|------------------------|
| 449 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 450 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 451 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 452 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 453 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 454 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 455 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 456 | A304                 | 地域包括医療病棟入院料1を算定した場合                                       | 地包医1     | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 457 | A304                 | 地域包括医療病棟入院料2を算定した場合                                       | 地包医2     | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 458 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 459 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 460 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 461 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 462 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 463 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 464 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 465 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 466 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 467 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 468 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 469 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 470 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 471 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 472 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 473 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 474 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 475 | A306<br>A309<br>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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 476 | A306                 | 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特入管脳    | 「入院」欄                  |

| 項番  | 区分     | 診療行為名称等                                                   | 略号    | 対応する記載欄                |
|-----|--------|-----------------------------------------------------------|-------|------------------------|
| 477 | A306   | 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特入管脳 | 「入院」欄                  |
| 478 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 479 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 480 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 481 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 482 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 483 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 484 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 485 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 486 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 487 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 488 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 489 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 490 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 491 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 492 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 493 | 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                                 | 復り入1  | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 494 | 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                                 | 復り入2  | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 495 | 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                                 | 復り入3  | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 496 | 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                                 | 復り入4  | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 497 | 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                                 | 復り入5  | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 498 | 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                                | 復り入管  | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 499 | 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              | 休り体加  | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 500 | A308   | 回復期リハビリテーション病棟入院料の回復期リハビリテーション強化体制加算を算定した場合               | 復り強   | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 501 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 502 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 503 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 504 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 505 | 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<br>「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                |
|-----|--------|--------------------------------------------------------------|-----------|------------------------|
| 506 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 507 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 508 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 509 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 510 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 511 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 512 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 513 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 514 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 515 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 516 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 517 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 518 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 519 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 520 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 521 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 522 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 523 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 524 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 525 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 526 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 527 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 528 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 529 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 530 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 531 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 532 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 533 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 534 | 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<br>「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                |
|-----|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| 535 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 536 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 537 | A308-3                                   | 地域包括ケア病棟入院料について、注 <del>9</del> <del>10</del> 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 <del>9</del> <del>10</del> 適 | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 538 | A308-3                                   | 地域包括ケア病棟入院料について、注 <del>9</del> <del>11</del> 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 <del>9</del> <del>11</del> 適 | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 539 | A308-3                                   | 地域包括ケア病棟入院料について、注 <del>4</del> <del>12</del> 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 <del>4</del> <del>12</del> 適 | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 540 | A308-3                                   | 地域包括ケア病棟入院料について、注 <del>4</del> <del>13</del> 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 <del>4</del> <del>13</del> 適 | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 541 | A309                                     | 特殊疾患病棟入院料1を算定した場合                                                                               | 特疾1                             | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 542 | A309                                     | 特殊疾患病棟入院料2を算定した場合                                                                               | 特疾2                             | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 543 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 544 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 545 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 546 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 547 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 548 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 549 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 550 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 551 | A310                                     | 緩和ケア病棟入院料1を算定した場合                                                                               | 緩和1                             | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 552 | A310                                     | 緩和ケア病棟入院料2を算定した場合                                                                               | 緩和2                             | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 553 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 554 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 555 | A311                                     | 精神科救急急性期医療入院料を算定した場合                                                                            | 精救                              | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 556 | A311<br>A311-2<br>A311-3<br>A312<br>A318 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 557 | A311<br>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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 558 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 559 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 560 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 561 | 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<br>「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                |
|------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------|
| 562        | A103<br>A104<br>A311-2 | 精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟の場合)、精神科急性期治療病棟入院料の精神病棟看護・多職種協働加算を算定した場合                                                                                     | 精看多協                         | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 562<br>563 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 563<br>564 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 564<br>565 | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 565<br>566 | A312                   | 精神療養病棟入院料を算定した場合                                                                                                                                       | 精療                           | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 566        | A342                   | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 567        | A312<br>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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 568        | A312<br>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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 569        | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 570        | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 571        | 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                                                                                                                            | 認知夜                          | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 572        | A317                   | 特定一般病棟入院料1を算定した場合                                                                                                                                      | 特般1                          | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 573        | A317                   | 特定一般病棟入院料2を算定した場合                                                                                                                                      | 特般2                          | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 574        | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 575        | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 576        | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 577        | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 578        | A317                   | 特定一般病棟入院料を算定している患者について、療養病棟入院料1(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●<br>(※●は1から30の算定する数字を記載) | 「入院」欄<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 579        | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 580        | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 581        | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 582        | 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<br>「特定入院料・その他」の項 |
| 583        | －                      | 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                  |
| 584        | －                      | 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                  |
| 585        | 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                 |
| 586        | 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                  |
| 587        | A400の3                 | 短期滞在手術等基本料3の充実管理加算入院手術対応加算を算定した場合                                                                                                                      | 短手充入                         | 「入院」欄                  |
| 588        | 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                |

| 項番  | 区分     | 診療行為名称等                                 | 略号     | 対応する記載欄 |
|-----|--------|-----------------------------------------|--------|---------|
| 589 | 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 |
| 590 | 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 |
| 591 | 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 |
| 592 | 第1部通則6 | 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 |
| 593 | 第1部通則7 | 遠隔電子処方箋活用加算を算定した場合                      | 遠電処    | 「医学管理」欄 |
| 594 | 第1部通則8 | 医療提供機能連携確保加算を算定した場合                     | 外医提連   | 「医学管理」欄 |
| 595 | B000   | 特定疾患療養管理料を算定した場合                        | 特      | 「医学管理」欄 |
| 596 | 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 |
| 597 | 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 |
| 598 | 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 |
| 599 | 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 |
| 600 | 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 |
| 601 | 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 |
| 602 | 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 |
| 603 | 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 |
| 604 | 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 |
| 605 | 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 |
| 606 | 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 |
| 607 | 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 |
| 608 | 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 |
| 609 | 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 |
| 610 | 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 |
| 611 | B001の7 | 難病外来指導管理料1を算定した場合                       | 難病1    | 「医学管理」欄 |
| 612 | B001の7 | 難病外来指導管理料2を算定した場合                       | 難病2    | 「医学管理」欄 |
| 613 | 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 |
| 614 | 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 |
| 615 | 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 |
| 616 | 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 |
| 617 | 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 |
|-----|---------|----------------------------------------------|--------|---------|
| 618 | 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 |
| 619 | 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 |
| 620 | 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 |
| 621 | 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 |
| 622 | 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 |
| 623 | 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 |
| 624 | 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 |
| 625 | 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 |
| 626 | 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 |
| 627 | 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 |
| 628 | 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 |
| 629 | 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 |
| 630 | 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 |
| 631 | 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 |
| 632 | 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 |
| 633 | 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 |
| 634 | 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 |
| 635 | 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 |
| 636 | 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 |
| 637 | 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 |
| 638 | 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 |
| 639 | 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 |
| 640 | 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 |
| 641 | 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 |
| 642 | 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 |
| 643 | 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 |
| 644 | 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 |
| 645 | 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 |
| 646 | 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 |
|-----|---------|-----------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
| 647 | 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 |
| 648 | 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 |
| 649 | 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 |
| 650 | 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 |
| 651 | 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 |
| 652 | 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 |
| 653 | 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 |
| 654 | 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 |
| 655 | 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 |
| 656 | 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 |
| 657 | 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 |
| 658 | 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 |
| 659 | 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 |
| 660 | 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 |
| 661 | 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 |
| 662 | 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 |
| 663 | 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 |
| 664 | 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 |
| 665 | 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 |
| 666 | 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 |
| 667 | 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 |
| 668 | 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 |
| 669 | 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 |
| 670 | 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 |
| 671 | 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 |
| 672 | 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 |
| 673 | 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 |
| 674 | 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 |
| 675 | 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 |
|-----|----------|-------------------------------------------------------------|------|---------|
| 676 | 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 |
| 677 | 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 |
| 678 | 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 |
| 679 | 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 |
| 680 | 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 |
| 681 | 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 |
| 682 | 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 |
| 683 | 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 |
| 684 | 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 |
| 685 | 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 |
| 686 | 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 |
| 687 | 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 |
| 688 | 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 |
| 689 | 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 |
| 690 | 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 |
| 691 | 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 |
| 692 | 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 |
| 693 | 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 |
| 694 | 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 |
| 695 | B001-2-2 | 地域連携小児夜間・休日診療料の院内トリアージ実施体制加算を算定した場合                         | 地小トリ | 「医学管理」欄 |
| 696 | 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 |
| 697 | 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 |
| 698 | 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 |
| 699 | B001-2-4 | 地域連携夜間・休日診療料の院内トリアージ実施体制加算を算定した場合                           | 地域トリ | 「医学管理」欄 |
| 700 | B001-2-6 | 救急搬送医学管理料1を算定した場合                                           | 救搬医1 | 「医学管理」欄 |
| 701 | B001-2-6 | 救急搬送医学管理料2を算定した場合                                           | 救搬医2 | 「医学管理」欄 |
| 702 | B001-2-6 | 救急搬送医学管理料3を算定した場合                                           | 救搬医3 | 「医学管理」欄 |
| 703 | B001-2-6 | 夜間休日救急医学管理料1を算定した場合                                         | 夜救医1 | 「医学管理」欄 |
| 704 | B001-2-6 | 夜間休日救急医学管理料2を算定した場合                                         | 夜救医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 |
|-----|-----------|----------------------------------------------|-------|---------|
| 705 | B001-2-6  | 夜間休日救急医学管理料3を算定した場合                          | 夜救医3  | 「医学管理」欄 |
| 706 | B001-2-6  | 救急外来医学管理料の救急外来緊急検査対応加算1を算定した場合               | 救緊検1  | 「医学管理」欄 |
| 707 | B001-2-6  | 救急外来医学管理料の救急外来緊急検査対応加算2を算定した場合               | 救緊検2  | 「医学管理」欄 |
| 708 | B001-2-6  | 救急外来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                | 救精受   | 「医学管理」欄 |
| 709 | B001-2-6  | 救急外来医学管理料の救急時医療情報取得加算を算定した場合                 | 救情報   | 「医学管理」欄 |
| 710 | B001-2-6  | 救急外来医学管理料の時間外救急搬送加算のイを算定した場合                 | 救時外イ  | 「医学管理」欄 |
| 711 | B001-2-6  | 救急外来医学管理料の時間外救急搬送加算のロを算定した場合                 | 救時外ロ  | 「医学管理」欄 |
| 712 | B001-2-6  | 救急外来医学管理料の時間外救急搬送加算のハを算定した場合                 | 救時外ハ  | 「医学管理」欄 |
| 713 | B001-2-6  | 救急外来医学管理料の院内トリアージ実施体制加算を算定した場合               | 救外トリ  | 「医学管理」欄 |
| 714 | 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 |
| 715 | 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 |
| 716 | 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 |
| 717 | 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 |
| 718 | B001-2-9  | 地域包括診療料1(認知症を有する患者等の場合)を算定した場合               | 地包1認  | 「医学管理」欄 |
| 719 | B001-2-9  | 地域包括診療料1(その他の慢性疾患等を有する患者の場合)を算定した場合          | 地包1慢  | 「医学管理」欄 |
| 720 | B001-2-9  | 地域包括診療料2(認知症を有する患者等の場合)を算定した場合               | 地包2認  | 「医学管理」欄 |
| 721 | B001-2-9  | 地域包括診療料2(その他の慢性疾患等を有する患者の場合)を算定した場合          | 地包2慢  | 「医学管理」欄 |
| 722 | 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 |
| 723 | B001-2-9  | 地域包括診療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 |
| 724 | 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 |
| 725 | 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 |
| 726 | 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 |
| 727 | 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 |
| 728 | 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 |
| 729 | 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 |
| 730 | 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 |
| 731 | 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 |
| 732 | 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 |
| 733 | 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(静注製剤等の場合))を算定した場合 | 外化投静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 |
|-----|--------------------|----------------------------------------------------------|-------|---------|
| 734 | 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(静注製剤等の場合))を算定した場合 | 外化管静1 | 「医学管理」欄 |
| 735 | 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(静注製剤等の場合))を算定した場合             | 外化投静2 | 「医学管理」欄 |
| 736 | 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(静注製剤等の場合))を算定した場合 | 外化管静2 | 「医学管理」欄 |
| 737 | 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(静注製剤等の場合))を算定した場合             | 外化投静3 | 「医学管理」欄 |
| 738 | 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(静注製剤等の場合))を算定した場合 | 外化管静3 | 「医学管理」欄 |
| 739 | 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(その他の場合))を算定した場合               | 外化投皮1 | 「医学管理」欄 |
| 740 | 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(その他の場合))を算定した場合   | 外化管皮1 | 「医学管理」欄 |
| 741 | 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(その他の場合))を算定した場合               | 外化投皮2 | 「医学管理」欄 |
| 742 | 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(その他の場合))を算定した場合   | 外化管皮2 | 「医学管理」欄 |
| 743 | 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(その他の場合))を算定した場合               | 外化投皮3 | 「医学管理」欄 |
| 744 | 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(その他の場合))を算定した場合   | 外化管皮3 | 「医学管理」欄 |
| 745 | 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 |
| 746 | 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 |
| 747 | 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 |
| 748 | 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 |
| 749 | B001-3<br>B001-3-3 | 生活習慣病管理料の充実管理加算1(脂質異常症を主病とする場合)を算定した場合                   | 充1脂   | 「医学管理」欄 |
| 750 | B001-3<br>B001-3-3 | 生活習慣病管理料の充実管理加算2(脂質異常症を主病とする場合)を算定した場合                   | 充2脂   | 「医学管理」欄 |
| 751 | B001-3<br>B001-3-3 | 生活習慣病管理料の充実管理加算2(脂質異常症を主病とする場合)を算定した場合                   | 充3脂   | 「医学管理」欄 |
| 752 | B001-3<br>B001-3-3 | 生活習慣病管理料の充実管理加算1(高血圧症を主病とする場合)を算定した場合                    | 充1高   | 「医学管理」欄 |
| 753 | B001-3<br>B001-3-3 | 生活習慣病管理料の充実管理加算2(高血圧症を主病とする場合)を算定した場合                    | 充2高   | 「医学管理」欄 |
| 754 | B001-3<br>B001-3-3 | 生活習慣病管理料の充実管理加算3(高血圧症を主病とする場合)を算定した場合                    | 充3高   | 「医学管理」欄 |
| 755 | B001-3<br>B001-3-3 | 生活習慣病管理料の充実管理加算1(糖尿病を主病とする場合)を算定した場合                     | 充1糖   | 「医学管理」欄 |
| 756 | B001-3<br>B001-3-3 | 生活習慣病管理料の充実管理加算2(糖尿病を主病とする場合)を算定した場合                     | 充2糖   | 「医学管理」欄 |
| 757 | B001-3<br>B001-3-3 | 生活習慣病管理料の充実管理加算3(糖尿病を主病とする場合)を算定した場合                     | 充3糖   | 「医学管理」欄 |
| 758 | B001-3<br>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 |
| 759 | B001-3<br>B001-3-3 | 眼科医療機関連携強化加算を算定した場合                                      | 眼連強   | 「医学管理」欄 |
| 760 | B001-3<br>B001-3-3 | 歯科医療機関連携強化加算を算定した場合                                      | 歯連強   | 「医学管理」欄 |
| 761 | 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 |
| 762 | 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 |

| 項番  | 区分       | 診療行為名称等                                      | 略号    | 対応する記載欄 |
|-----|----------|----------------------------------------------|-------|---------|
| 763 | 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 |
| 764 | B001-3-3 | 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した場合(脂質異常症を主病とする場合)            | 生2脂   | 「医学管理」欄 |
| 765 | B001-3-3 | 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した場合(高血圧症を主病とする場合)             | 生2高   | 「医学管理」欄 |
| 766 | B001-3-3 | 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した場合(糖尿病を主病とする場合)              | 生2糖   | 「医学管理」欄 |
| 767 | 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 |
| 768 | B001-4   | 手術前医学管理料を算定した場合                              | 手前    | 「医学管理」欄 |
| 769 | B001-5   | 手術後医学管理料を算定した場合                              | 手後    | 「医学管理」欄 |
| 770 | 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 |
| 771 | 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 |
| 772 | B001-8   | 臍ヘルニア圧迫指導管理料を算定した場合                          | 臍へ    | 「医学管理」欄 |
| 773 | B001-9   | 療養・就労両立支援指導料(初回)を算定した場合                      | 就労1   | 「医学管理」欄 |
| 774 | B001-9   | 療養・就労両立支援指導料(2回目以降)を算定した場合                   | 就労2   | 「医学管理」欄 |
| 775 | 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 |
| 776 | 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 |
| 777 | B001-10  | 心不全再入院予防継続管理料1を算定した場合                        | 心再予1  | 「医学管理」欄 |
| 778 | B001-10  | 心不全再入院予防継続管理料2を算定した場合                        | 心再予2  | 「医学管理」欄 |
| 779 | B001-10  | 心不全再入院予防継続管理料3を算定した場合                        | 心再予3  | 「医学管理」欄 |
| 780 | B001-11  | 遺伝性疾患療養指導管理料1を算定した場合                         | 遺療指1  | 「医学管理」欄 |
| 781 | B001-11  | 遺伝性疾患療養指導管理料2(初回)を算定した場合                     | 遺療指2イ | 「医学管理」欄 |
| 782 | B001-11  | 遺伝性疾患療養指導管理料2(2回目)を算定した場合                    | 遺療指2ロ | 「医学管理」欄 |
| 783 | 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 |
| 784 | 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 |
| 785 | 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 |
| 786 | 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 |
| 787 | 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 |
| 788 | 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 |
| 789 | 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 |
| 790 | 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 |
| 791 | 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 |

| 項番  | 区分        | 診療行為名称等                                 | 略号    | 対応する記載欄 |
|-----|-----------|-----------------------------------------|-------|---------|
| 792 | 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 |
| 793 | 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 |
| 794 | 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 |
| 795 | 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 |
| 796 | 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 |
| 797 | 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 |
| 798 | 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 |
| 799 | 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 |
| 800 | 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 |
| 801 | 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 |
| 802 | 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 |
| 803 | 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 |
| 804 | 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 |
| 805 | 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 |
| 806 | 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 |
| 807 | 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 |
| 808 | 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 |
| 809 | 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 |
| 810 | 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 |
| 811 | 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 |
| 812 | 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 |
| 813 | 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 |
| 814 | B005-11   | 遠隔連携診療料(外来診療)を算定した場合                    | 遠連診外  | 「医学管理」欄 |
| 815 | B005-11   | 遠隔連携診療料(訪問診療)を算定した場合                    | 遠連他診訪 | 「医学管理」欄 |
| 816 | B005-11   | 遠隔連携診療料(入院診療)を算定した場合                    | 遠連診入  | 「医学管理」欄 |
| 817 | 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 |
| 818 | 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 |
| 819 | 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 |
| 820 | B005-14   | プログラム医療機器指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合  | プ管    | 「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 |
|-----|--------|-------------------------------------|-------|---------|
| 821 | B006   | 救急救命管理料を算定した場合                      | 救     | 「医学管理」欄 |
| 822 | 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 |
| 823 | B007   | 退院前訪問指導料を算定した場合                     | 退前    | 「医学管理」欄 |
| 824 | B007-2 | 退院後訪問指導料を算定した場合                     | 退後    | 「医学管理」欄 |
| 825 | 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 |
| 826 | 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 |
| 827 | 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 |
| 828 | 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 |
| 829 | 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 |
| 830 | 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 |
| 831 | B009   | 診療情報提供料(Ⅰ)を算定した場合                   | 情Ⅰ    | 「医学管理」欄 |
| 832 | 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 |
| 833 | 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 |
| 834 | 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 |
| 835 | 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 |
| 836 | 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 |
| 837 | 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 |
| 838 | 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 |
| 839 | 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 |
| 840 | 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 |
| 841 | 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 |
| 842 | 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 |
| 843 | 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 |
| 844 | B010   | 診療情報提供料(Ⅱ)を算定した場合                   | 情Ⅱ    | 「医学管理」欄 |
| 845 | 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 |
| 846 | B011   | 連携強化診療情報提供料を算定した場合                  | 連強情   | 「医学管理」欄 |
| 847 | B011-3 | 薬剤情報提供料を算定した場合                      | 薬情    | 「医学管理」欄 |
| 848 | 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 |
| 849 | 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 |

| 項番  | 区分                       | 診療行為名称等                                                                                                           | 略号                  | 対応する記載欄 |
|-----|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|
| 850 | 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 |
| 851 | B011-6                   | 栄養情報連携料を算定した場合                                                                                                    | 栄養情                 | 「医学管理」欄 |
| 852 | 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 |
| 853 | 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 |
| 854 | B013                     | 療養費同意書交付料を算定した場合                                                                                                  | 療                   | 「医学管理」欄 |
| 855 | 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 |
| 856 | 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 |
| 857 | 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 |
| 858 | 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 |
| 859 | 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   |
| 860 | 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   |
| 861 | 第2部通則6                   | 連携強化加算を算定した場合                                                                                                     | 在連                  | 「在宅」欄   |
| 862 | 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   |
| 863 | 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   |
| 864 | 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   |
| 865 | 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   |
| 866 | C000<br>C001             | 特別往診料を算定した場合<br>患者との直線距離が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<br>訪問診療料を算定した場合                                   | 特                   | 「在宅」欄   |
| 867 | C000<br>C005<br>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<br>行った場合<br>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<br>護を行った場合 | 支援                  | 「在宅」欄   |
| 868 | 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   |
| 869 | 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   |
| 870 | 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   |
| 871 | 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   |
| 872 | C001-2                   | 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定した場合                                                                                               | (Ⅱ)                 | 「在宅」欄   |
| 873 | C001<br>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<br>合                                                              | 難病                  | 「在宅」欄   |
| 874 | C001<br>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   |
| 875 | C001<br>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<br>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<br>(Ⅱ)タ | 「在宅」欄   |
| 876 | C001<br>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                                                                                    | 酸素                  | 「在宅」欄   |
| 877 | C001<br>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   |

| 項番  | 区分                     | 診療行為名称等                                                       | 略号     | 対応する記載欄 |
|-----|------------------------|---------------------------------------------------------------|--------|---------|
| 878 | C001<br>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   |
| 879 | C001<br>C003           | 在宅医療DX情報活用加算を算定した場合                                           | 在DX    | 「在宅」欄   |
| 880 | 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   |
| 881 | 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   |
| 882 | 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   |
| 883 | 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   |
| 884 | 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   |
| 885 | 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            | 在医総管内減 | 「在宅」欄   |
| 886 | C002                   | 在宅時医学総合管理料の100分の60に相当する点数を算定した場合                              | 在医総管減  | 「在宅」欄   |
| 887 | 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   |
| 888 | 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   |
| 889 | 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            | 施医総管外減 | 「在宅」欄   |
| 890 | 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         | 施医総管内減 | 「在宅」欄   |
| 891 | C002                   | 施設入居時等医学総合管理料の100分の60に相当する点数を算定した場合                           | 施医総管減  | 「在宅」欄   |
| 892 | C002<br>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   |
| 893 | C002<br>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   |
| 894 | C002<br>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   |
| 895 | C002<br>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   |
| 896 | C002<br>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   |
| 897 | C002<br>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   |
| 898 | C002<br>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   |
| 899 | C002<br>C002-2<br>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   |
| 900 | C002<br>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   |
| 901 | 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   |
| 902 | 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   |
| 903 | 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   |
| 904 | C004                   | 救急搬送診療料を算定した場合                                                | 搬送診療   | 「在宅」欄   |
| 905 | 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   |
| 906 | 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   |

| 項番  | 区分               | 診療行為名称等                                                                                | 略号                       | 対応する記載欄 |
|-----|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|
| 907 | C004-2           | 救急患者連携搬送料1のイを算定した場合                                                                    | 搬送連1イ                    | 「在宅」欄   |
| 908 | C004-2           | 救急患者連携搬送料1のロを算定した場合                                                                    | 搬送連1ロ                    | 「在宅」欄   |
| 909 | C004-2           | 救急患者連携搬送料2のイを算定した場合                                                                    | 搬送連2イ                    | 「在宅」欄   |
| 910 | C004-2           | 救急患者連携搬送料2のロを算定した場合                                                                    | 搬送連2ロ                    | 「在宅」欄   |
| 911 | C005<br>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<br>訪問看護(同一)         | 「在宅」欄   |
| 912 | C005<br>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<br>訪問看護難病(同一)     | 「在宅」欄   |
| 913 | C005<br>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<br>訪問看護急性(同一)     | 「在宅」欄   |
| 914 | C005<br>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<br>訪問看護専門(同一)     | 「在宅」欄   |
| 915 | C005<br>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   |
| 916 | C005<br>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<br>訪問看護緊急(同一)     | 「在宅」欄   |
| 917 | C005<br>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<br>訪問看護別定長時(同一) | 「在宅」欄   |
| 918 | C005<br>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<br>訪問看護長時(同一)     | 「在宅」欄   |
| 919 | C005<br>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<br>訪問看護乳(同一)       | 「在宅」欄   |
| 920 | C005<br>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   |
| 921 | C005<br>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                                   | 複訪看護                     | 「在宅」欄   |
| 922 | C005<br>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。)              | 複訪看護ハ                    | 「在宅」欄   |
| 923 | C005<br>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)                  | 複訪看護ニ                    | 「在宅」欄   |
| 924 | C005<br>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<br>訪問看護連携(同一)     | 「在宅」欄   |
| 925 | C005<br>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<br>訪問看護カン(同一)     | 「在宅」欄   |
| 926 | C005<br>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<br>同タ在                | 「在宅」欄   |
| 927 | C005<br>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<br>同タ施                | 「在宅」欄   |
| 928 | C005<br>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   |
| 929 | C005<br>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   |
| 930 | C005<br>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   |
| 931 | C005<br>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   |
| 932 | C005<br>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<br>訪問看護看介(同一)     | 「在宅」欄   |
| 933 | C005<br>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のイを算定した場合                                      | 訪問看護特地イ<br>訪問看護特地イ(同一)   | 「在宅」欄   |
| 934 | C005<br>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のロを算定した場合                                      | 訪問看護特地ロ<br>訪問看護特地ロ(同一)   | 「在宅」欄   |
| 935 | C005<br>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・指導料の注16専門管理加算のイを算定した場合                                       | 訪問特研イ                    | 「在宅」欄   |

| 項番  | 区分               | 診療行為名称等                                                                           | 略号    | 対応する記載欄 |
|-----|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
| 936 | C005<br>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・指導料の注16専門管理加算の口を算定した場合                                  | 訪問特研口 | 「在宅」欄   |
| 937 | C005<br>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   |
| 938 | C005<br>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   |
| 939 | C005<br>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情報連携加算を算定した場合                                 | 訪看情連  | 「在宅」欄   |
| 940 | C005-1-3         | 訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合                                                                | 訪看遠診助 | 「在宅」欄   |
| 941 | 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   |
| 942 | 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   |
| 943 | 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   |
| 944 | 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   |
| 945 | 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   |
| 946 | C007             | 訪問看護指示料を算定した場合                                                                    | 訪問指示  | 「在宅」欄   |
| 947 | 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   |
| 948 | 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   |
| 949 | 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   |
| 950 | 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   |
| 951 | 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   |
| 952 | 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   |
| 953 | 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   |
| 954 | 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   |
| 955 | 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   |
| 956 | C010             | 在宅患者連携指導料を算定した場合                                                                  | 在宅連携  | 「在宅」欄   |
| 957 | 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   |
| 958 | 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   |
| 959 | C012-2           | 訪問診療薬剤師同時指導料を算定した場合                                                               | 訪医薬同  | 「在宅」欄   |
| 960 | 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   |
| 961 | 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   |
| 962 | 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   |
| 963 | 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   |
| 964 | C100             | 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合                                                               | 前     | 「在宅」欄   |

| 項番  | 区分     | 診療行為名称等                                     | 略号     | 対応する記載欄 |
|-----|--------|---------------------------------------------|--------|---------|
| 965 | 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   |
| 966 | C101   | 在宅自己注射指導管理料を算定した場合                          | 注      | 「在宅」欄   |
| 967 | 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   |
| 968 | 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   |
| 969 | 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   |
| 970 | 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   |
| 971 | 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   |
| 972 | C102   | 在宅自己腹膜灌流指導管理料1を算定した場合                       | 灌1     | 「在宅」欄   |
| 973 | C102   | 在宅自己腹膜灌流指導管理料1の遠隔モニタリング加算を算定した場合            | 遠モニ    | 「在宅」欄   |
| 974 | C102   | 在宅自己腹膜灌流指導管理料2を算定した場合                       | 灌2     | 「在宅」欄   |
| 975 | 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   |
| 976 | C103   | 在宅酸素療法指導管理料を算定した場合                          | 酸      | 「在宅」欄   |
| 977 | 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   |
| 978 | 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   |
| 979 | 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   |
| 980 | 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   |
| 981 | 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   |
| 982 | C106   | 在宅自己導尿指導管理料を算定した場合                          | 尿      | 「在宅」欄   |
| 983 | C107   | 在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合                          | 人      | 「在宅」欄   |
| 984 | 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   |
| 985 | 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   |
| 986 | 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   |
| 987 | 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   |
| 988 | C107-3 | 在宅ハイフローセラピー指導管理料1を算定した場合                    | ハイセ1   | 「在宅」欄   |
| 989 | C107-3 | 在宅ハイフローセラピー指導管理料2を算定した場合                    | ハイセ2   | 「在宅」欄   |
| 990 | C108   | 在宅麻薬等注射指導管理料(悪性腫瘍の場合)を算定した場合                | 在麻注悪   | 「在宅」欄   |
| 991 | C108   | 在宅麻薬等注射指導管理料(筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合)を算定した場合 | 在麻注筋   | 「在宅」欄   |
| 992 | C108   | 在宅麻薬等注射指導管理料(心不全、呼吸器疾患又は腎不全の場合)を算定した場合      | 在麻注心呼腎 | 「在宅」欄   |
| 993 | 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   |

| 項番   | 区分               | 診療行為名称等                                          | 略号   | 対応する記載欄 |
|------|------------------|--------------------------------------------------|------|---------|
| 994  | 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   |
| 995  | 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   |
| 996  | 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   |
| 997  | C110-2           | 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合         | 振情   | 「在宅」欄   |
| 998  | C110-2<br>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   |
| 999  | 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   |
| 1000 | 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   |
| 1001 | 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   |
| 1002 | 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   |
| 1003 | 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   |
| 1004 | 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   |
| 1005 | 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   |
| 1006 | 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   |
| 1007 | 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   |
| 1008 | 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   |
| 1009 | 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   |
| 1010 | 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   |
| 1011 | 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   |
| 1012 | C150             | 血糖自己測定器加算を算定した場合                                 | 注糖   | 「在宅」欄   |
| 1013 | 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   |
| 1014 | C151             | 注入器加算を算定した場合                                     | 入    | 「在宅」欄   |
| 1015 | 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   |
| 1016 | C152-2           | 持続血糖測定器加算を算定した場合                                 | 持血   | 「在宅」欄   |
| 1017 | 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   |
| 1018 | C153             | 注入器用注射針加算を算定した場合                                 | 針    | 「在宅」欄   |
| 1019 | C154             | 紫外線殺菌器加算を算定した場合                                  | 紫    | 「在宅」欄   |
| 1020 | C155             | 自動腹膜灌流装置加算を算定した場合                                | 自腹   | 「在宅」欄   |
| 1021 | C156             | 透析液供給装置加算を算定した場合                                 | 透液   | 「在宅」欄   |
| 1022 | C157             | 酸素ポンプ加算を算定した場合                                   | ポ    | 「在宅」欄   |

| 項番   | 区分           | 診療行為名称等                                         | 略号   | 対応する記載欄  |
|------|--------------|-------------------------------------------------|------|----------|
| 1023 | C157<br>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    |
| 1024 | C158         | 酸素濃縮装置加算を算定した場合                                 | 濃    | 「在宅」欄    |
| 1025 | C159         | 液化酸素装置加算を算定した場合                                 | 液    | 「在宅」欄    |
| 1026 | 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    |
| 1027 | 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    |
| 1028 | C161         | 注入ポンプ加算を算定した場合                                  | 注ポ   | 「在宅」欄    |
| 1029 | 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    |
| 1030 | 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    |
| 1031 | C163         | 特殊カテーテル加算の「1」を算定した場合                            | サ    | 「在宅」欄    |
| 1032 | C163         | 特殊カテーテル加算の「2」を算定した場合                            | カ    | 「在宅」欄    |
| 1033 | C163         | 特殊カテーテル加算の「3」を算定した場合                            | バ    | 「在宅」欄    |
| 1034 | 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    |
| 1035 | 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    |
| 1036 | 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    |
| 1037 | 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    |
| 1038 | 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    |
| 1039 | 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    |
| 1040 | C167         | 疼痛等管理用送信器加算を算定した場合                              | 疼信   | 「在宅」欄    |
| 1041 | 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    |
| 1042 | 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    |
| 1043 | 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    |
| 1044 | C170         | 排痰補助装置加算を算定した場合                                 | 排痰   | 「在宅」欄    |
| 1045 | C171         | 在宅酸素療法材料加算を算定した場合                               | 酸材   | 「在宅」欄    |
| 1046 | 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    |
| 1047 | 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    |
| 1048 | 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    |
| 1049 | 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    |
| 1050 | 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    |
| 1051 | D005         | 特殊染色加算を算定した場合                                   | 特染   | 「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  |
|------|---------|-----------------------------------------------|-----|----------|
| 1052 | 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 |
| 1053 | 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 |
| 1054 | D018    | 嫌気性培養加算を算定した場合                                | 嫌培  | 「検査・病理」欄 |
| 1055 | 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 |
| 1056 | D026    | 尿・糞便等検査判断料を算定した場合                             | 判尿  | 「検査・病理」欄 |
| 1057 | D026    | 遺伝子関連・染色体検査判断料                                | 判遺  | 「検査・病理」欄 |
| 1058 | D026    | 血液学的検査判断料を算定した場合                              | 判血  | 「検査・病理」欄 |
| 1059 | 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 |
| 1060 | 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 |
| 1061 | D026    | 免疫学的検査判断料を算定した場合                              | 判免  | 「検査・病理」欄 |
| 1062 | 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 |
| 1063 | 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 |
| 1064 | 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 |
| 1065 | 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 |
| 1066 | 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 |
| 1067 | D026    | 国際標準検査管理加算を算定した場合                             | 国標検 | 「検査・病理」欄 |
| 1068 | D026    | 骨髄像診断加算を算定した場合                                | 骨診  | 「検査・病理」欄 |
| 1069 | 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 |
| 1070 | 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 |
| 1071 | 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 |
| 1072 | 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 |
| 1073 | 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 |
| 1074 | D206    | 血管内視鏡検査加算を算定した場合                              | 血内  | 「検査・病理」欄 |
| 1075 | 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 |
| 1076 | 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 |
| 1077 | 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 |
| 1078 | D217    | 大腿骨同時撮影加算を算定した場合                              | 腿撮  | 「検査・病理」欄 |
| 1079 | D238    | 脳波検査判断料1を算定した場合                               | 判脳1 | 「検査・病理」欄 |
| 1080 | D238    | 脳波検査判断料2を算定した場合                               | 判脳2 | 「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  |
|------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------|----------|
| 1081 | D241                                   | 神経・筋検査判断料を算定した場合                                              | 判神   | 「検査・病理」欄 |
| 1082 | D256                                   | 広角眼底撮影加算を算定した場合                                               | 広眼   | 「検査・病理」欄 |
| 1083 | 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 |
| 1084 | D306<br>D308<br>D310<br>D312<br>D313   | 粘膜点墨法加算を算定した場合                                                | 墨    | 「検査・病理」欄 |
| 1085 | D306<br>D308<br>D313<br>D317<br>D317-2 | 狭帯域光強調加算を算定した場合                                               | 狭光   | 「検査・病理」欄 |
| 1086 | 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 |
| 1087 | 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 |
| 1088 | 第1節<br>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 |
| 1089 | 第1節<br>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 |
| 1090 | 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 |
| 1091 | 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  |
| 1092 | 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  |
| 1093 | 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  |
| 1094 | 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  |
| 1095 | 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  |
| 1096 | 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  |
| 1097 | 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  |
| 1098 | 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  |
| 1099 | 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  |
| 1100 | 第4部通則5                                 | 核医学診断について、画像診断管理加算2(一部委託を行う場合)を算定した場合                         | 核画2委 | 「画像診断」欄  |
| 1101 | 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(一部委託を行う場合)を算定した場合                   | コ画2委 | 「画像診断」欄  |
| 1102 | 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  |
| 1103 | 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  |
| 1104 | 第4部通則5                                 | 核医学診断について、画像診断管理加算4を算定した場合                                    | 核画4  | 「画像診断」欄  |
| 1105 | 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4を算定した場合                              | コ画4  | 「画像診断」欄  |
| 1106 | 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  |
| 1107 | F100                                   | 特定疾患処方管理加算を算定した場合                                             | 特処   | 「投薬」欄    |

| 項番   | 区分                                     | 診療行為名称等                                                                                                                                                | 略号    | 対応する記載欄 |
|------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
| 1108 | 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   |
| 1109 | 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   |
| 1110 | 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   |
| 1111 | 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   |
| 1112 | F100                                   | 向精神薬調整連携加算を算定した場合                                                                                                                                      | 向調連   | 「投薬」欄   |
| 1113 | 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<br>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<br>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<br>た場合 | 減     | 「投薬」欄   |
| 1114 | 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<br>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、<br>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   |
| 1115 | F500                                   | 院内製剤加算を算定した場合                                                                                                                                          | 院     | 「投薬」欄   |
| 1116 | －                                      | 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<br>品を投与した場合                                                                                             | 薬評    | 「投薬」欄   |
| 1117 | F400                                   | 特定疾患処方管理加算を算定した場合                                                                                                                                      | 特処    | 「その他」欄  |
| 1118 | 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  |
| 1119 | F400                                   | 一般名処方加算1を算定した場合                                                                                                                                        | 一般1   | 「その他」欄  |
| 1120 | F400                                   | 一般名処方加算2を算定した場合                                                                                                                                        | 一般2   | 「その他」欄  |
| 1121 | 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  |
| 1122 | 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   |
| 1123 | 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   |
| 1124 | 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   |
| 1125 | 第6部通則10                                | 看護師等遠隔診療注射実施料                                                                                                                                          | 看遠診注  | 「注射」欄   |
| 1126 | G004<br>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   |
| 1127 | G020                                   | 無菌製剤処理料の「1」を算定した場合                                                                                                                                     | 菌1    | 「注射」欄   |
| 1128 | G020                                   | 無菌製剤処理料の「2」を算定した場合                                                                                                                                     | 菌2    | 「注射」欄   |
| 1129 | 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   |
| 1130 | G020                                   | 無菌製剤処理料の「1」の「イ」を算定した場合であって、投与時閉鎖式接続器具使用加算を算定した場合                                                                                                       | 菌1器投  | 「注射」欄   |
| 1131 | 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<br>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<br>合                                                 | その他薬剤 | 「注射」欄   |
| 1132 | －                                      | 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<br>品を投与した場合                                                                                             | 薬評    | 「注射」欄   |
| 1133 | H000<br>H001<br>H001-2<br>H002<br>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  |

| 項番   | 区分                                       | 診療行為名称等                                                                                             | 略号    | 対応する記載欄 |
|------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
| 1134 | H000<br>H001<br>H001-2<br>H002<br>H003   | 初期加算を算定した場合                                                                                         | 初期    | 「その他」欄  |
| 1135 | H000<br>H001<br>H001-2<br>H002<br>H003   | 急性期リハビリテーション加算を算定した場合                                                                               | 急り加   | 「その他」欄  |
| 1136 | H000<br>H001<br>H001-2<br>H002<br>H003   | 休日リハビリテーション加算を算定した場合                                                                                | 休り加   | 「その他」欄  |
| 1137 | H000<br>H001<br>H001-2<br>H002<br>H003   | 100分の90に相当する点数により算定した場合                                                                             | 離床減   | 「その他」欄  |
| 1138 | H001<br>H001-2<br>H002                   | 入院中の要介護被保険者等に対して、標準算定日数を超えて、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 | 介離減   | 「その他」欄  |
| 1139 | 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  |
| 1140 | 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  |
| 1141 | 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                                                                            | 短り加   | 「その他」欄  |
| 1142 | H007-4                                   | リンパ浮腫複合的治療料の「1」を算定した場合                                                                              | り複治1  | 「その他」欄  |
| 1143 | H007-4                                   | リンパ浮腫複合的治療料の「2」を算定した場合                                                                              | り複治2  | 「その他」欄  |
| 1144 | IO01<br>IO02<br>IO11                     | 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  |
| 1145 | IO02                                     | 通院・在宅精神療法の100分の50に相当する点数を算定した場合                                                                     | 精多削減  | 「その他」欄  |
| 1146 | IO02                                     | 通院・在宅精神療法の100分の60に相当する点数を算定した場合                                                                     | 精非指減  | 「その他」欄  |
| 1147 | IO02<br>IO02-2                           | 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  |
| 1148 | IO02-2                                   | 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  |
| 1149 | IO08-2                                   | 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  |
| 1150 | IO08-2<br>IO09<br>IO10<br>IO10-2<br>IO15 | 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  |
| 1151 | IO09                                     | 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  |
| 1152 | IO09<br>IO10<br>IO10-2                   | 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  |
| 1153 | IO10-2                                   | 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  |

| 項番   | 区分     | 診療行為名称等                                                  | 略号       | 対応する記載欄 |
|------|--------|----------------------------------------------------------|----------|---------|
| 1154 | I011-2 | 精神科退院前訪問指導料の必要があつ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  |
| 1155 | 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  |
| 1156 | 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  |
| 1157 | 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  |
| 1158 | 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  |
| 1159 | 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  |
| 1160 | 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  |
| 1161 | 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  |
| 1162 | 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  |
| 1163 | 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  |
| 1164 | 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  |
| 1165 | 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  |
| 1166 | 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  |
| 1167 | 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  |
| 1168 | 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  |
| 1169 | 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  |
| 1170 | 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  |
| 1171 | 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  |
| 1172 | 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  |
| 1173 | 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  |
| 1174 | 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  |
| 1175 | 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  |
| 1176 | 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  |
| 1177 | I012   | 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の特別地域訪問看護加算のイを算定した場合                       | 精訪看Ⅰ特地イ  | 「その他」欄  |
| 1178 | I012   | 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の特別地域訪問看護加算のロを算定した場合                       | 精訪看Ⅰ特地ロ  | 「その他」欄  |
| 1179 | I012   | 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の特別地域訪問看護加算のイを算定した場合                       | 精訪看Ⅲ特地イ  | 「その他」欄  |
| 1180 | I012   | 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の特別地域訪問看護加算のロを算定した場合                       | 精訪看Ⅲ特地ロ  | 「その他」欄  |
| 1181 | 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  |
| 1182 | 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  |

| 項番   | 区分                            | 診療行為名称等                                                                | 略号   | 対応する記載欄             |
|------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------|---------------------|
| 1183 | 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              |
| 1184 | 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              |
| 1185 | 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              |
| 1186 | 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              |
| 1187 | 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              |
| 1188 | 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              |
| 1189 | 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              |
| 1190 | 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              |
| 1191 | 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              |
| 1192 | 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              |
| 1193 | 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              |
| 1194 | 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              |
| 1195 | 第9部通則5<br>第10部通則12<br>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<br>「手術・麻酔」欄 |
| 1196 | 第9部通則5<br>第10部通則12<br>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<br>「手術・麻酔」欄 |
| 1197 | 第9部通則5<br>第10部通則12<br>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<br>「手術・麻酔」欄 |
| 1198 | 第9部通則5<br>第10部通則12<br>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<br>「手術・麻酔」欄 |
| 1199 | 第9部通則9                        | 看護師等遠隔診療処置実施料                                                          | 看遠診処 | 「処置」欄又は<br>「手術・麻酔」欄 |
| 1200 | 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<br>「手術・麻酔」欄 |
| 1201 | 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<br>「手術・麻酔」欄 |
| 1202 | 第10部通則8<br>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<br>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<br>「手術・麻酔」欄 |
| 1203 | 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<br>「手術・麻酔」欄 |
| 1204 | 第9部第1節<br>第10部通則7<br>第11部通則2  | 処置の新生児加算を算定した場合<br>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<br>麻酔の新生児加算を算定した場合 | 新    | 「処置」欄又は<br>「手術・麻酔」欄 |
| 1205 | 第9部第1節<br>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<br>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<br>「手術・麻酔」欄 |
| 1206 | 第10部通則22                      | 臓器移植実施体制確保加算を算定した場合                                                    | 移植確  | 「手術・麻酔」欄            |
| 1207 | 第10部通則23                      | 外科医療確保特別加算を算定した場合                                                      | 外確特  | 「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         |
|------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------|
| 1208 | 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 |
| 1209 | J038<br>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 |
| 1210 | -              | 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<br>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 |
| 1211 | -              | 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 |
| 1212 | 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 |
| 1213 | 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 |
| 1214 | 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 |
| 1215 | 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 |
| 1216 | 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 |
| 1217 | 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 |
| 1218 | 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 |
| 1219 | 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        |
| 1220 | 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 |
| 1221 | 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 |
| 1222 | 第12部           | 放射線治療料を算定した場合                                                                                                                                                                                                                                                | 放   | 「その他」欄          |
| 1223 | 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          |
| 1224 | 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          |
| 1225 | 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          |
| 1226 | 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          |
| 1227 | M000           | 放射線治療管理料を算定した場合                                                                                                                                                                                                                                              | 放管  | 「その他」欄          |
| 1228 | 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          |
| 1229 | 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          |
| 1230 | 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          |
| 1231 | 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          |
| 1232 | 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          |
| 1233 | 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          |
| 1234 | 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        |

| 項番   | 区分   | 診療行為名称等                                | 略号                             | 対応する記載欄  |
|------|------|----------------------------------------|--------------------------------|----------|
| 1235 | 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 |
| 1236 | 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 |
| 1237 | 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 |
| 1238 | 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 |
| 1239 | N006 | 国際標準病理診断管理加算を算定した場合                    | 国標病                            | 「検査・病理」欄 |
| 1240 | N007 | 病理判断料を算定した場合                           | 判病判                            | 「検査・病理」欄 |
| 1241 | O000 | 看護職員処遇改善評価料1～165を算定した場合                | 看処遇●<br>(※●は1から165の算定する数字を記載)  | 「その他」欄   |
| 1242 | O001 | 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   |
| 1243 | O001 | 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   |
| 1244 | O001 | 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   |
| 1245 | O001 | 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   |
| 1246 | O002 | 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1～24の初診時又は訪問診療を算定した場合 | 外ベアⅡ●<br>(※●は1から24の算定する数字を記載)  | 「その他」欄   |
| 1247 | O002 | 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1～24の再診時等を算定した場合      | 外ベアⅡ再●<br>(※●は1から24の算定する数字を記載) | 「その他」欄   |
| 1248 | O003 | 入院ベースアップ評価料1～500を算定した場合                | 入ベア●<br>(※●は1から500の算定する数字を記載)  | 「その他」欄   |
| 1249 | O100 | 外来・在宅物価対応料初診時を算定した場合                   | 外物価初                           | 「その他」欄   |
| 1250 | O100 | 外来・在宅物価対応料再診時を算定した場合                   | 外物価再                           | 「その他」欄   |
| 1251 | O100 | 外来・在宅物価対応料訪問診療時を算定した場合                 | 外物価訪                           | 「その他」欄   |
| 1252 | O100 | 入院物価対応料イ～ヘンを算定した場合                     | 入物価●<br>(※●はイからヘンの算定する記号を記載)   | 「その他」欄   |
| 1253 | 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    |
| 1254 | 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、口に代えて( )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ると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Ⅴ 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<br>※電子計算機の場合は全体の「その他」欄に表示 | 特     | 初診<br>「時間外」の文字の上※ |
| 2  | A000     | 地域歯科医療加算を算定した場合                                 | 地歯    | 全体「その他」欄          |
| 3  | A000     | 電子的歯科診療情報連携体制整備加算1を算定した場合                       | 医歯DX1 | 全体「その他」欄          |
| 4  | A000     | 電子的歯科診療情報連携体制整備加算2を算定した場合                       | 歯DX2  | 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<br>「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<br>※電子計算機の場合は全体の「その他」欄に表示 | 特     | 再診<br>「時間外」の文字の上※ |
| 7  | A002     | 地域歯科医療加算を算定した場合                                 | 地歯    | 全体「その他」欄          |
| 8  | A002     | 電子的歯科診療情報連携体制整備加算を算定した場合                        | 歯DX   | 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<br>「その他」欄      |
| 10 | B000-5   | 周術期等口腔機能管理計画策定料1を算定した場合                         | 周計1   | 管理・リハ<br>「その他」欄   |
| 11 | B000-5   | 周術期等口腔機能管理計画策定料2を算定した場合                         | 周計2   | 管理・リハ<br>「その他」欄   |
| 12 | 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<br>「その他」欄   |
| 13 | 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<br>「その他」欄   |
| 14 | 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<br>「その他」欄   |
| 15 | 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<br>「その他」欄   |
| 16 | B000-8   | 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)                                  | 周(Ⅲ)  | 管理・リハ<br>「その他」欄   |
| 17 | B000-9   | 周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)                                  | 周(Ⅳ)  | 管理・リハ<br>「その他」欄   |
| 18 | B000-10  | 回復期等口腔機能管理計画策定料1を算定した場合                         | 回計1   | 管理・リハ<br>「その他」欄   |
| 19 | B000-10  | 回復期等口腔機能管理計画策定料2を算定した場合                         | 回計2   | 管理・リハ<br>「その他」欄   |
| 20 | B000-11  | 回復期等口腔機能管理料                                     | 回機能   | 管理・リハ<br>「その他」欄   |
| 21 | B002     | 歯科特定疾患療養管理料を算定した場合                              | 特疾管   | 全体<br>「その他」欄      |
| 22 | 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<br>「その他」欄      |
| 23 | 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<br>「その他」欄   |
| 24 | B003     | 特定薬剤治療管理料を算定した場合                                | 薬     | 全体<br>「その他」欄      |
| 25 | B004     | 悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合                            | 悪     | 全体<br>「その他」欄      |
| 26 | 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<br>「その他」欄      |
| 27 | 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<br>「その他」欄      |
| 28 | 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<br>「その他」欄      |
| 29 | 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<br>「その他」欄      |

| 項番 | 区分       | 診療行為名称等                                                                           | 略号    | 記載欄                  |
|----|----------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------|
| 30 | 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<br>「その他」欄         |
| 31 | 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<br>「その他」欄         |
| 32 | 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<br>「その他」欄         |
| 33 | B004-2   | 手術前医学管理料を算定した場合                                                                   | 手前    | 全体<br>「その他」欄         |
| 34 | B004-3   | 手術後医学管理料を算定した場合                                                                   | 手後    | 全体<br>「その他」欄         |
| 35 | 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<br>「その他」欄      |
| 36 | B005     | 開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合                                                              | 開Ⅰ    | 全体<br>「その他」欄         |
| 37 | B006     | 開放型病院共同指導料(Ⅱ)を算定した場合                                                              | 開Ⅱ    | 全体<br>「その他」欄         |
| 38 | 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<br>「その他」欄         |
| 39 | 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<br>「その他」欄         |
| 40 | B006-4   | 歯科遠隔連携診療料を算定した場合                                                                  | 歯遠隔   | 全体<br>「その他」欄         |
| 41 | B007     | 退院前訪問指導料を算定した場合                                                                   | 退前    | 全体<br>「その他」欄         |
| 42 | 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<br>「その他」欄         |
| 43 | 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<br>「その他」欄         |
| 44 | 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<br>「その他」欄         |
| 45 | 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<br>「その他」欄         |
| 46 | B009     | 診療情報提供料(Ⅰ)を算定した場合                                                                 | 情Ⅰ    | 全体<br>「その他」欄         |
| 47 | 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<br>「その他」欄         |
| 48 | 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<br>「その他」欄         |
| 49 | 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<br>「その他」欄         |
| 50 | 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<br>「その他」欄         |
| 51 | 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<br>「その他」欄         |
| 52 | 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<br>「その他」欄         |
| 53 | B010     | 診療情報提供料(Ⅱ)を算定した場合                                                                 | 情Ⅱ    | 全体<br>「その他」欄         |
| 54 | B011     | 診療情報等連携共有料1                                                                       | 情共1   | 全体<br>「その他」欄         |
| 55 | B011     | 診療情報等連携共有料2                                                                       | 情共2   | 全体<br>「その他」欄         |
| 56 | B011-2   | 連携強化診療情報提供料                                                                       | 連情    | 全体<br>「その他」欄         |
| 57 | 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<br>「その他」欄         |
| 58 | B012     | 傷病手当金意見書交付料を算定した場合                                                                | 傷     | 全体<br>「その他」欄         |
| 59 | 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<br>「その他」欄 |

| 項番 | 区分     | 診療行為名称等                                                                      | 略号      | 記載欄                  |
|----|--------|------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| 60 | 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<br>「その他」欄 |
| 61 | 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<br>「その他」欄         |
| 62 | 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<br>「その他」欄         |
| 63 | 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<br>「その他」欄         |
| 64 | 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<br>「その他」欄         |
| 65 | 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<br>「その他」欄         |
| 66 | 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<br>「その他」欄         |
| 67 | 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<br>「その他」欄         |
| 68 | 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<br>「その他」欄         |
| 69 | 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<br>「その他」欄         |
| 70 | 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<br>「その他」欄         |
| 71 | 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<br>「その他」欄         |
| 72 | 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<br>「その他」欄         |
| 73 | C000   | 区分番号C000の注16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<br>「その他」欄         |
| 74 | C000   | 区分番号C000の注16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<br>「その他」欄         |
| 75 | 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<br>「その他」欄         |
| 76 | C000   | 区分番号C000の注20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<br>「その他」欄         |
| 77 | C000   | 区分番号C000の注20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<br>「その他」欄         |
| 78 | 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回復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                |
| 79 | 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                |
| 80 | 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                |
| 81 | 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<br>「その他」欄         |
| 82 | C000   | 在宅医療DX情報活用加算を算定した場合                                                          | 在DX     | 全体<br>「その他」欄         |
| 83 | C000   | 医科連携訪問加算を算定した場合                                                              | 医訪      | 全体<br>「その他」欄         |
| 84 | 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<br>「その他」欄         |
| 85 | 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<br>「その他」欄         |
| 86 | 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<br>「その他」欄         |
| 87 | 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<br>「その他」欄         |
| 88 | C001   | 訪問歯科衛生指導料の注4に規定する特別の関係にある保険医療機関等において訪問歯科衛生指導料を算定した場合                         | 特訪      | 全体<br>「その他」欄         |
| 89 | 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<br>「その他」欄         |

| 項番  | 区分               | 診療行為名称等                                                                  | 略号        | 記載欄             |
|-----|------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|
| 90  | 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<br>「その他」欄    |
| 91  | 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<br>「その他」欄    |
| 92  | 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<br>「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2を算定した場合                                         | 医連2       | 全体<br>「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情報連携加算を算定した場合                                        | 医情連       | 全体<br>「その他」欄    |
| 95  | 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<br>「その他」欄    |
| 96  | 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<br>「その他」欄    |
| 97  | C001-5<br>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<br>「その他」欄    |
| 98  | C001-5<br>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<br>「その他」欄    |
| 99  | C001-5<br>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<br>「その他」欄    |
| 100 | C001-5<br>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<br>「その他」欄    |
| 101 | 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<br>「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2を算定した場合                              | 医連2       | 全体<br>「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情報連携加算を算定した場合                             | 医情連       | 全体<br>「その他」欄    |
| 104 | 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<br>「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<br>「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2を算定した場合                          | 小医連2      | 全体<br>「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在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合                           | 医情連       | 全体<br>「その他」欄    |
| 108 | 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<br>「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2を算定した場合                                              | NST2      | 全体<br>「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3を算定した場合                                              | NST3      | 全体<br>「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4を算定した場合                                              | NST4      | 全体<br>「その他」欄    |
| 112 | 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<br>「その他」欄    |
| 113 | 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<br>「その他」欄    |
| 114 | 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「菌検」欄      |
| 115 | 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      |
| 116 | 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<br>「その他」欄 |
| 117 | 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<br>「その他」欄 |
| 118 | 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<br>「その他」欄 |
| 119 | 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<br>「その他」欄 |

| 項番  | 区分               | 診療行為名称等                                                    | 略号        | 記載欄             |
|-----|------------------|------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|
| 120 | 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<br>「その他」欄 |
| 121 | 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<br>「その他」欄 |
| 122 | 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<br>「その他」欄 |
| 123 | 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<br>「その他」欄 |
| 124 | D011-2           | 咀嚼能力検査1を算定した場合                                             | 咀嚼1       | X線・検査<br>「その他」欄 |
| 125 | D011-2           | 咀嚼能力検査2を算定した場合                                             | 咀嚼2       | X線・検査<br>「その他」欄 |
| 126 | D011-3           | 咬合圧検査1を算定した場合                                              | 咬合圧1      | X線・検査<br>「その他」欄 |
| 127 | D011-3           | 咬合圧検査2を算定した場合                                              | 咬合圧2      | X線・検査<br>「その他」欄 |
| 128 | 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<br>「その他」欄 |
| 129 | D011-5           | 口腔粘膜湿度検査を算定した場合                                            | 湿润        | X線・検査<br>「その他」欄 |
| 130 | D012             | 舌圧検査を算定した場合                                                | 舌圧        | X線・検査<br>「その他」欄 |
| 131 | D013             | 精密触覚機能検査を算定した場合                                            | 精密触覚      | X線・検査<br>「その他」欄 |
| 132 | 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<br>「その他」欄 |
| 133 | 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<br>「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「ロ 歯科パノラマ断層撮影」を算定した場合                      | パ電        | X線・検査<br>「その他」欄 |
| 135 | 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<br>「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「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<br>「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「ホ その他」を算定した場合                             | 他電        | X線・検査<br>「その他」欄 |
| 138 | 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<br>「その他」欄 |
| 139 | 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<br>「その他」欄 |
| 140 | 第4部通則8<br>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<br>「その他」欄 |
| 141 | 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<br>「その他」欄 |
| 142 | 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<br>「その他」欄 |
| 143 | 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<br>「その他」欄 |
| 144 | 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<br>「その他」欄 |
| 145 | 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<br>「その他」欄 |
| 146 | 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<br>「その他」欄 |
| 147 | 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<br>「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2を算定した場合                                | 外後使2      | 全体<br>「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3を算定した場合                                | 外後使3      | 全体<br>「その他」欄    |

| 項番  | 区分           | 診療行為名称等                                                | 略号       | 記載欄             |
|-----|--------------|--------------------------------------------------------|----------|-----------------|
| 150 | F100<br>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<br>「その他」欄    |
| 151 | F100<br>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<br>「その他」欄    |
| 152 | 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           |
| 153 | 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<br>薬剤名の前  |
| 154 | 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<br>余白     |
| 155 | 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<br>「その他」欄    |
| 156 | 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<br>「その他」欄    |
| 157 | F500         | 調剤技術基本料を算定した場合                                         | 調基       | 全体<br>「その他」欄    |
| 158 | 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<br>「その他」欄    |
| 159 | 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           |
| 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2を算定した場合               | 化2       | 「摘要」欄           |
| 161 | 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           |
| 162 | G004<br>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           |
| 163 | G020         | 無菌製剤処理科1を算定した場合                                        | 菌1       | 「摘要」欄           |
| 164 | G020         | 無菌製剤処理科2を算定した場合                                        | 菌2       | 「摘要」欄           |
| 165 | G020         | 無菌製剤処理科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           |
| 166 | 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           |
| 167 | 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                    | 菌リハ1(2)  | 全体<br>「その他」欄    |
| 168 | H001-2       | 歯科口腔リハビリテーション料1「3 小児保険装置の場合」を算定した場合                    | 菌リハ1(3)  | 全体<br>「その他」欄    |
| 169 | H001-2       | 歯科口腔リハビリテーション料1「4 その他の場合」を算定した場合                       | 菌リハ1(34) | 全体<br>「その他」欄    |
| 170 | H001-3       | 歯科口腔リハビリテーション料2「1 口腔内装置を装着している場合」                      | 菌リハ2(1)  | 全体<br>「その他」欄    |
| 171 | H001-3       | 歯科口腔リハビリテーション料2「2 1以外の場合」                              | 菌リハ2(2)  | 全体<br>「その他」欄    |
| 172 | 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     | 菌リハ3(1)  | 全体<br>「その他」欄    |
| 173 | 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           | 菌リハ3(2)  | 全体<br>「その他」欄    |
| 174 | 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<br>「その他」欄 |
| 175 | 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<br>「その他」欄 |
| 176 | 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<br>「その他」欄 |
| 177 | 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<br>「その他」欄 |
| 178 | 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           |
| 179 | I017         | 口腔内装置1を算定した場合                                          | OAp1     | 処置・手術<br>「その他」欄 |

| 項番  | 区分                     | 診療行為名称等                                                            | 略号        | 記載欄             |
|-----|------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|
| 180 | I017                   | 口腔内装置2を算定した場合                                                      | OAp2      | 処置・手術<br>「その他」欄 |
| 181 | I017                   | 口腔内装置3を算定した場合                                                      | OAp3      | 処置・手術<br>「その他」欄 |
| 182 | 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<br>「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2を算定した場合                                         | SAS－OAp2  | 処置・手術<br>「その他」欄 |
| 184 | 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<br>「その他」欄 |
| 185 | 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<br>「その他」欄 |
| 186 | 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<br>「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「ロ 口腔内装置調整2」を算定した場合                         | OAp調2     | 処置・手術<br>「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「ハ 口腔内装置調整3」を算定した場合                         | OAp調3     | 処置・手術<br>「その他」欄 |
| 189 | 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<br>「その他」欄 |
| 190 | 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<br>「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<br>「その他」欄 |
| 192 | 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<br>「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2を行った場合                      | 術口衛2(Ⅲ)   | 処置・手術<br>「その他」欄 |
| 194 | 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<br>「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2を行った場合                      | 術口衛2(Ⅳ)   | 処置・手術<br>「その他」欄 |
| 196 | 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<br>「その他」欄 |
| 197 | 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<br>「その他」欄 |
| 198 | I029-3                 | 口腔粘膜処置を算定した場合                                                      | 口処        | 処置・手術<br>「その他」欄 |
| 199 | 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<br>「その他」欄 |
| 200 | I030-3                 | 口腔バイオフィilm除去処置を算定した場合                                              | バイオ除      | 処置・手術<br>「その他」欄 |
| 201 | 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<br>「その他」欄 |
| 202 | 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<br>「その他」欄 |
| 203 | J053<br>J087<br>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<br>「その他」欄 |
| 204 | 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<br>「その他」欄 |
| 205 | J110                   | 広範囲顎骨支持型装置搔爬術を算定した場合                                               | 特イ搔       | 処置・手術<br>「その他」欄 |
| 206 | J200-4-2               | レーザー機器加算                                                           | レーザー機器加算  | 処置・手術<br>「その他」欄 |
| 207 | K002                   | 吸入鎮静法を算定した場合                                                       | IS        | 麻酔<br>「その他」欄    |
| 208 | K003                   | 静脈内鎮静法を算定した場合                                                      | 静鎮        | 麻酔<br>「その他」欄    |
| 209 | K004                   | 歯科麻酔管理料1を算定した場合                                                    | 歯麻管1      | 麻酔<br>「その他」欄    |

| 項番  | 区分           | 診療行為名称等                                           | 略号         | 記載欄                  |
|-----|--------------|---------------------------------------------------|------------|----------------------|
| 210 | K004         | 歯科麻酔管理料2を算定した場合                                   | 歯麻管2       | 麻酔<br>「その他」欄         |
| 211 | K005         | 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅰ)「10分未満のもの」を算定した場合                | 歯麻酔(Ⅰ)1    | 麻酔<br>「その他」欄         |
| 212 | K005         | 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅰ)「10分以上20分未満のもの」を算定した場合           | 歯麻酔(Ⅰ)2    | 麻酔<br>「その他」欄         |
| 213 | K006         | 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅱ)「1 麻酔に従事する歯科医師が専従で実施する場合」        | 歯麻酔(Ⅱ)1    | 麻酔<br>「その他」欄         |
| 214 | K006         | 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅱ)「2 麻酔に従事する歯科医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合」 | 歯麻酔(Ⅱ)2    | 麻酔<br>「その他」欄         |
| 215 | K006         | 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅱ)「3 麻酔を専従で実施する場合」                 | 歯麻酔(Ⅱ)3    | 麻酔<br>「その他」欄         |
| 216 | K006         | 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅱ)「4 1から3まで以外の場合」                  | 歯麻酔(Ⅱ)4    | 麻酔<br>「その他」欄         |
| 217 | 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<br>「その他」欄 |
| 218 | 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<br>「その他」欄 |
| 219 | 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<br>「その他」欄 |
| 220 | 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<br>「その他」欄 |
| 221 | 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<br>「その他」欄 |
| 222 | 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<br>「その他」欄 |
| 223 | M010<br>M017 | 歯科鑄造用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<br>「その他」欄 |
| 224 | 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<br>「その他」欄 |
| 225 | 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<br>「その他」欄 |
| 226 | 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<br>「その他」欄 |
| 227 | M016-2       | 小児保険装置の「1 固定式保険装置」を算定した場合                         | 保険(固)      | 歯冠修復及び欠損補綴<br>「その他」欄 |
| 228 | M016-2       | 小児保険装置の「2 可撤式保険装置」を算定した場合                         | 保険(可)      | 歯冠修復及び欠損補綴<br>「その他」欄 |
| 229 | M018         | 有床義歯補強加算を算定した場合                                   | 芯補強        | 歯冠修復及び欠損補綴<br>「その他」欄 |
| 230 | M018-2       | 3次元プリント有床義歯を算定した場合                                | 3DFD       | 歯冠修復及び欠損補綴<br>「その他」欄 |
| 231 | M020         | 金銀パラジウム合金を用いた鑄造鉤を算定した場合                           | 鑄Cl(金パラ)   | 歯冠修復及び欠損補綴<br>「その他」欄 |
| 232 | M020         | 14カラット金合金を用いた鑄造鉤を算定した場合                           | 鑄Cl(金)     | 歯冠修復及び欠損補綴<br>「その他」欄 |
| 233 | M021         | 14カラット金合金を用いた線鉤を算定した場合                            | 線Cl(金)     | 歯冠修復及び欠損補綴<br>「その他」欄 |
| 234 | 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<br>「その他」欄 |
| 235 | M023         | 金銀パラジウム合金を用いた鑄造バーを算定した場合                          | バー(金パラ)    | 歯冠修復及び欠損補綴<br>「その他」欄 |
| 236 | 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<br>「その他」欄 |
| 237 | M029<br>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                |
| 238 | 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<br>「その他」欄 |
| 239 | 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<br>「その他」欄 |

| 項番  | 区分   | 診療行為名称等                                         | 略号                                | 記載欄          |
|-----|------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| 240 | －    | 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<br>「その他」欄 |
| 241 | －    | 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        |
| 242 | P001 | 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<br>「その他」欄 |
| 243 | P001 | 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<br>「その他」欄 |
| 244 | P001 | 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<br>「その他」欄 |
| 245 | P001 | 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<br>「その他」欄 |
| 246 | P002 | 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1～24の初診又は歯科訪問診療を算定した場合       | 歯外ベアⅡ●<br>（※●は1から24までの算定する数字を記載）  | 全体<br>「その他」欄 |
| 247 | P002 | 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1～24の再診時等を算定した場合             | 歯外ベアⅡ再●<br>（※●は1から24までの算定する数字を記載） | 全体<br>「その他」欄 |
| 248 | P003 | 入院ベースアップ評価料1～500を算定した場合                         | 入ベア●<br>（※●は1から500までの算定する数字を記載）   | 全体<br>「その他」欄 |
| 249 | P100 | 歯科外来物価対応料の初診時を算定した場合                            | 歯物価初                              | 全体<br>「その他」欄 |
| 250 | P100 | 歯科外来物価対応料の再診時等を算定した場合                           | 歯物価再                              | 全体<br>「その他」欄 |
| 251 | P100 | 歯科入院物価対応料のイ～ヘンを算定した場合                           | 歯物価入●<br>（※●はイからヘンまでの算定する区分を記載）   | 全体<br>「その他」欄 |
| 252 | P200 | 歯科技工所ベースアップ支援料を算定した場合                           | 歯技ベア                              | 全体<br>「その他」欄 |

別表Ⅴ 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・医薬品供給対応体制加算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・医薬品供給対応体制加算2を算定した場合                | 地支B | 「調剤基本料」欄 |

| 項番 | 区分     | 項目                                                      | 略称   | 記載欄       |
|----|--------|---------------------------------------------------------|------|-----------|
| 29 | 区分番号00 | 地域支援・医薬品供給対応体制加算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・医薬品供給対応体制加算4を算定した場合                                | 地支D  | 「調剤基本料」欄  |
| 31 | 区分番号00 | 地域支援・医薬品供給対応体制加算5を算定した場合                                | 地支E  | 「調剤基本料」欄  |
| 32 | 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  |
| 33 | 区分番号00 | バイオ後続品調剤体制加算を算定した場合                                     | バ後体  | 「調剤基本料」欄  |
| 34 | 区分番号00 | 地域支援・医薬品供給対応体制加算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  |
| 35 | 区分番号00 | 地域支援・医薬品供給対応体制加算5を算定した場合：100分の10に該当する場合                 | 地敷E  | 「調剤基本料」欄  |
| 36 | 区分番号00 | バイオ後続品調剤体制加算を算定した場合：100分の10に該当する場合                      | バ後体敷 | 「調剤基本料」欄  |
| 37 | 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  |
| 38 | 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  |
| 39 | 区分番号00 | 在宅薬学総合体制加算2イを算定した場合                                     | 在総Bイ | 「調剤基本料」欄  |
| 40 | 区分番号00 | 在宅薬学総合体制加算2ロを算定した場合                                     | 在総Bロ | 「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：100分の10に該当する場合                       | 在敷A  | 「調剤基本料」欄  |
| 42 | 区分番号00 | 在宅薬学総合体制加算2イを算定した場合：100分の10に該当する場合                      | 在敷Bイ | 「調剤基本料」欄  |
| 43 | 区分番号00 | 在宅薬学総合体制加算2ロを算定した場合：100分の10に該当する場合                      | 在敷Bロ | 「調剤基本料」欄  |
| 44 | 区分番号00 | 電子的調剤情報連携体制整備加算を算定した場合                                  | 薬DX  | 「調剤基本料」欄  |
| 45 | 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  |
| 46 | 区分番号00 | 門前薬局等立地依存減算に該当する場合                                      | 門減   | 「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 |

| 項番       | 区分       | 項目                                                                                                             | 略称   | 記載欄       |
|----------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|
| 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 | 調剤管理料の調剤時残薬調整加算を算定した場合                                                                                         | 調残   | 「薬学管理料」欄  |
| 62       | 区分番号10の2 | 調剤管理料の薬学的有害事象等防止加算を算定した場合                                                                                      | 調有   | 「薬学管理料」欄  |
| 63       | 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  |
| 64       | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料1イを算定した場合：3月以内に再度処方箋と手帳を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合                                                              | 薬Aイ  | 「薬学管理料」欄  |
| 65       | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料1ロを算定した場合：3月以内に再度処方箋と手帳を持参し、1イ以外の場合                                                                     | 薬Aロ  | 「薬学管理料」欄  |
| 66       | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料2イを算定した場合：3月を超えて再度処方箋を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合                                                                | 薬Bイ  | 「薬学管理料」欄  |
| 67       | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料2イを算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合（手帳なし）                                                           | 薬Bイ無 | 「薬学管理料」欄  |
| 68       | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料2ロを算定した場合：初めて処方箋を持参した患者等、来局した患者において、2イ以外の場合                                                             | 薬Bロ  | 「薬学管理料」欄  |
| 69       | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料2ロを算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参し、2イ以外の場合（手帳なし）                                                                  | 薬Bロ無 | 「薬学管理料」欄  |
| 70       | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料3を算定した場合：薬剤師が地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護老人福祉施設に入所している患者又は短期入所生活介護若しくは介護予防短期入所生活介護を受けている患者を訪問し、対面により必要な指導等を行った場合 | 薬Cア  | 「薬学管理料」欄  |
| 71       | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料3を算定した場合：薬剤師が介護医療院又は介護老人保健施設に入所している患者を訪問し、対面で必要な指導を行った場合                                                | 薬Cイ  | 「薬学管理料」欄  |
| 72<br>70 | 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提出した患者（手帳あり）                                                                        | 薬C再  | 「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提出した患者（手帳なし）                                                                        | 薬C無  | 「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提出した患者以外                                                                            | 薬C   | 「薬学管理料」欄  |
| 75<br>71 | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料4イを算定した場合：3月以内に再度処方箋を提出した患者（手帳あり）                                                                       | 薬Dイ再 | 「薬学管理料」欄  |
| 76<br>72 | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料4イを算定した場合：介護老人福祉施設等の患者                                                                                  | 薬Dイ施 | 「薬学管理料」欄  |
| 77<br>73 | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料4ロを算定した場合：在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なもの                                                                     | 薬Dロ  | 「薬学管理料」欄  |
| 78<br>74 | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料4ハを算定した場合：ロのうち、患者の急変等に伴い行った場合                                                                           | 薬Dハ  | 「薬学管理料」欄  |
| 79<br>75 | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料4ニを算定した場合：イからハまで以外（手帳あり3月以内に再度処方箋を提出した患者（手帳なし））                                                         | 薬Dニ無 | 「薬学管理料」欄  |
| 80<br>76 | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料4ニを算定した場合：イからハまで以外（手帳なし3月を超えて又は初めて処方箋を提出した患者）                                                           | 薬Dニ無 | 「薬学管理料」欄  |
| 81<br>77 | 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  |
| 82<br>78 | 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  |
| 83<br>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以外                                                                     | 特1C  | 「薬学管理料」欄  |
| 84<br>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：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  |
| 85<br>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：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  |
| 86<br>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以外）                                                     | 特1オC | 「薬学管理料」欄  |

| 項番                               | 区分       | 項目                                                 | 略称   | 記載欄      |
|----------------------------------|----------|----------------------------------------------------|------|----------|
| <del>87</del><br><del>83</del>   | 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 |
| <del>88</del><br><del>84</del>   | 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 |
| <del>89</del><br><del>85</del>   | 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 |
| <del>90</del><br><del>86</del>   | 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 |
| <del>91</del><br><del>87</del>   | 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 |
| <del>92</del><br><del>88</del>   | 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 |
| <del>93</del><br><del>89</del>   | 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 |
| <del>94</del><br><del>90</del>   | 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 |
| <del>95</del><br><del>91</del>   | 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 |
| <del>96</del><br><del>92</del>   | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料のかかりつけ薬剤師フォローアップ加算を算定した場合                   | 薬FU  | 「薬学管理料」欄 |
| <del>97</del><br><del>93</del>   | 区分番号10の3 | 服薬管理指導料のかかりつけ薬剤師訪問加算を算定した場合                        | 薬訪   | 「薬学管理料」欄 |
| <del>98</del><br><del>94</del>   | 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 |
| <del>99</del><br><del>95</del>   | 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   |
| <del>100</del><br><del>96</del>  | 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 |
| <del>101</del><br><del>97</del>  | 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 |
| <del>102</del><br><del>98</del>  | 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 |
| <del>103</del><br><del>99</del>  | 区分番号14の3 | 服用薬剤調整支援料2を算定した場合                                  | 剤調B  | 「薬学管理料」欄 |
| <del>104</del><br><del>100</del> | 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 |
| <del>105</del><br><del>101</del> | 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 |
| <del>106</del><br><del>102</del> | 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 |
| <del>107</del><br><del>103</del> | 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 |
| <del>108</del><br><del>104</del> | 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 |
| <del>109</del><br><del>105</del> | 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 |
| <del>110</del><br><del>106</del> | 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 |
| <del>111</del><br><del>107</del> | 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 |
| <del>112</del><br><del>108</del> | 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 |
| <del>113</del><br><del>109</del> | 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 |
| <del>114</del><br><del>110</del> | 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 |
| <del>115</del><br><del>111</del> | 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 |

| 項番                                         | 区分        | 項目                                   | 略称  | 記載欄      |
|--------------------------------------------|-----------|--------------------------------------|-----|----------|
| <a href="#">+16</a><br><a href="#">112</a> | 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 |
| <a href="#">+17</a><br><a href="#">113</a> | 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 |
| <a href="#">+18</a><br><a href="#">114</a> | 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 |
| <a href="#">+19</a><br><a href="#">115</a> | 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 |
| <a href="#">+29</a><br><a href="#">116</a> | 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加算を算定した場合    | 中静  | 「薬学管理料」欄 |
| <a href="#">+21</a><br><a href="#">117</a> | 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 |
| <a href="#">+22</a><br><a href="#">118</a> | 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 |
| <a href="#">+23</a><br><a href="#">119</a> | 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 |
| <a href="#">+24</a><br><a href="#">120</a> | 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 |
| <a href="#">+25</a><br><a href="#">121</a> | 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 |
| <a href="#">+26</a><br><a href="#">122</a> | 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 |
| <a href="#">+27</a><br><a href="#">123</a> | 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 |
| <a href="#">+28</a><br><a href="#">124</a> | 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 |
| <a href="#">+29</a><br><a href="#">125</a> | 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 |
| <a href="#">+30</a><br><a href="#">126</a> | 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加算を算定した場合      | 中静  | 「薬学管理料」欄 |
| <a href="#">+31</a><br><a href="#">127</a> | 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 |
| <a href="#">+32</a><br><a href="#">128</a> | 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 |
| <a href="#">+33</a><br><a href="#">129</a> | 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 |
| <a href="#">+34</a><br><a href="#">130</a> | 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 |
| <a href="#">+35</a><br><a href="#">131</a> | 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 |
| <a href="#">+36</a><br><a href="#">132</a> | 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 |
| <a href="#">+37</a><br><a href="#">133</a> | 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 |
| <a href="#">+38</a><br><a href="#">134</a> | 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 |
| <a href="#">+39</a><br><a href="#">135</a> | 区分番号15の9  | 訪問薬剤管理医師同時指導料を算定した場合                 | 医同  | 「薬学管理料」欄 |
| <a href="#">+40</a><br><a href="#">136</a> | 区分番号15の10 | 複数名薬剤管理指導訪問料を算定した場合                  | 調複  | 「薬学管理料」欄 |
| <a href="#">+41</a><br><a href="#">137</a> | 区分番号40    | 調剤ベースアップ評価料                          | 調べ  | 「薬学管理料」欄 |
| <a href="#">+42</a><br><a href="#">138</a> | 区分番号41    | 調剤物価対応料                              | 調物  | 「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、口を省略しても差し支えないこと。

「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

## II 診療報酬明細書（様式第 10）の記載要領

## 2 明細書の記載要領に関する事項

## (12) 「出来高部分」欄について

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）」

(エ) 別表 IV 「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（材料価格基準）」

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表 I から別表 IIIIV 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こども家庭庁長官及び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こども家庭庁長官及び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、該当するコードを選択すること。ただし、別表 I から別表 IIIIV において、令和 8 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 8 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。

「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」の一部改正について  
(令和 8 年 3 月 27 日保医発 0327 第 6 号)

別添

第 3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第 2、第 2  
の 2 及び第 3 並びに医薬品等告示関係）

23 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給に関する事項

~~(8) 本制度に基づき、前歯部の金属歯冠修復の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に金合金又は白金加金の支給の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとする。~~

24 金属床による総義歯の提供に関する事項

~~(9) 本制度に基づき、金属床総義歯の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に金属床総義歯に係る費用を含めた金属床総義歯の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとする。~~

25 う蝕に罹患している患者の指導管理に関する事項

~~(8) 本制度に基づき、継続管理の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的にフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を含めた継続管理の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとする。~~

第 4 療担規則第 11 条の 3 第 1 項及び療担基準第 11 条の 3 の厚生労働大臣が定める報告事項（掲示事項等告示第 4 関係）

1 健康保険法第 63 条第 2 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 64 条第 2 項に規定する評価療養、患者申出療養及び選定療養（金属床による総義歯の提供、う蝕に罹患している患者の指導管理、前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給、医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解及び長期収載品の処方等又は調剤を除く。）に関する事項

(別紙様式 23)

## 近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給の実施（変更）報告書

上記について報告します。  
令和 年 月 日

保険医療機関・  
保険薬局の  
所在地及び名称  
開設者名

地方厚生（支）局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

| 販 売 名 | 対象患者数<br>(実人数) | 対象患者数<br>(延べ人数) | 患者からの徴収額 |
|-------|----------------|-----------------|----------|
|       |                |                 |          |

注1 「患者からの徴収額」は、近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に係る特別の料金として医療機関内に掲示した金額を記入すること。

注2 「患者からの徴収額」が社会的にみて妥当適切な範囲の額であることを示す資料として、近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の購入価格を示す資料を添付すること。

注3 本報告については、直近2ヶ月間（6月1日～7月31日）の実施状況を記載すること。

(別添 8)

「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の一部改正について

(令和 8 年 3 月 27 日保医発 0327 第 7 号)

| 改 正 後                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 現 行                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>2 療養の給付と直接関係ないサービス等</p> <p>療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。</p> <p>(5) その他</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>エ <u>在留外国人の診療に当たり必要となる多言語対応に要する費用(通訳の手配料や翻訳機の使用料等)</u></p> <p>オ～キ (略)</p> <p>ク <u>選定療養における予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料(診察日の直前にキャンセルした場合に限る。なお、診察の予約に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。)</u></p> <p>ケ～ス (略)</p> <p>セ <u>予約やオンライン診療の受診に係るシステム利用料</u> 等</p> | <p>2 療養の給付と直接関係ないサービス等</p> <p>療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。</p> <p>(5) その他</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>エ～カ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>キ～サ (略)</p> <p>(新設)</p> |

(参考：改正後全文)

## 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

### 2 療養の給付と直接関係ないサービス等

療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。

#### (5) その他

- ア 保険薬局における患家等への調剤した医薬品の持参料及び郵送代
- イ 保険医療機関における患家等への処方箋及び薬剤の郵送代
- ウ 日本語を理解できない患者に対する通訳料
- エ 在留外国人の診療に当たり必要となる多言語対応に要する費用（通訳の手配料や翻訳機の使用料等）
- オ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送代
- カ 院内併設プールで行うマタニティスイミングに係る費用
- キ 患者都合による検査のキャンセルに伴い使用することのできなくなった当該検査に使用する薬剤等の費用（現に生じた物品等に係る損害の範囲内に限る。なお、検査の予約等に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。）
- ク 選定療養における予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料（診察日の直前にキャンセルした場合に限る。なお、診察の予約に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。）
- ケ 院内託児所・託児サービス等の利用料
- コ 手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等
- サ 有床義歯等の名入れ（刻印・プレートの挿入等）
- シ 画像・動画情報の提供に係る費用（区分番号「B 0 1 0」診療情報提供料（Ⅱ）を算定すべき場合を除く。）
- ス 公的な手続き等の代行に係る費用
- セ 予約やオンライン診療の受診に係るシステム利用料 等

## 官報掲載事項の一部訂正

【令和 8 年 3 月 5 日（号外第 46 号）】

○ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第 69 号）

| 該当箇所                                   | 誤                                                                                                                                                                              | 正                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 別表第二<br>第 2 章 第 12<br>部 歯冠修復<br>及び欠損補綴 | 6 区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注 8 に規定する歯科診療特別対応加算 1、歯科診療特別対応加算 2 又は歯科診療特別対応加算 3 を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第 12 部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。 | 6 区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注 9 に規定する歯科診療特別対応加算 1、歯科診療特別対応加算 2 又は歯科診療特別対応加算 3 を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第 12 部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。 |

【令和 8 年 3 月 27 日（号外第 71 号）】

○ 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等の一部を改正する告示（厚生労働省告示第 116 号）

| 該当箇所                                                                                        | 誤                                                                                                           | 正                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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<br>第四 療担規則<br>第十一条の三<br>第一項及び療担基準第十一条の三の厚生労働大臣が定める報告事項 | 一 健康保険法第六十三条第二項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第二項に規定する評価療養、患者申出療養及び選定療養（第三第十三号及び第十四号に規定する療養を除く。）に関する事項 | 一 健康保険法第六十三条第二項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第二項に規定する評価療養、患者申出療養及び選定療養（第三 <u>第七号から第九号まで</u> 、第十三号及び第十四号に規定する療養を除く。）に関する事項 |