

事 務 連 絡
令和8年6月19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5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）、令和8年3月18日付官報（号外第56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6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）
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る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9号）（別添4）
- ・「「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5）

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 2 章 特掲診療料

第 3 部 検査

第 3 節 生体検査料

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー

(4) 「3 1 及び 2 以外の場合」の「ロ 保険医療機関内で又は訪問して実施するもの」

ア 以下のいずれかの場合に、1 月に 1 回を限度として算定する。なお、「C 1 0 7 - 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。

(イ) 他の検査により睡眠中無呼吸発作の明らかな患者に対して睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として行った場合及び睡眠中多発するてんかん発作の患者又はうつ病若しくはナルコレプシーであって、重篤な睡眠、覚醒リズムの障害を伴うものの患者に対して行った場合。ただし、①から④までに掲げる検査の全て（睡眠時呼吸障害の疑われない患者については①のみ）を当該患者の睡眠中 8 時間以上連続して当該保険医療機関内で測定し、記録すること。

- ① 脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図
- ② 鼻又は口における気流の検知
- ③ 胸壁及び腹壁の換気運動記録
- ④ 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

(ロ) 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。ただし、当該検査を実施するに当たっては、患家に医師、看護師又は臨床検査技師が訪問し、患者に電極等の装着を行った上で、(イ)の①から④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、記録すること。この場合、「注 2」に規定する交通費は実費とし、「C 0 0 0」往診料等は算定できない。

~~当該検査を実施するに当たっては、(イ)の①から④までに掲げる検査の全て（睡眠時呼吸障害の疑われない患者については(イ)のみ）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。~~

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療法料

1000 精神科電気痙攣療法

- (3) 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を伴った精神科電気痙攣療法を実施する場合は、当該麻酔に要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、当該麻酔に伴う薬剤料及び特定保険医療材料料は別途算定できる。また、声門上器具又は気管挿管による気道確保が適切でないと判断した場合に、声門上器具又は気管挿管を使用せずに閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を実施した場合は、本区分により「1」の点数を算定する。

第10部 手術

<通則>

19 同一手術野又は同一病巣における算定方法

(4) 指に係る同一手術野の範囲

指に係る同一手術野の範囲と算定方法については次の通りである。

ア 第1指から第5指までを別の手術野とする次に掲げる手術のうち、2つ以上の手術を同一指について行った場合には、「通則 14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合及び(ハ)に掲げる手術を除き、当該手術の中で主たる手術の所定点数のみを算定する。なお、(イ)及び(ロ)に掲げる手術については、複数指について行った場合には、それぞれの指について算定し、(ハ)に掲げる手術については、同一指内の複数の骨又は関節について行った場合には、各々の骨又は関節について算定する。

(ロ) 第1指から第5指まで（中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含まない。）

のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。ただし、合指症手術にあっては各指間のそれぞれを同一手術野とする。

「K089」爪甲除去術 「K100」多指症手術

「K090」ひょう疽手術 「K101」合指症手術

「K091」陥入爪手術 「K102」巨指症手術

「K099」手指及び足趾癒痕拘縮手術 「K103」屈指症手術、斜指症手術

第1節手術料の項で「手指」又は、「足趾」又は「指（手、足）」と規定されている手術（「K039」腱移植術（人工腱形成術を含む。）の「1」手指腱移植術、「2」足趾腱移植術、「K040」腱移行術の「1」手指及び足趾腱移行術、「K045」骨折経皮的鋼線刺入固定術の「10」手指骨骨折経皮的鋼線刺入固定術、「13」足趾骨骨折経皮的鋼線刺入固定術、「K046」骨折観血的手術の「11」手指骨骨折観血的手術、「14」足趾骨骨折観血的手術、「K054」骨切り術の「12」中足骨骨切り術（関節リウマチの患者に対し、関節温存を前提として中足骨短縮骨切り術を行った場合に限る。）」、「K063」関節脱臼観血的整復術の「9」手指関節脱臼観血的整復術、「10」足趾関節脱臼観血的整復術、「K073」関節内骨折観血的手術の「9」手指関節内骨折観血的手術、「10」足趾関節内骨折観血的手術、「K080」関節形成手術の「9」手指関節形成手術、「10」足趾関節形成手術、「K082」人工関節置換術の「7」人工手指関節置換術及び「8」人工足趾関節

置換術を除く。)

第1節 手術料

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

K082-8 人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）

人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）は、変形性膝関節症、大腿骨頭壊死症膝関節骨壊死症又は関節リウマチの患者に対して、術中に光学的に計測した術野及び手術器具の位置関係をリアルタイムに表示し、大腿骨及び脛骨の切削を支援する手術支援装置を用いて、人工膝関節置換術を実施した場合に算定する。

別添 3

調剤報酬点数表に関する事項

別表 1

服薬管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

			服薬管理指導料 1イ※ ¹ ・2イ	服薬管理指導料 1ロ・2ロ	服薬管理指導料 3	服薬管理指導料 4イ・4ニ	服薬管理指導料 4ロ・4ハ	在宅患者訪問薬剤管理指導料 1	在宅患者訪問薬剤管理指導料 2・3	在宅患者緊急時等共同指導料	在宅患者緊急時等共同指導料	訪問薬剤管理医師同時指導料
項目		算定回数										
調剤管理料等の加算	調剤時残薬調整加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	薬学的有害事象等防止加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
在宅患者訪問薬剤管理指導料の加算	特定薬剤管理指導加算 1	処方箋受付ごと	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算 2	月 1 回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算 3	1 回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
	乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
	吸入薬指導加算	6 月に 1 回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師フォローアップ加算※ ¹	3 月に 1 回まで	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師訪問加算※ ¹	6 月に 1 回まで	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	麻薬管理指導加算	1 回ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	乳幼児加算	1 回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
	小児特定加算	1 回ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	1 回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
	在宅中心静脈栄養法加算	1 回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
外来服薬支援料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
外来服薬支援料 2		処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×

服用薬剤調整支援料 1	月 1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料 2 ※ ¹	6 月に 1 回まで	○	×	×	○	○	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料 1	月 1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料 2	月 1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服薬情報等提供料 1	月 1 回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料 2	月 1 回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料 3	3 月に 1 回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
経管投薬支援料	1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
在宅移行初期管理料	1 回まで	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×
複数名薬剤管理指導訪問料※ ²	1 回ごと	×	×	×	×	×	○	×	○	×	×

※ 1 はかかりつけ薬剤師のみ算定可能

※ 2 は単一建物診療患者 1 名のみ算定可能

※ 3 は、かかりつけ薬剤師が指導や訪問等を実施し、その後の服薬管理指導を当該保険薬局の他の保険薬剤師が実施した場合については、併算定可能

褥瘡対策に関する評価

1 褥瘡の状態（部位毎に記載）

両括弧内は点数（※1）

部位（部位名）											1	2	3	4
1（ ） 2（ ） 3（ ） 4（ ）														
褥瘡の状態の評価 (DESIGN-R2020)	深さ	(0) 皮膚損傷・発赤なし	(1) 持続する発赤	(2) 真皮までの損傷	(3) 皮下組織までの損傷	(4) 皮下組織を超える損傷	(5) 関節腔、体腔に至る損傷	(DTI) 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い(※2)	(U) 深さ判定が不能の場合					
	滲出液	(0) なし	(1) 少量：毎日の交換を要しない		(3) 中等量：1日1回の交換		(6) 多量:1日2回以上の交換							
	大きさ (cm ²) 長径×長径に直交する最大径（持続する発赤の範囲も含む）	(0) 皮膚損傷なし	(3) 4未満	(6) 4以上16未満	(8) 16以上36未満	(9) 36以上64未満	(12) 64以上100未満	(15) 100以上						
	炎症・感染	(0) 局所の炎症徴候なし	(1) 局所の炎症徴候あり（創周辺の発赤、腫瘍腫脹、熱感、疼痛）		(3C) (※3) 臨界的定着疑い（創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など）		(3) (※3) 局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）		(9) 全身的影響あり（発熱など）					
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0) 治癒あるいは創が浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い(※2)の場合	(1) 創面の90%以上を占める		(3) 創面の50%以上90%未満を占める		(4) 創面の10%以上50%未満を占める		(5) 創面の10%未満を占める	(6) 全く形成されていない				
	壊死組織	(0) なし	(3) 柔らかい壊死組織あり				(6) 硬く厚い密着した壊死組織あり							
ポケット (cm ²) 潰瘍面も含めたポケット全周（ポケットの長径×長径に直交する最大径） －潰瘍面積	(0) なし	(6) 4未満		(9) 4以上16未満		(12) 16以上36未満		(24) 36以上						
DESIGN-R2020 の合計点（深さの点数は加えない）														

(※1) 該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

(※2) 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いは、視診・触診、補助データ（発生経緯、血液検査、画像診断等）から判断する。

(※3) 「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする。

2 褥瘡の状態の変化

	評価日 (月 日)	1月前 (月 日)	2月前 (月 日)	3月前 (月 日)
DESIGN-R2020の合計点				

1 前月までのDESIGN-R2020の合計点は、暦月内で最も低い合計点を記載する。

2 褥瘡の部位により合計点異なる場合は、最も低い合計点を記載する。

(別添 2)

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 4

特定入院料の施設基準等

第 2 特定集中治療室管理料

- 11 1 から 6 までの (4)、2 の (2)、3 の (2) のうち 2 の (2) に係るもの及び 10 の (1)
に掲げる内法の規定の適用について、平成 26 年 3 月 31 日において、現に当該管理料の届出を行
っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該
規定を満たしているものとする。

第 6 総合周産期特定集中治療室管理料

- 3 1 の (1) の ウエ に掲げる内法の規定の適用について、平成 26 年 3 月 31 日において、現に当該
管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行う
までの間は、当該規定を満たしているものとする。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____

1. 入院基本料・特定入院料の届出

届出入院基本料・特定入院料（届出区分） _____

☐ 病棟ごとの届出 ※（医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関の場合に限る）
（□には、該当する場合「✓」を記入のこと）

本届出の病棟数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

☐ 入院基本料・特定入院料の届出区分の変更なし （□には、該当する場合「✓」を記入のこと）

2. 看護要員の配置に係る加算の届出

（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 届出	既 届出	項目名	新規 届出	既 届出	項目名
A101 療養病棟入院基本料			A103 精神病棟入院基本料		
☐	☐	注 12 夜間看護加算	☐	☐	注 7 イ 精神病棟看護・多職種協働加算
☐	☐	注 13 看護補助・患者ケア体制充実加算 1	☐	☐	注 7 ロ 精神病棟看護・多職種協働加算
☐	☐	注 13 看護補助・患者ケア体制充実加算 2	☐	☐	注 7 ハ 精神病棟看護・多職種協働加算
☐	☐	注 13 看護補助・患者ケア体制充実加算 3	☐	☐	注 7 ニ 精神病棟看護・多職種協働加算
A104 特定機能病院入院基本料			☐	☐	注 7 ホ 精神病棟看護・多職種協働加算
☐	☐	注 11 イ 精神病棟看護・多職種協働加算	☐	☐	注 7 ヘ 精神病棟看護・多職種協働加算
☐	☐	注 11 ロ 精神病棟看護・多職種協働加算	A106 障害者施設等入院基本料		
☐	☐	注 11 ハ 精神病棟看護・多職種協働加算	☐	☐	注 9 看護補助加算
☐	☐	注 11 ニ 精神病棟看護・多職種協働加算	☐	☐	注 10 看護補助・患者ケア体制充実加算 1
☐	☐	注 11 ホ 精神病棟看護・多職種協働加算	☐	☐	注 10 看護補助・患者ケア体制充実加算 2
☐	☐	注 11 ヘ 精神病棟看護・多職種協働加算	☐	☐	注 10 看護補助・患者ケア体制充実加算 3
A207-3 急性期看護補助体制加算			A207-4 看護職員夜間配置加算		
☐	☐	25 対 1（看護補助者 5 割以上）	☐	☐	12 対 1 配置加算 1
☐	☐	25 対 1（看護補助者 5 割未満）	☐	☐	12 対 1 配置加算 2
☐	☐	50 対 1	☐	☐	16 対 1 配置加算 1
☐	☐	75 対 1	☐	☐	16 対 1 配置加算 2
☐	☐	注 2 夜間 30 対 1	A213 看護配置加算		
☐	☐	注 2 夜間 50 対 1	☐	☐	看護配置加算
☐	☐	注 2 夜間 100 対 1	A214 看護補助加算		
A215 看護・多職種協働加算			☐	☐	看護補助加算 1
☐	☐	看護・多職種協働加算	☐	☐	看護補助加算 2
A304 地域包括医療病棟入院料			☐	☐	看護補助加算 3
☐	☐	注 6 25 対 1 看護補助体制加算（5 割以上）	☐	☐	注 2 夜間 75 対 1 看護補助加算
☐	☐	注 6 25 対 1 看護補助体制加算（5 割未満）	A307 小児入院医療管理料		
☐	☐	注 6 50 対 1 看護補助体制加算	☐	☐	注 9 看護補助加算
☐	☐	注 6 75 対 1 看護補助体制加算	☐	☐	注 10 看護補助体制充実加算
☐	☐	注 7 夜間 30 対 1 看護補助体制加算	A308-3 地域包括ケア病棟入院料		
☐	☐	注 7 夜間 50 対 1 看護補助体制加算	☐	☐	注 3 看護職員配置加算
☐	☐	注 7 夜間 100 対 1 看護補助体制加算	☐	☐	注 4 看護補助者配置加算
☐	☐	注 10 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 1	☐	☐	注 5 看護補助・患者ケア体制充実加算 1
☐	☐	注 10 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 2	☐	☐	注 5 看護補助・患者ケア体制充実加算 2
☐	☐	注 10 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 1	☐	☐	注 5 看護補助・患者ケア体制充実加算 3
☐	☐	注 10 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2	☐	☐	注 8 看護職員夜間配置加算
A311 精神科救急急性期医療入院料			A311-2 精神科急性期治療病棟入院料		
☐	☐	注 4 看護職員夜間配置加算	☐	☐	注 4 精神病棟看護・多職種協働加算
A311-3 精神科救急・合併症入院料			A314 認知症治療病棟入院料		
☐	☐	注 4 看護職員夜間配置加算	☐	☐	注 2 認知症夜間対応加算

3. 入院患者の数及び看護要員の数

本様式の作成にあたっては、「入院基本料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い」別紙5を参照すること。

- ① 1日平均入院患者数〔A〕 _____ 人（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）
- ② 月平均1日当たり看護職員配置数 _____ 人 〔C／（日数×8）〕
（参考）1日看護職員配置数（必要数）： = 〔（A／配置区分の数）×3〕
- ③ 看護職員中の看護師の比率 _____ %
- ④ 平均在院日数 _____ 日（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）
- ⑤ 夜勤時間帯（16時間） _____ 時 _____ 分 ～ _____ 時 _____ 分
- ⑥ 月平均夜勤時間数 _____ 時間 〔（D－E）／B〕
- ⑦ 月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数 _____ 人
（参考）最小必要数以上の看護職員配置数（必要数）： = 〔（A／50）×3〕
- ⑧ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____ 人
（参考）1日看護補助者配置数（必要数）： = 〔（A／配置区分の数）×3〕
- ⑨ 月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____ 人
（参考）夜間看護補助者配置数（必要数）： = 〔A／配置区分の数〕
- ⑩ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____ 人 〔F／（日数×8）〕
（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）： = 〔（A／200）×3〕
- ⑪ 月平均1日当たり看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数 _____ 人
（参考）1日看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数（必要数）：
 = 〔（A／配置区分の数）×3〕
- ⑫ 月平均1日当たり看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士及び臨床検査技師配置数 _____ 人
（参考）1日看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士及び臨床検査技師配置数（必要数）：
 = 〔 {（A／10）＋（A／25）} ×3〕
- ⑬ 看護職員中の看護師の比率（看護・多職種協働加算等） _____ %

4. 勤務実績表

種別※1	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※2	看護補助者の業務※3	夜勤の有無		日付別の勤務時間数※6					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数 ※7
						(該当する「夜勤従事者」に○) ※4	夜勤従事者数※5	1日曜	2日曜	3日曜	…	日曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
その他				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
夜勤従事職員数の計						[B]	月延べ勤務時間数(上段と中段の計)					[C]		
月延べ夜勤時間数						[D-E]	月延べ夜勤時間数(中段の計)					[D]	[E]	
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計											[F]			
1日看護職員配置数(必要数)		[(A/配置区分の数) × 3]				月平均1日当たり看護職員配置数		[C / (日数 × 8)]						
主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限)		[(A / 200) × 3]				月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数		[F / (日数 × 8)]						

〔記載上の注意〕

- ・ 「種別」(※1)は、看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。精神病棟看護・多職種協働加算又は看護・多職種協働加算を届け出る場合には、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、臨床検査技師、精神保健福祉士及び公認心理師は、勤務実績表において「その他」欄に記載すること。
- ・ 「雇用・勤務形態」(※2)は、短時間正職員の場合は「短時間」に、病棟と病棟以外(外来等)に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は「兼務」に○を記入すること。
- ・ 「看護補助者の業務」(※3)は、看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- ・ 「夜勤の有無」(※4)は、夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、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及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者(短時間正職員においては12時間未満の者)、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及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者(夜勤専従者は含まない)は、「夜勤従事者数」(※5)に1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間(病棟と病棟以外の勤務時間を含む)で除して得た数を記入すること。看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。

- ・ 「日付別の勤務時間数」(※6)は、上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ・ 「月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数」(※7)は、次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
 - ①夜勤専従者
 - 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及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）
 - ③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及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
- ・ 地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、作業療法士及び精神保健福祉士を看護職員配置数に含めることができること。この場合、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士は、勤務実績表において准看護師として記入すること。
- ・ 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は精神療養病棟入院料を届け出る場合には、「月平均1日当たり看護職員配置数」は「月平均1日当たり看護職員及び看護補助者配置数」、「1日看護職員配置数(必要数)」は「1日看護職員及び看護補助者配置数(必要数)」と読み替えること。この場合、看護職員数及び看護補助者数の合計が基準を満たすこと。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1か月の各病棟の勤務実績表を添付すること。
- 2 勤務体制及び申し送り時間を添付すること。
- 3 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 4 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 5 夜間看護加算・看護補助体制充実加算（A101 療養病棟入院基本料の注12・注13）、A207-4 看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算看護補助・患者ケア体制充実加算（A304 地域包括医療病棟入院料の注10、A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注8、A311 精神科救急急性期医療入院料の注4、A311-3 精神科救急・合併症入院料の注4）は、常時16対1（A207-4 看護職員夜間配置加算及びA304 地域包括医療病棟入院料の注10は、12対1の場合も含む。）を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により夜間の看護職員の配置状況が分かる書類（様式9の2を参照）を添付すること。

包括期充実体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

許可病床数（200床未満 ※1）	床						
加算を算定する病棟が届け出ている入院料 （該当する全ての□に✓を入れること）	☐ A304 地域包括医療病棟入院料 ☐ A308-3 地域包括ケア病棟入院料						
急性期病院一般入院基本料又は急性期一般入院基本料の届出 （いずれか1つを○で囲むこと。）	無 ・ 有						
救急医療の体制（※2）の有無 （いずれか1つを○で囲むこと。）	有 ・ 無 ・ 療養病床かつ一般病棟入院基本料を算定する病棟がない						
自院で受入可能な疾患や病態についての地域のメディカルコントロール協議会等における協議状況 （いずれか1つを○で囲むこと。） 1：協議している／協議済み 2：協議していない	1 ・ 2						
入退院支援加算1の届出	有 ・ 無						
協力医療機関に係る施設の届出等 （該当する全ての□に✓を入れること。）	☐ 1：在宅療養支援病院 ☐ 2：在宅療養後方支援病院 ☐ 3：地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を有する ☐ 4：上記のいずれにも該当しない						
上の設問で1～3のいずれかに✓を入れた場合、本欄も記入すること。							
<table border="1"> <tr> <td>協力対象施設入所者入院加算の届出 （いずれか1つを○で囲むこと）</td><td>有 ・ 無</td></tr> <tr> <td> 協力医療機関となっている介護保険施設等 （※3）の数（3以上） </td><td>施設</td></tr> <tr> <td> （施設数が2以下の場合は回答すること。） 半径10km以内に、協力医療機関を定めていない介護保険施設等が存在しない。 </td><td>該当する ・ 該当しない</td></tr> </table>	協力対象施設入所者入院加算の届出 （いずれか1つを○で囲むこと）	有 ・ 無	協力医療機関となっている介護保険施設等 （※3）の数（3以上）	施設	（施設数が2以下の場合は回答すること。） 半径10km以内に、協力医療機関を定めていない介護保険施設等が存在しない。	該当する ・ 該当しない	
協力対象施設入所者入院加算の届出 （いずれか1つを○で囲むこと）	有 ・ 無						
協力医療機関となっている介護保険施設等 （※3）の数（3以上）	施設						
（施設数が2以下の場合は回答すること。） 半径10km以内に、協力医療機関を定めていない介護保険施設等が存在しない。	該当する ・ 該当しない						
後方支援に係る実績（加算を届け出ている病棟全体の合計を記入すること）							
直近3か月間における自宅等からの緊急入院の受入（15人以上）（※2が「有」以外の場合は30人以上）	人						
直近3か月間の入院患者に占める救急搬送又は救急患者連携搬送料を算定後に入院した患者の割合（8%以上）	%						

直近 3 か月間に自宅等から入院したものの割合 (※ 2 が「有」以外の場合のみ記入すること。6 割以上)		%
以下の①又は②のいずれかを満たすこと。		
実績の対象とした期間 (いずれか 1 つを○で囲むこと)		3 か月間 (届出開始時) ・ ~~1~~ 年間前年度
①直近 ~~1~~ 年間前年度の入院患者に占める在宅患者 緊急入院診療加算 1 ～ 3 の算定回数の合計 (12 件 以上 ※ 4)		回
②直近 ~~1~~ 年間前年度の入院患者に占める協力対象 施設入所者入院加算 1 ・ 2 の算定回数の合計 (4 件以上 ※ 5)		回
直近 3 か月間における退院支援の状況		
①退院時共同指導料 2 の算定回数		回
②介護支援等連携指導料 2 の算定回数		回
③ ①+②の回数 (3 回以上)		回

- ※ 1 「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保険医療機関にあっては 280 床未満であること。
- ※ 2 医療法第 30 条の 4 の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。
- ※ 3 介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホームをいう。
- ※ 4 届出時は 4 件以上／3 か月間でも差し支えない。
- ※ 5 届出時は 1 件以上／3 か月間でも差し支えない。

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 1

特掲診療料の施設基準等

第 60 の 3 の 3 培養ヒト角膜内皮細胞移植術

1 培養ヒト角膜内皮細胞移植術に関する施設基準

- (3) 日本眼科学会と日本角膜移植学会が作成した「ネルテペンドセル使用要件等基準（第 2 版）」等関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていること。

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（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（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。

第 104 看護職員処遇改善評価料

1 看護職員処遇改善評価料の施設基準

- (8) (7) について、「看護職員等の数」は、2 の (1) の届出を行う月の直近 3 月の期間の各月 1 日時点における看護職員等の数の平均の数値を用いること。「延べ入院患者数」は、2 の (1) の届出を行う月の直近 3 月の期間の 1 月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

また、前回届け出た時点と比較して、「看護職員等の数」及び又は「延べ入院患者数」に 1 割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合には、算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

様式 44 の 5 の 3

通院・在宅精神療法の 注 11（早期診療体制充実加算）

☐加算 1、☐加算 2、☐加算 3

☐注 12（情報通信機器を用いた精神療法）

に規定する施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項に□に✓を記入すること。

1 常勤の精神保健指定医の配置に係る要件

（常勤の精神保健指定医の氏名及び指定医番号を記入すること。）

氏名	指定医番号

2 通院・在宅精神療法の算定回数に係る要件

（以下の各数値を記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。）

当該保険医療機関が過去 6 か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数			回 (a)
うち	「1」の口の(1)（初診の日に 60 分以上）	の算定回数	回 (b)
	「1」の口の(2)（初診の日に 30 分以上）	の算定回数	回 (c)
	「1」のハの(1)（30 分以上）	の算定回数	回 (d)
	「2」の口の(1)（初診の日に 60 分以上）	の算定回数	回 (e)
	「2」の口の(2)（初診の日に 30 分以上）	の算定回数	回 (f)
	「2」のハの(1)（60 分以上）	の算定回数	回 (g)
	「2」のハの(2)（30 分以上 60 分未満）	の算定回数	回 (h)
$\{(b) + (c) + (d) + (e) + (f) + (g) + (h)\} \div (a)$			(%) 加算 1, 2 ☐ ($\geq 5\%$) 加算 3 ☐ ($\geq 2\%$)

※加算 1 又は 3 を届け出る保険医療機関診療所にあつては、以下の各数値も記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数	人 (i)
$[(b) + (e) + \{(c) + (f)\} \div 2] \div (i)$	(回/人) 加算 1 ☐ (≥ 60) 加算 3 ☐ (≥ 24)

3 精神保健指定医に係る要件（直近１年間の実績を記入すること）

		指定医氏名① () 指定医番号 ()	指定医氏名② () 指定医番号 ()
(1)	時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等を含む。）での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を年６回以上行うこと（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）。		
	実施日①（実施医療機関名）	／ ()	／ ()
	実施日②（実施医療機関名）	／ ()	／ ()
	実施日③（実施医療機関名）	／ ()	／ ()
	実施日④（実施医療機関名）	／ ()	／ ()
	実施日⑤（実施医療機関名）	／ ()	／ ()
	実施日⑥（実施医療機関名）	／ ()	／ ()
(2)	精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等（※）を年１回以上行っていること。（※）精神保健福祉法第十九条の四に規定する業務等を指す。		
	実施日（実施医療機関名）	／ ()	／ ()
	公務員としての業務の場合 ①実施した業務の内容 ②依頼元（都道府県名等）	① ②	① ②

4 当該保険医療機関の、地域の精神科救急医療体制の確保への協力に係る要件（直近1年間の実績を記入すること）

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	☐ 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医療機関	
		☐ 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	
(2)	☐ 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医療機関		
	①	当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
		①のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼件数	件(≥1件)
	②	当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
		②のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。)	件
(3)	①	☐ 精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関	
	②	☐ 時間外対応加算1の届出を行っている。	
	③	☐ 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられている。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられている。	
(4)	☐	診療所であり、精神科救急医療確保事業において常時対応型施設若しくは病院群輪番型施設として指定を受けている又は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病院(以下この項において連携病院という。)と連携し、以下の①から③までを満たしていること。	
	連携病院: (病院名を記載)		
	①	☐	1年に1回以上、連携病院に入院中の患者に対して共同指導を行うことで、退院時共同指導料1又は精神科退院時共同指導料1を算定している。
	②	☐	当該診療所に通院している患者への時間外や休日の対応及び緊急時の入院受け入れを連携病院が行うこと、連携病院から退院した患者を当該診療所において受け入れる等、相互に連携しており、緊急患者の受け入れに当たっては、連携病院が当該診療所に対して、常時連絡できる連絡先を伝えていること。こうした内容を含め、明確に連携していることを示す文書を取り交わしている。
	③	☐	連携している病院名及び連絡先を診療所内に掲示している。

5 早期診療体制充実加算における届出に係る要件

(届出を行っている又は要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。)

児童思春期精神科専門管理加算	☐
療養生活継続支援加算	☐
児童思春期支援指導加算	☐

精神科リエゾンチーム加算	☐
依存症入院医療管理加算	☐
摂食障害入院医療管理加算	☐
精神科入退院支援加算	☐
児童・思春期精神科入院医療管理料	☐
認知療法・認知行動療法	☐
依存症集団療法 1、2 又は 3	☐
精神科在宅患者支援管理料	☐
クロザリル患者モニタリングサービスの登録医療機関である。	☐

6 情報通信機器を用いた精神療法における届出等に係る要件
(届出を行っている場合は、□に✓を記入すること。)

要件	該当
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。	☐
「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」に沿って診療を行う体制を有していること。	☐
以下は、初診において情報通信機器を用いた精神療法を行う場合に記載すること。	
精神保健福祉センター、保健所及び市区町村からの相談等に平時から対応すること等により、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村との連携体制を構築している。	☐
連携体制を構築している精神保健福祉センター、保健所及び市区町村を以下に記載すること。	
()	
()	
()	☐
初診において情報通信機器を用いた精神療法を行う場合、オンライン精神療法を 10 症例以上の経験を有する医師が診察を行う。	
オンライン精神療法を 10 症例以上の経験を有する医師名を記載すること。	
()	
()	
()	

[記載上の注意]

- 注 11 を届け出る場合は、「1」から「5」までを、注 12 を届け出る場合は、「3」、「4」及び「6」を、それぞれ満たすこと。
- 実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。
- 「3」について、
 - 注 11 を届け出る場合は、当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が(2)を満たすこと。当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上勤務している場合は、少なくとも2名が(2)を満たすこと。
 - 注 12 を届け出る場合は、情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が(1)又は(2)を満たすこと。

- ・(2)について、当該精神保健指定医が以下の①から⑤に掲げる「公務員としての業務」を行っている場合は、実施した業務の内容及び当該業務を依頼した都道府県名又は政令指定都市名を記入すること。

- ① 措置入院及び緊急措置入院時の診察
- ② 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察
- ③ 精神医療審査会における業務
- ④ 精神科病院への立入検査での診察
- ⑤ その他都道府県の依頼による公務員としての業務

- 4 「4」について、当該保険医療機関において、
加算1又は2を届け出る場合は、(1)、(2)又は(3)
加算3を届け出る場合は、(3)又は(4)

のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、精神科救急医療体制整備事業の病院群輪番型施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、①及び③又は②及び③の要件を満たすこと。

- 5 「5」について、当該保険医療機関においていずれかを届け出ていること。

培養ヒト角膜内皮細胞移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1	標榜診療科（当該手術を担当する科名）		科
2	研修を修了した常勤医師の氏名等		
	常勤医師 1		
	氏名		
	勤務時間	時間	
	診療科名（当該手術を担当する科名）	科	
	所定の研修の有無 （該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：有 2：無	
	常勤医師 2		
	氏名		
	勤務時間	時間	
	診療科名（当該手術を担当する科名）	科	
	所定の研修の有無 （該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：有 2：無	
	常勤医師 3		
	氏名		
	勤務時間	時間	
	診療科名（当該手術を担当する科名）	科	
	所定の研修の有無 （該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：有 2：無	
3	眼科の経験を5年以上有し、かつ、当該手術に角膜移植について主として実施する医師として5例以上の経験を有する常勤の医師の氏名等		
	常勤医師 1		
	氏名		
	勤務時間	時間	
	眼科の経験年数	年	
	角膜移植の経験症例数	例	
	常勤医師 2		
	氏名		
	勤務時間	時間	
	眼科の経験年数	年	
	角膜移植の経験症例数	例	

〔記載上の注意〕

- 1 「2」及び「3」の常勤医師の勤務時間について、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）を記載すること。また、所定の研修の修了を証する文書の写し（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。
- 2 「3」については、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 日本眼科学会と日本角膜移植学会が作成した「ネルテペンドセル使用要件等基準（第2版）」等関連学会から示されている基準等を遵守していることが認定されていることが分かるものを添付すること。~~

服薬管理指導料の注 1 の施設基準に係る届出書添付書類

1	かかりつけ薬剤師として服薬管理指導を行う（服薬管理指導料「1のイ」及び「2のイ」を算定する）の保険薬剤師の氏名等（該当する□には、「✓」を記入し、必要な書類を添付すること。） ※適宜、行を増やすこと。						
	かかりつけ薬剤師業務 を実施する者の氏名	保険薬局 勤務経験	短時間 勤務	週あたりの勤務 時間及び日数	当該薬局での 継続在籍期間	研修	地域活動
①		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐
②		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐
③		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐
④		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐
⑤		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐
2	ア 当該保険薬局に <u>週31時間以上</u> 勤務する <u>常勤保険</u> 薬剤師の継続在籍平均期間					年 月 (☐ 1年以上)	
	イ 当該保険薬局の管理薬剤師が、当該保険薬局に継続して在籍している期間					年 月 (☐ 3年以上)	
3	患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮している。					☐ 該当 ☐ 非該当	
4	服用薬剤調整支援料2に規定する研修を受けた保険薬剤師がいる場合は、当該保険薬剤師の氏名等 ※適宜、行を増やすこと。						
	保険薬剤師名	薬剤師名簿 登録番号		研修修了者登録番号 (老年薬学認定薬剤師登録番号)		有効期間 (認定期限)	
①							
②							

【記載上の注意】

- 「保険薬局勤務経験」については、施設基準の届出時点における保険薬剤師としての保険薬局勤務経験の年数を記載すること。ただし、保険医療機関で薬剤師としての勤務経験が1年以上ある場合は、1年を上限として当該勤務経験の期間に含めることができる。
- 「短時間勤務」については、育児・介護休業法第23条第1項、同法第23条第3項又は同法第24条の規定による措置の該当性について記入すること。なお、「短時間勤務」に該当する保険薬剤師のみで当該届出を提出することはできない。
- 「週あたりの勤務時間・日数」については、保険薬剤師の1週間当たりの平均勤務時間及び平均勤務日数を記載すること。
- 「当該薬局での継続在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの保険薬剤師の継続在籍期間を記載すること。ただし、継続在籍期間は、週31時間以上勤務した期間のみを通算すること。
- 「研修」については、薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していることを確認できる文書を添付すること。
- 「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までに過去1年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。

- 7 2のア（常勤週31時間以上勤務する保険薬剤師の継続在籍平均期間）については、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いて計算すること。また、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については、当該保険薬局に継続的に在籍している期間に休業前の在籍期間を含めること。
- 8 日本老年薬学会の提供する老年薬学服薬総合評価研修制度の研修修了書又は日本老年薬学会認定薬剤師の認定証の写しを添付すること。

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

☐ 毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善実績報告書」により報告すること、
②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善中間報告書」により
報告することについて、理解しました。

☐ 本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

年

月

日

開設者名：

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

2 届出を行う評価料

- ☐ 看護職員処遇改善評価料
- ☐ 入院ベースアップ評価料

3 該当する届出

- ☐ 新規
- ☐ 区分変更

●対象職員（常勤換算）数

人

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入
(前回届出時 人)
1割以上の変動

※【記載上の注意】を参照
※原則2以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員（常勤換算）数が2.0人未満の場合、特定地域(※)に所在する保険医療機関に該当するか。
※「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

(1)届出年月日

令和

年

月

※ 本様式の届出作業を行っている月をさす
例)令和8年6月から評価料を算定するために、令和8年5月に様式を記入する場合
⇒令和【8】年【5】月を入力

(2)賃金改善開始年月日

令和

年

月

※ 当該年度における賃金改善を開始した月

4 区分計算

(1) 看護職員等の数

人月

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入
(前回届出時 人)
1割以上の変動

※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値(小数第二位を四捨五入)を記載すること。

<対象月> 【 . . 】の平均

(2) 延べ入院患者数

人月

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入
(前回届出時 人)
1割以上の変動

※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値(小数第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。 <対象月> 【 . . 】の平均

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 対象期間の1月当たりの平均延べ入院患者数が30人月未満である場合については、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)を届け出ても差し支えない。ただし、その場合は入院ベースアップ評価料を届け出ないこと。

(3) 算出方法

●同一法人内の複数医療機関で通算して算出しますか。 はい ☐ (はいの場合は(4)の記入は不要、様式99の記入が必要)

(4) 賃金改善算定基礎額の算出

●計算に必要な対象職種ごとの記載項目

ア 自保険医療機関に勤務する職員(医師・歯科医師、看護補助者、事務職員を除く)の月額賃金総額

円

イ 自保険医療機関に勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

円

※ 月額賃金総額:届出を行う月(3(1)の月)の直近1月の総額 <対象月> 【 . . 】

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合(チェックしてください) → ☐

ウ 自保険医療機関に勤務する職員のうち40歳未満の常勤医師及び歯科医師の人数

人 (※ ただし、事業主及び役員を除く)

エ 自保険医療機関に勤務する職員のうち、週22時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の人数

人 (※ただし、週22時間以上勤務する場合においては、宿日直を除く。
また、事業主及び役員を除く。)

※ 人数: 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いる。

<対象月> 【 . . 】の平均

→【賃金改善算定基礎額】 円

(5) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み、看護職員処遇改善評価料の区分の上限を算出する値【A】・入院ベースアップ評価料の区分の上限を算出する値【C】)

● 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の対象期間」:

本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均】

点数表の項目		算定回数 月	算定回数 月	算定回数 月	算定回数 (直近3月平均)
医 科 点 数 表	① 初診料等		回	回	回
	② 再診料等		回	回	回
	③ 訪問診療料(同一建物以外)		回	回	回
	④ 訪問診療料(同一建物)		回	回	回
歯 科 点 数 表	⑤ 初診料等		回	回	回
	⑥ 再診料等		回	回	回
	⑦ 歯科訪問診療料(同一建物以外)		回	回	回
	⑧ 歯科訪問診療料(同一建物)		回	回	回

※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7、歯科外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7を算定している場合には、それぞれの評価料の1から3まで又は注6に規定する点数を算定したものとみなす。

※ 自由診療の患者については、計上しない。

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

0 回

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

0 点

(6) 【A】・【C】の値

【A】の値

【A】=

看護職員等の賃上げ必要額:

(当該保険医療機関の看護職員等の数 × 12,000円 × 1.165)

当該保険医療機関の延べ入院患者数 × 10 円

【C】の値

【C】=

賃金改善算定基礎額 - (外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び

歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み) × 10円

当該保険医療機関の延べ入院患者数 × 10 円

5 施設基準要件の確認

【看護職員処遇改善評価料】(以下の(1)(2)のいずれかに該当するものを選択)

- (1) 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

(イ) 区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算に係る届出を行っている

(ロ) 救急搬送実績が、年間で200件以上であること

救急搬送実績：件（期間：令和 年度）

(ロ') 現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関で(ロ)の実績を満たさない場合であって賃金改善実施年度の前年度のうち6か月間における救急搬送実績が100件以上の場合はこちらにチェック

(2) 救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること

【入院ベースアップ評価料】(以下の条件全てに該当すること)

- 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること

● 入院料(※)を算定している保険医療機関であること

※ 医科点数表又は歯科点数表第1章第2部第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く。)

● 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っており、
外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの届出を行っていない
保険医療機関であること

● 社会保険診療等に係る収入金額(※)の合計額が、総収入の80／100を超えること。

※ 【記載上の注意】3を参照

6 3により算出した【A】・【C】に基づき、該当する区分

- (1) 看護職員処遇改善評価料算定が可能となる区分
- (2) 入院ベースアップ評価料算定が可能となる区分

【記載上の注意】

- 1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。

- 2 「3」の「対象職員（常勤換算）数」については、自保険医療機関に勤務する職員をいう。ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。また、事業主及び役員を含まない。

なお、本様式の届出時点における人数を常勤換算で記載すること。

常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする）。

- 3 「4」(1)看護職員等とは、「当該保険医療機関に勤務する看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師（非常勤職員を含む。）をいう。）」を指す。

また、看護職員等の数は、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における看護職員等の数の平均の数値を用いること。

- 4 「4」(2)延べ入院患者数は、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

- 5 「4」(4)対象職員の「月額賃金総額」とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

なお、算出については、届出を行う月の直近1月の総額を用いること。ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額）を用いること

「月額賃金総額」には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。

- 6 「4」(4)対象職員の「人数」については、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いること。

- 7 「4」(5)「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・医科点数表区分番号（以下5～8において、単に「区分番号」という。）A000に掲げる初診料
- ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
- ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(1)

- 8 「4」(5)「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号A001に掲げる再診料
- ・区分番号A002に掲げる外来診療料
- ・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
- ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1の口若しくは2の口
- ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
- ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
- ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
- ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
- ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1の口の(2)、2のイの(2)若しくは2の口の(2)
- ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

- 9 「4」(5)「③訪問診療料（同一建物以外）に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1のイ若しくは2のイ
- ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料（訪問診療を行った場合に限る。）

- 10 「4」(5)「④訪問診療料（同一建物に係る算定回数）」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1の口若しくは2の口
- ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）

- 11 「4」(5)「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下9～12において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。
- 12 「4」(5)「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A002に掲げる再診料
 - ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 13 「4」(5)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。
- 14 「4」(5)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)
 - ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2
 - ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
 - ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
 - ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 歯科訪問診療5
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19
- 15 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。

看護職員処遇改善評価料

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）

入院ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書 ・賃金改善中間報告書」

1. 「看護職員処遇改善評価料」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）及び「入院ベースアップ評価料」を算定する医療機関については、別添1の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
2. 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

(令和 年度分)

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 提出書類の種類 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 賃金改善中間報告書
- ☐ 賃金改善実績報告書

II. 報告する医療機関種別 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 病院及び診療所
- ☐ 歯科診療所

III. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月

ヶ月

- ※ 令和8年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
- ※ 令和8年度又は令和9年度の6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月から翌年3月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月

ヶ月

III-2. (中間報告書のみ) 条例改正等が必要なため8月時点で賃金改善の実績を記載できない場合

(i) 条例の改正が必要である等やむを得ない理由により、遡及して賃金改善を実施するため
本報告書に記載する額が実績値ではなく計画値となる場合は、こちらにチェック

☐

(ii) 計画値となる理由

☐ 条例の改正が必要なため

☐ その他の事由

※どちらか1つを選択してください。

(理由の詳細：条例の改正のような、医療機関の責によらないやむを得ない理由に限ります。必ず記載してください)

IV-1. ベースアップ評価料等及び看護職員処遇改善評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(※) 賃金改善実施期間に初めて、看護職員処遇改善評価料を算定する医療機関

☐

(3) 看護職員処遇改善評価料による収入の実績額

円

※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。(算定していない場合は0と記載。)

※ 看護職員処遇改善評価料の収入の実績額については、賃金改善実施期間において初めて算定を開始した場合にのみ、収入額を記載すること。

(4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等による収入の実績額	円
(5) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等による収入の実績額	円
(6) 入院ベースアップ評価料による収入の実績額	円
(7) ベースアップ評価料等による収入の実績額【(4)+(5)+(6)】	円

- ※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。(算定していない場合は0と記載。)
- ※ なお「収入の実績額」の計算は、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価の点数分を除いた当該評価料の本体点数のみを算定した場合に置き換えて計算すること。

IV-1-1. ベースアップ評価料等による収入の繰越状況

(8) 前年度からの繰越額(令和8年度分報告時のみ記載)

円

IV-2. ベースアップ評価料等による収入の実績額(総計)

(9) ベースアップ評価料等による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のペア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【(7)+(8)】

円

- 以下、基本給等総額については **1 か月当たりの額** を記載してください。**（該当ない場合は 0 と記載）**
- ※ 「基本給等総額」とは、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等の特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
 - ※ 「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。
 - ※ (15) のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額 **はも必ず賃金改善実施期間の増加分の総額** を記載すること。
また、賃金改善に伴い増加する法定福利費分を概算によって計算する場合、小数点以下の四捨五入における切り上げによって最大16.5%を超えた場合については、問題ないこととする。
 - ※ 「賞与の支給月数」については、**月単位で記載すること。支給がない場合は 0 と記載。また月単位が不明の場合は、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した額月数を記載すること。**

【ベースアップ評価料対象職種について】

V. ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(12) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（11）－（12）】		円
(14) ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
(15) 上記（13）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた総額 【賃金改善実施期間（1）の全期間】（該当ない場合は 0 と記載）		円

V-2. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

(16) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(17) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(18) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(19) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（17）－（18）】		円
(20) ベア等による賃金増率【（19）÷（18）】		%
(21) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(22) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-3. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

(23) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(24) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(25) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(26) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（24）－（25）】		円
(27) ベア等による賃金増率【（26）÷（25）】		%
(28) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(29) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-4. 事務職員の基本給等に係る事項

(30) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(31) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(32) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(33) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（31）－（32）】		円
(34) ベア等による賃金増率【（33）÷（32）】		%
(35) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(36) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-5. 看護補助者の基本給等総額に係る事項

(37) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(38) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(39) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(40) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（38）－（39）】		円
(41) ベア等による賃金増率【（40）÷（39）】		%
(42) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(43) 前年度の賞与の支給月数		か月

V－6. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(44) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	人
(45) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	円
(46) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(47) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（45）－（46）】	円
（48）ベア等による賃金増率【（47）÷（46）】	%
(49) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(50) 前年度の賞与の支給月数	か月

V－7. 歯科衛生士の基本給等総額に係る事項（歯科診療を主とする病院及び診療所の場合に記入）

(51) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	人
(52) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	円
(53) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(54) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（52）－（53）】	円
（55）ベア等による賃金増率【（54）÷（53）】	%
(56) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(57) 前年度の賞与の支給月数	か月

V－8. その他の対象職種の基本給等に係る事項

(58) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	人
(59) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	円
(60) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(61) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（59）－（60）】	円
（62）ベア等による賃金増率【（61）÷（60）】	%
(63) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(64) 前年度の賞与の支給月数	か月

Ⅵ. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(65) ベースアップ評価料による収入の実績額【（９）】	円
(66) 対象職員全体の賃金改善実績額（ 算定賃金改善実施期間 分）【（13）×（ 算定賃金改善実施期間 ）】	円
(67) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額【（15）】	円
(68) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（66）＋（67））－（65）】	円
（69）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名：

【記載上の注意】

- 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。
- 本報告書において、「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料等を届け出ている保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。
- Vの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）
- Vの「ベア等」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げのことをいう。
- Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、**空欄でもよい。「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。**
- Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、**空欄でもよい。「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。**
- Ⅵについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、

「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ペア等以外で、ペア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

(令和 年度分)

保険医療機関コード	
保険医療機関名	
集約医療機関数	

I. 提出書類の種類 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 賃金改善中間報告書
- ☐ 賃金改善実績報告書

II. 報告する医療機関種別 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 病院及び診療所
- ☐ 歯科診療所

III. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和	年	月	～	令和	年	月		ヶ月
----	---	---	---	----	---	---	--	----

- ※ 令和8年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
- ※ 令和8年度又は令和9年度の6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月から翌年3月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和	年	月	～	令和	年	月		ヶ月
----	---	---	---	----	---	---	--	----

Ⅲ-2. (中間報告書のみ) 条例改正等が必要なため8月時点で賃金改善の実績を記載できない場合

(i) 条例の改正が必要である等やむを得ない理由により、遡及して賃金改善を実施するため 本報告書に記載する額が実績値ではなく計画値となる場合は、こちらにチェック	☐
(ii) 計画値となる理由	☐ 条例の改正が必要なため ☐ その他の事由 ※どちらか1つを選択してください。
(理由の詳細：条例の改正のような、医療機関の責によらないやむを得ない理由に限ります。必ず記載してください)	

IV-1. ベースアップ評価料等及び看護職員処遇改善評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(※) 賃金改善実施期間に初めて、看護職員処遇改善評価料を算定する医療機関	☐
(3) 看護職員処遇改善評価料による収入の実績額	円
※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。(算定していない場合は0と記載。)	
※ 看護職員処遇改善評価料の収入の実績額については、賃金改善実施期間において初めて算定を開始した場合にのみ、収入額を記載すること。	
(4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等による収入の実績額	円
(5) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等による収入の実績額	円
(6) 入院ベースアップ評価料による収入の実績額	円
(7) ベースアップ評価料等による収入の実績額【(4)+(5)+(6)】	円

- ※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。(算定していない場合は0と記載。)
- ※ なお「収入の実績額」の計算は、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価の点数分を除いた当該評価料の本体点数のみを算定した場合に置き換えて計算すること。

IV-1-1. ベースアップ評価料等による収入の繰越状況

(8) 前年度からの繰越額(令和8年度分報告時のみ記載)	円
------------------------------	---

IV-2. ベースアップ評価料等による収入の実績額(総計)

(9) ベースアップ評価料等による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のペア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【(7)+(8)】	円
--	---

- 以下、基本給等総額については 1 か月当たりの額 を記載してください。（該当ない場合は 0 と記載）
- ※ 「基本給等総額」とは、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等の特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
 - ※ 「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。
 - ※ (15) のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額 はも必ず賃金改善実施期間の増加分の総額を記載すること
また、賃金改善に伴い増加する法定福利費分を概算によって計算する場合、小数点以下の四捨五入における切り上げによって最大16.5%を超えた場合については、問題ないこととする。
 - ※ 「賞与の支給月数」については、月単位で記載すること。支給がない場合は 0 と記載。また月単位が不明の場合は、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した額月数を記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

V. ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(12) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（11）－（12）】		円
(14) ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
(15) 上記（13）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた総額【賃金改善実施期間（1）の全期間】（該当ない場合は 0 と記載）		円

V-2. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

(16) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(17) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(18) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(19) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（17）－（18）】		円
(20) ベア等による賃金増率【（19）÷（18）】		%
(21) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(22) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-3. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

(23) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(24) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(25) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(26) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（24）－（25）】		円
(27) ベア等による賃金増率【（26）÷（25）】		%
(28) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(29) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-4. 事務職員の基本給等に係る事項

(30) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(31) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(32) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(33) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（31）－（32）】		円
(34) ベア等による賃金増率【（33）÷（32）】		%
(35) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(36) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-5. 看護補助者の基本給等総額に係る事項

(37) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(38) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(39) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(40) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（38）－（39）】		円
(41) ベア等による賃金増率【（40）÷（39）】		%
(42) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(43) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-6. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(44) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	人
(45) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	円
(46) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(47) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（45）－（46）】	円
（48）ベア等による賃金増率【（47）÷（46）】	%
(49) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(50) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-7. 歯科衛生士の基本給等総額に係る事項（歯科診療を主とする病院及び診療所の場合に記入）

(51) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	人
(52) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	円
(53) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(54) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（52）－（53）】	円
（55）ベア等による賃金増率【（54）÷（53）】	%
(56) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(57) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-8. その他の対象職種の基本給等に係る事項

(58) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	人
(59) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	円
(60) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(61) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（59）－（60）】	円
（62）ベア等による賃金増率【（61）÷（60）】	%
(63) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(64) 前年度の賞与の支給月数	か月

VI. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(65) ベースアップ評価料による収入の実績額【（９）】	円
(66) 対象職員全体の賃金改善実績額（ 算定賃金改善実施期間分 ）【（13）×（ 算定賃金改善実施期間 ）】	円
(67) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額【 （15） 】	円
(68) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（66）＋（67））－（65）】	円
（69）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名：

【記載上の注意】

- 1 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。
- 4 本報告書において、「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料を届け出た医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。
- 5 Vの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）
- 6 Vの「ベア等」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げのことをいう。
- 7 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、~~空欄でもよい。~~**「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。**
- 8 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、~~空欄でもよい。~~**「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。**
- 9 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、

「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ペア等以外で、ペア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

「賃金改善実績報告書・ 賃金中間報告書（調剤）」

1. 調剤ベースアップ評価料を算定する保険薬局については、別添1の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
2. 法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、保険薬局の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

(保険薬局) _____ (令和 _____ 年度分)

保険薬局コード	
保険薬局名	

I. 提出書類の種類 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 賃金改善中間報告書
- ☐ 賃金改善実績報告書

II. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和 _____ 年 _____ 月	～	令和 _____ 年 _____ 月		ヶ月
--------------------	---	--------------------	--	----

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和 _____ 年 _____ 月	～	令和 _____ 年 _____ 月		ヶ月
--------------------	---	--------------------	--	----

III. ベースアップ評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 調剤ベースアップ評価料による収入の実績額		円
--------------------------	--	---

- 基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。
- ※ 「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
- ※ (9)のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること
- 対象職員とは、当該保険薬局に勤務する職員をいう。
- ※ ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。

【ベースアップ評価料対象職種について】

IV. ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(4) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(5) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(6) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(7) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【（5）－（6）】		円
(8) ベア等による賃金増率【（7）÷（6）】		%
(9) 上記（8）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

V-1. 事務職員の基本給等総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(12) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【（11）－（12）】		円
(14) ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
(15) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(16) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-2. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(17) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(18) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(19) 令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(20) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（18）－（19）】		円
(21) ベア等による賃金増率【（20）÷（19）】		%
(22) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(23) 前年度の賞与の支給月数		か月

VI. 保険調剤による収入の割合

(24) 保険調剤による収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(25) 全ての収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(26) 保険調剤による収入の割合【（24）／（25）】		%

- ※ 保険調剤による収入の総額：調剤報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものの総額（労災保険に係るものを除く）。
- ※（25）については、店舗販売業を併設している保険薬局であり、かつ保険調剤に従事する職員と店舗販売業に従事する職員を明瞭に分けることができない店舗についてのみ、保険調剤以外の収入を計上すること。これに該当しない場合は、（24）と同額を入力すること。

VII. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(27) ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）】		円
(28) 対象職員全体の賃金改善実績額における、保険調剤分（算定期間分）【（７）×（26）×（算定期間）】		円
(29) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額（算定期間分）【（９）×（算定期間）】		円
(30) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（28）＋（29））－（27）】		円
(31) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか		賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名：

【記載上の注意】

- 1 「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）
- 2 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。
- 3 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 4 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

(保険薬局) _____ (令和 _____ 年度分)

保険薬局コード	
保険薬局名	
同一グループ保険薬局名	
同一グループ保険薬局数	

I. 提出書類の種類 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 賃金改善中間報告書
- ☐ 賃金改善実績報告書

II. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和 _____ 年 _____ 月	～	令和 _____ 年 _____ 月		ヶ月
--------------------	---	--------------------	--	----

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和 _____ 年 _____ 月	～	令和 _____ 年 _____ 月		ヶ月
--------------------	---	--------------------	--	----

III. ベースアップ評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 調剤ベースアップ評価料による収入の実績額		円
--------------------------	--	---

- 基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。
- ※ 「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
- ※ (9)のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いた額も必ず記載すること
- 対象職員とは、当該保険薬局に勤務する職員をいう。
- ※ ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。

【ベースアップ評価料対象職種について】

IV. ベースアップ評価料対象職員(全体)の月額賃金総額に係る事項

(4) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		人
(5) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		円
(6) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(7) 基本給等総額に係る賃金改善実績額(ベア実績額)(1か月分)【(5)－(6)】		円
(8) ベア等による賃金増率【(7)÷(6)】		%
(9) 上記(8)以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いた額		円

V-1. 事務職員の基本給等総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		円
(12) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額(ベア実績額)(1か月分)【(11)－(12)】		円
(14) ベア等による賃金増率【(13)÷(12)】		%
(15) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(16) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-2. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(17) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(18) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(19) 令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(20) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（18）－（19）】		円
(21) ベア等による賃金増率【（20）÷（19）】		%
(22) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(23) 前年度の賞与の支給月数		か月

VI. 保険調剤による収入の割合

(24) 保険調剤による収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(25) 全ての収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(26) 保険調剤による収入の割合【（24）／（25）】		%

※ 保険調剤による収入の総額：調剤報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものの総額（労災保険に係るものを除く）。

※（25）については、店舗販売業を併設している保険薬局であり、かつ保険調剤に従事する職員と店舗販売業に従事する職員を明瞭に分けることができない店舗についてのみ、保険調剤以外の収入を計上すること。これに該当しない場合は、（24）と同額を入力すること。

VII. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(27) ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）】		円
(28) 対象職員全体の賃金改善実績額における、保険調剤分（算定期間分）【（７）×（26）×（算定期間）】		円
(29) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額（算定期間分）【（９）】		円
(30) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（28）＋（29））－（27）】		円
(31) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか		賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 1 「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）
- 2 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。
- 3 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 4 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

受理番号	(訪 べ Ⅱ)	号
決定年月日	年	月 日

受付年月日	年	月 日
-------	---	-----

訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準に係る届出書 (新規・区分変更)

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

☐

毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、別添4「賃金改善実績報告書」により報告すること、②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、別添4「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

☐

本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

年	月	日	開設者名：
---	---	---	-------

◎必要記載項目

1 訪問看護ステーションコード(7桁)	
訪問看護ステーション名	

2 届出を行う評価料

☐ 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)

3 該当する届出

☐ 新規届出
☐ 区分変更

●対象職員(常勤換算)数

人

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入
(前回届出時 人)
1割以上の変動

※【記載上の注意】を参照

※ 原則2.0以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員(常勤換算)数が2.0人未満の場合、特定地域(※)に所在する保険医療機関に該当するか。

※「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

(1)届出年月 令和 年 月

※ 本様式の届出作業を行っている月をさす
例)令和8年6月から評価料を算定するために、令和8年5月に様式を記入する場合
→この場合、令和 【8】年 【5】月 を入力

(2)賃金改善開始年月 令和 年 月

※ 当該年度における賃金改善を開始した月

4 区分計算

(1)算出方法

●同一法人内の訪問看護ステーションで通算して算出しますか。 はい ☐

(はいの場合は(2)の記入は不要、別添2の記入が必要)

(2)賃金改善算定基礎額の算出

①計算に必要な対象職種ごとの記載項目

ア 対象職員(看護補助者、事務職員を除く)の月額賃金総額 円

イ 対象職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額 円

※ 月額賃金総額:届出を行う月(3(1)の月)の直近1月の総額 【 <対象月> 】

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合(チェックしてください) ➡ ☐

➡【賃金改善算定基礎額】 円

(3)訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み、
訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の区分の上限を算出する値(【A】)

● 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)の算定回数見込み

【算出の際に用いる「訪問看護評価料(Ⅰ)等の対象期間」:

本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均】

①訪問看護管理療養費(月の初日の訪問の場合)又は包括型訪問看護療養費を算定する実利用者人数

							(直近3月平均)
訪問看護管理療養費(月の初日の訪問の場合)を算定した利用者数		人		人		人	人
当該月に包括型訪問看護療養費のみを算定した利用者数		人		人		人	人

※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値(小数第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 訪問看護ベースアップ評価料の注3又は注5を算定している場合には、
それぞれの当該評価料又は注4に規定する点数を算定したものとみなす。

※ 自費の訪問看護のみの利用者については、計上しないこと。公費負担医療や労災保険制度等、
指定訪問看護の費用額算定表に従って訪問看護療養費が算定される利用者については、計上すること。

②算定される金額の見込み

【合計】

訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)の算定回数見込み

回

訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)の算定により算定される金額の見込み

円

※区分変更の場合は前回届出時の回数も記入
(前回届出時 回)
1割以上の変動

(4)医療保険の利用者割合(対象期間の1月当たりの平均)

算定月	医療保険の実利用者数	介護保険の実利用者数

1月当たりの利用者数		
------------	--	--

医療保険の利用者割合 (前回届出時)

※ 算出対象となる期間(算定月)は(3)①の期間を記載すること。
※ 同一月に医療保険と介護保険の両者から訪問看護を受けた利用者は、医療保険の利用者として集計すること。

(5) 【A】の値

【A】=
$$\frac{\text{賃金改善算定基礎額} \times \text{医療保険の利用者割合} \times 0.5}{\text{訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される金額の見込み} \div \text{訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み}}$$

5 基準要件の確認

- 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること

☐
- 社会保険診療等に係る収入金額(※)の合計額が、総収入の80／100を超えること。

☐
- ※【記載上の注意】を参照

6 4(5)により算出した【A】に基づき、該当する区分

(1) 算定が可能となる区分

(2) 届出する区分(いずれかを選択)

☒	届出無し		
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)1	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)19
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)2	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)20
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)3	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)21
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)4	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)22
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)5	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)23
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)6	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)24
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)7	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)25
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)8	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)26
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)9	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)27
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)10	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)28
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)11	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)29
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)12	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)30
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)13	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)31
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)14	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)32
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)15	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)33
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)16	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)34
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)17	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)35
☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)18	☐	訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)36

～令和9年5月末まで

～令和10年5月末まで

(3) 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の注7・注8に係る算定要件確認

※以下の①～③のいずれかに該当する項目に、チェックを付けてください。

<訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の注7及びに該当する訪問看護ステーション>

- ①

☐

令和8年3月31日時点において、「訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)」を届け出ていた訪問看護ステーション
- ②

☐

「訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)」を届け出ていなかったが、本様式届出時点において、施設基準通知に記載された給与水準以上の賃上げを行った訪問看護ステーション

<訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)の注7及び8に該当しない訪問看護ステーション>

- ③

☐

①・②に該当せず、「訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)」のみを届け出る保険医療機関訪問看護ステーション

(4) 最終算定区分

【記載上の注意】

- 1 「3」の「対象職員(常勤換算)数」については、自訪問看護ステーションに勤務する職員をいう。ただし、開設者、役員、専ら管理者の業務に従事する者及び業務委託により勤務する者を除く。
なお、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする)。
- 2 「4」(2)①対象職員の「月額賃金総額」とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。なお、算出については、届出を行う月の直近1か月の総額(ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額)を用いること。
「月額賃金総額」には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。
- 3 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。

「賃金改善実績報告書」

1. 「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」を算定する訪問看護ステーションについては、別添4の1の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
2. 法人内の同一の給与体系に基づく複数の複数の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護ステーションの「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添4の2「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

(訪問看護ステーション)

(令和 年度分)

訪問看護ステーションコード(7桁)
訪問看護ステーション名

I. 提出書類の種類 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 賃金改善中間報告書
- ☐ 賃金改善実績報告書

II. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和	年	月	～	令和	年	月		か月
----	---	---	---	----	---	---	--	----

- ※ 令和8年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
- ※ 令和8年度又は令和9年度の6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月から翌年3月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和	年	月	～	令和	年	月		か月
----	---	---	---	----	---	---	--	----

II-2. (中間報告書のみ) 条例改正等が必要なため8月時点で賃金改善の実績を記載できない場合

(i) 条例の改正が必要である等やむを得ない理由により、遡及して賃金改善を実施するため 本報告書に記載する額が実績値ではなく計画値となる場合は、こちらにチェック	☐
(ii) 計画値となる理由	☐ 条例の改正が必要なため ☐ その他の事由 ※どちらか1つを選択してください。
(理由の詳細：条例の改正のような、医療機関の責によらないやむを得ない理由に限ります。必ず記載してください)	

III-1. ベースアップ評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)による収入の実績額		円
(4) 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)による収入の実績額		円
(5) ベースアップ評価料による収入の実績額【(3)+(4)】		円

- ※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。(算定していない場合は0と記載。)
- ※ なお「収入の実績額」の計算は、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価の点数分を除いた当該評価料の本体点数のみを算定した場合に置き換えて計算すること。

III-1-1. ベースアップ評価料による収入の繰越状況

(6) 前年度からの繰越額(令和8年度分報告時のみ記載)		円
------------------------------	--	---

III-2. ベースアップ評価料による収入の実績額(総計)

(7) ベースアップ評価料による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【(5)+(6)】		円
---	--	---

- 以下、基本給等総額については **1月当たりの額** を記載してください。**（該当ない場合は0と記載）**
- ※ 「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
 - ※ 「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。
 - ※ (13) のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額 **はも必ず賃金改善実施期間の増加分の総額を記載すること。**
また、賃金改善に伴い増加する法定福利費分を概算によって計算する場合、小数点以下の四捨五入における切り上げによって最大16.5%を超えた場合については、問題ないこととする。
 - ※ 「賞与の支給月数」については、**月単位で記載すること。支給がない場合は0と記載。また月単位が不明の場合は、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した額を記載すること。**

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅳ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(8) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(9) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(10) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(11) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【（9）－（10）】	円
(12) ベア等による賃金増率【（11）÷（10）】	%
(13) 上記（ 1211 ）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた 総額 【賃金改善実施期間（1）の全期間】（該当ない場合は0と記載）	円

Ⅳ－2．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

(14) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(15) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(16) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(17) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【（15）－（16）】	円
(18) ベア等による賃金増率【（17）÷（16）】	%
(19) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(20) 前年度の賞与の支給月数	か月

Ⅳ－3．理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の基本給等に係る事項

(21) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(22) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(23) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(24) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【（22）－（23）】	円
(25) ベア等による賃金増率【（24）÷（23）】	%
(26) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(27) 前年度の賞与の支給月数	か月

Ⅳ－4．事務職員の基本給等に係る事項

(28) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(29) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(30) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(31) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【（29）－（30）】	円
(32) ベア等による賃金増率【（31）÷（30）】	%
(33) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(34) 前年度の賞与の支給月数	か月

Ⅳ－5．看護補助者の基本給等総額に係る事項

(35) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(36) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(37) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(38) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【（36）－（37）】	円
(39) ベア等による賃金増率【（38）÷（37）】	%
(40) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(41) 前年度の賞与の支給月数	か月

Ⅳ－6．その他の対象職種の基本給等に係る事項

(42) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(43) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(44) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(45) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【（43）－（44）】	円
(46) ベア等による賃金増率【（45）÷（44）】	%
(47) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月

(48) 前年度の賞与の支給月数	か月
------------------	----

V. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(49) ベースアップ評価料による収入の実績額【(7)】	円
(50) 対象職員全体の賃金改善実績額（ 算定賃金改善実施 期間分）【(11) ×（ 算定賃金改善実施 期間）】	円
(51) ペア等以外で、ペア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額【(13)】	円
(52) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（(50) + (51)）－ (49)】	円
(53) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和

年

月

日

 開設者名：

【記載上の注意】

- 本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 本報告書において、「令和8年3月又は5月時点の給与体系（令和8年5月までにベースアップ評価料を届け出ていた訪問看護ステーションにあっては、令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料による賃金改善後であって令和8年度診療報酬改定によるベースアップ評価料による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、賃金に当てはめた場合の「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。
- Ⅳの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。）
- Ⅳについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。
 なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- Ⅳについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。
 なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- Ⅴについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ペア等以外で、ペア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

(訪問看護ステーション)

(令和 年度分)

訪問看護ステーションコード(7桁)
訪問看護ステーション名
集約訪問看護ステーション数

I. 提出書類の種類 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 賃金改善中間報告書
- ☐ 賃金改善実績報告書

II. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和	年	月	～	令和	年	月		か月
----	---	---	---	----	---	---	--	----

- ※ 令和8年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
- ※ 令和8年度又は令和9年度の6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月から翌年3月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和	年	月	～	令和	年	月		か月
----	---	---	---	----	---	---	--	----

II-2. (中間報告書のみ) 条例改正等が必要なため8月時点で賃金改善の実績を記載できない場合

(i) 条例の改正が必要である等やむを得ない理由により、遡及して賃金改善を実施するため 本報告書に記載する額が実績値ではなく計画値となる場合は、こちらにチェック	☐
(ii) 計画値となる理由	☐ 条例の改正が必要なため ☐ その他の事由 ※どちらか1つを選択してください。
(理由の詳細：条例の改正のような、医療機関の責によらないやむを得ない理由に限ります。必ず記載してください)	

III-1. ベースアップ評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)による収入の実績額		円
(4) 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)による収入の実績額		円
(5) ベースアップ評価料による収入の実績額【(3)+(4)】		円

- ※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。(算定していない場合は0と記載。)
- ※ なお「収入の実績額」の計算は、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価の点数分を除いた当該評価料の本体点数のみを算定した場合に置き換えて計算すること。

III-1-1. ベースアップ評価料による収入の繰越状況

(6) 前年度からの繰越額(令和8年度分報告時のみ記載)		円
------------------------------	--	---

III-2. ベースアップ評価料による収入の実績額(総計)

(7) ベースアップ評価料による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【(5) + (6)】		円
---	--	---

- 以下、基本給等総額については **1月当たりの額** を記載してください。**(該当ない場合は0と記載)**
- ※ 「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
 - ※ 「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。
 - ※ (13) のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額 **はも必ず賃金改善実施期間の増加分の総額を記載すること。**
また、賃金改善に伴い増加する法定福利費分を概算によって計算する場合、小数点以下の四捨五入における切り上げによって最大16.5%を超えた場合については、問題ないこととする。
 - ※ 「賞与の支給月数」については、**月単位で記載すること。支給がない場合は0と記載。また月単位が不明の場合は、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した額を記載すること。**

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅳ. ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(8) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(9) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(10) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(11) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【(9) - (10)】		円
(12) ベア等による賃金増率【(11) ÷ (10)】		%
(13) 上記 (12)11 以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた 総額 【賃金改善実施期間（1）の全期間】（該当ない場合は0と記載）		円

Ⅳ-2. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

(14) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(15) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(16) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(17) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【(15) - (16)】		円
(18) ベア等による賃金増率【(17) ÷ (16)】		%
(19) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(20) 前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ-3. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の基本給等に係る事項

(21) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(22) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(23) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(24) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【(22) - (23)】		円
(25) ベア等による賃金増率【(24) ÷ (23)】		%
(26) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(27) 前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ-4. 事務職員の基本給等に係る事項

(28) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(29) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(30) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(31) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【(29) - (30)】		円
(32) ベア等による賃金増率【(31) ÷ (30)】		%
(33) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(34) 前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ-5. 看護補助者の基本給等総額に係る事項

(35) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(36) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(37) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(38) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【(36) - (37)】		円
(39) ベア等による賃金増率【(38) ÷ (37)】		%
(40) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(41) 前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ-6. その他の対象職種の基本給等に係る事項

(42) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(43) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(44) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円

(45) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（43）－（44）】	円
(46) ベア等による賃金増率【（45）÷（44）】	%
(47) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(48) 前年度の賞与の支給月数	か月

V. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(49) ベースアップ評価料による収入の実績額【（7）】	円
(50) 対象職員全体の賃金改善実績額（ 算定賃金改善実施期間分 ）【（11）×（ 算定賃金改善実施期間 ）】	円
(51) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額	円
(52) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（49）－（50）】	円
(53) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 1 本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 2 本報告書において、「令和8年3月又は5月時点の給与体系（令和8年5月までにベースアップ評価料を届け出ていた訪問看護ステーションにあっては、令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料による賃金改善後であって令和8年度診療報酬改定によるベースアップ評価料による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、賃金に当てはめた場合の「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。
- 3 Ⅳの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。）
- 4 Ⅳについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。
なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 5 Ⅳについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。
なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 6 Ⅴについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

(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 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

Ⅱ 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 2)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

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

カ 「投薬」欄について

(オ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 2 条第 16 号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合は、「摘要」欄に「薬選(近視)」と記載し、薬剤名を記載すること。

Ⅳ 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第 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

- (21) 「処方」欄について

シ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 2 条第 16 号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合は、「薬選(近視)」と記載し、「摘要」欄に薬剤名を記載すること。

- (24) 「薬剤調製料 調剤管理料」欄について

「処方」欄に掲げる調剤を行った際の調剤数量に応じた薬剤調製料及び調剤管理料の点数を記載すること。ただし、薬剤調製料及び調剤管理料が算定できない場合又は医師の指示による分割調剤の場合は、「0」を記載すること。

なお、内服薬及び湯薬について、14 日分を超える投薬又は後発医薬品に係る分割調

剤を同一薬局において行う場合には、第1回目の調剤から通算した日数に対応する薬剤調製料及び調剤管理料から前回までに請求した薬剤調製料及び調剤管理料の点数を減じた点数を記載すること。

また、内服薬が長期処方（28日分以上）されている患者であって、減数調剤を行うことにより、実際の調剤する内服薬の投与日数が1日分以上かつ27日分以下となり、調剤管理料1のイを算定する場合については、減数調剤を実施した年月日、減数調剤を実施した薬剤名及び調整前の日数を「摘要」欄に記載すること。

(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

ウ 「調剤基本料」欄について

（ウ） 近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品のみを調剤する場合は、調剤基本料を算定できないため、合計点数に計上しないこと。

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 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	A000	初診料	(初診の後、当該初診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日保医発0305第1号)別添1第1章第1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) 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) 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) 「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 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) 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) 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) 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを記載すること。	820100817	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(再診料)		
			(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを記載すること。	820100818	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(再診料)		
3	A001 注20	看護師等遠隔診療補助加算	(へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合) 前回の対面診療を実施した年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190207	前回の対面診療を実施した年月日(再診料(看護師等遠隔診療補助加算));(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
				820190492	初回(再診料(看護師等遠隔診療補助加算))		
4	A002	外来診療料	(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) 「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) 「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) 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) 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100819	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(外来診療料)		
			(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100820	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(外来診療料)		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
5	A002 注11	看護師等遠隔診療補助加算	(へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合) 前回の対面診療を実施した年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190208	前回の対面診療を実施した年月日(外来診療料(看護師等遠隔診療補助加算)):(元号)yy年mm月dd日		
				820190493	初回(外来診療料(看護師等遠隔診療補助加算))		
6	A100	一般病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100005	入院元(一般病棟入院基本料)(救急・在宅等支援病床初期加算);*****		
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100006	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(救急・在宅等支援病床初期加算);*****		
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100007	直近の入院医療機関名及び退院年月日(救急・在宅等支援病床初期加算);*****		
7	A101	療養病棟入院基本料	(必要があつて患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100008	他の病棟又は病床へ移動させた医療上の必要性(療養病棟入院基本料);*****		
			(患者の急性増悪により、療養病棟入院基本料を算定する病棟において、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合であつて、療養病棟入院基本料の入院料27を算定した場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100009	医療上の必要性(療養病棟入院基本料);*****		
			(回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する療養病棟において当該入院料に係る算定要件に該当しない患者について、療養病棟入院基本料の入院料27を算定する場合) 非該当患者である旨を記載すること。	820100392	非該当患者(療養病棟入院基本料)		
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) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100011	入院元(在宅患者支援療養病床初期加算);*****		
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100012	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(急性期患者支援療養病床初期加算);*****		
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100015	直近の入院医療機関名及び退院年月日(在宅患者支援療養病床初期加算);*****		
9	A103	精神病棟入院基本料の重度認知症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価(当該加算の施設基準に基づくランク等)及び評価日を記載すること。 (月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。)	830100016	算定根拠となる評価(重度認知症加算(精神病棟入院基本料));*****		
				850100013	評価年月日(重度認知症加算(精神病棟入院基本料));(元号)yy年mm月dd日		
10	A104	特定機能病院入院基本料の重度認知症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価(当該加算の施設基準に基づくランク等)及び評価日を記載すること。 (月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。)	830100455	算定根拠となる評価(重度認知症加算(特定機能病院精神病棟入院基本料));*****		
				850100386	評価年月日(重度認知症加算(特定機能病院精神病棟入院基本料));(元号)yy年mm月dd日		
11	A106	障害者施設等入院基本料	(一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当する場合) 「特」と記載すること。	190161210	特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)	○	
			(一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当しない場合) 「特外」と記載し、その理由(悪性新生物に対する治療を行っている、など)を簡潔に記載すること。	190161310	特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)(夜勤時間超過減算)	○	
			(一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当しない場合) 「特外」と記載し、その理由(悪性新生物に対する治療を行っている、など)を簡潔に記載すること。	830100472	「特外」理由(障害者施設等入院基本料);*****		
12	A109	有床診療所療養病床入院基本料	(必要があつて患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100018	他の病棟又は病床へ移動した医療上の必要性(有床診療所療養病床入院基本料);*****		
			(患者の急性増悪により、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病室において、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合であつて、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) その医療上の必要性を記載すること。	830100019	同一の保険医療機関の療養病床以外又は別の保険医療機関の一般病棟等以外へ転院する医療上の必要性(有床診療所療養病床入院基本料);*****		
13	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所急性期患者支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100800	入院元(有床診療所急性期患者支援病床初期加算);*****		
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100801	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(有床診療所急性期患者支援病床初期加算);*****		
14	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所在宅患者支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100802	入院元(有床診療所在宅患者支援病床初期加算);*****		
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100803	直近の入院医療機関名及び退院年月日(有床診療所在宅患者支援病床初期加算);*****		
15	A109	有床診療所療養病床入院基本料の有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100020	入院元(有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算);*****		
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100021	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算);*****		
16	A109	有床診療所療養病床入院基本料の有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100779	入院元(有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算);*****		
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100022	直近の入院医療機関名及び退院年月日(有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算);*****		
17	A200	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) 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 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
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) 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。 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 イ 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標(P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFIO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。) ウ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの エ 重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であってJCS(Japan Coma Scale)0の状態、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の状態、別表の四に掲げる状態であって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):気道熱傷あり		
				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) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100017	救急医療管理加算1を算定した入院年月日:(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
			(他の保険医療機関に入院中の患者が転院により入院する場合) 転院前の入院における主傷病名を記載すること。	830100806	転院前の入院における主傷病名(救急医療管理加算2):*****		
				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 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
19	A205の2	救急医療管理加算2	以下の内容について、記載すること。 ア 別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態として該当するもの イ 別表の二、三、四、六、七又は八に準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標(P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。) ウ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの エ 重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態に準ずる状態であってJCS(Japan Coma Scale)0の状態、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であってP/F比400以上の状態、別表の四に掲げる状態に準ずる状態であって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	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) 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 ハンタウイルス肺炎候群(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 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
20	A209	特定感染症入院医療 管理加算	院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者に係る感染症につ いて、記載すること。	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 加算)		
				820101071	ソ 感染性胃腸炎(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101072	タ 急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスに よるものに限る。)(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101073	チ 新型コロナウイルス感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101074	ツ 侵襲性髄膜炎菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101075	テ 水痘(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101076	ト 先天性風しん症候群(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101077	ナ バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症(特定感染症入院医療管理 加算)		
				820101078	ニ バンコマイシン耐性腸球菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101079	ヌ 百日咳(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101080	ネ 風しん(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101081	ノ ペニシリン耐性肺炎球菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101082	ハ 無菌性髄膜炎(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101083	ヒ 薬剤耐性アシネトバクター感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101084	フ 薬剤耐性緑膿菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101085	ヘ 流行性耳下腺炎(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101086	ホ 感染症法第6条第8項に規定する指定感染症(特定感染症入院医療 管理加算)		
				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 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 感染症入院医療管理加算)		※
			(7日を超えて算定する場合) 病原体検査の結果及び他の患者への感染の危険性が特に高いと判断する根拠を記載すること。	830100809	病原体検査の結果及び他の患者への感染の危険性が特に高いと判断す る根拠(特定感染症入院医療管理加算):*****		
21	A212	超重症児(者)入院診 療加算・準超重症児 (者)入院診療加算	当該加算の算定開始日を記載すること。	850100020	算定開始年月日(超重症児(者)入院診療加算):(元号)yy“年”mm“月”dd“ 日”		
				850100021	算定開始年月日(準超重症児(者)入院診療加算):(元号)yy“年”mm“月” “dd”日”		
22	A220-2	特定感染症患者療養 環境特別加算の個室 加算	個室管理を必要とする原因となった感染症について、記載すること。	820101087	ア 狂犬病(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101088	イ 鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)(個室加算(特定感染 症患者療養環境特別加算))		
				820101089	ウ エムボックス(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 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 算))		
				820101094	ク ヘンドラウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加 算))		
				820101095	ケ インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を 除く。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101096	コ 麻しん(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101097	サ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療 養環境特別加算))		
				820101098	シ RSウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101099	ス カルバペナム耐性腸内細菌目細菌感染症(個室加算(特定感染症患 者療養環境特別加算))		
				820101100	セ 感染性胃腸炎(病原体がノロウイルスであるものに限る。)(個室加算 (特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101101	ソ 急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスに よるものに限る。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101102	タ 新型コロナウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別 加算))		
				820101103	チ 侵襲性髄膜炎菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加 算))		
				820101104	ツ 水痘(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101105	テ 先天性風しん症候群(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101106	ト バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症(個室加算(特定感染症患者 療養環境特別加算))		
				820101107	ナ バンコマイシン耐性腸球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環 境特別加算))		
				820101108	ニ 百日咳(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101109	ヌ 風しん(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101110	ネ ペニシリン耐性肺炎球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境 特別加算))		
				820101111	ノ 無菌性髄膜炎(病原体がバルボウイルスB19 によるものに限る。)(個 室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101112	ハ 薬剤耐性アシネトバクター感染症(個室加算(特定感染症患者療養環 境特別加算))		
				820101113	ヒ 薬剤耐性緑膿菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加 算))		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 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・ディフィシル感染症(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陰圧室加算	陰圧室管理を必要とする原因となった感染症について、記載すること。	820101123	ア 鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101124	イ 麻しん(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101125	ウ 新型コロナウイルス感染症(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101126	エ 水痘(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101127	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(急性灰白髄炎)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101128	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(結核)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101129	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(ジフテリア)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101130	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(重症急性呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。))(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101131	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。))(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101132	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(特定鳥インフルエンザ)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101133	カ 感染症法同法第6同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101134	キ 感染症法同法第6同条第8項に規定する指定感染症(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
24	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 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
30	A230-4	精神科リエゾンチーム 加算	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			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 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 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 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) 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 実加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850190197	加算を算定した入院年月日(重症患者初期支援充実加算);(元号)yy”年”mm”月”dd”日		
36	A236	褥瘡ハイレスク患者ケ ア加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100026	加算を算定した入院年月日(褥瘡ハイ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 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 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 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) 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 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
43	A253	協力対象施設入所者 入院加算	当該入院患者の入所していた介護保険施設等の名称	830100810	入所していた介護保険施設等:*****		
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) 救命救急入院料の算定に係る入院年月日を記載すること。	850100028	救命救急入院料の算定に係る入院年月日(救命救急入院料):(元号)yy” 年”mm”月”dd”日”		
45	A300注5	急性薬物中毒加算 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	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 1):バルビタール系薬物		
				820101136	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 1):プロムバレルリル尿素		
				820101137	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 1):三環系・四環系抗うつ薬		
				820101138	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 1):アセトアミノフェン		
				820101139	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 1):サリチル酸		
				820101140	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 1):有機リン系農薬		
				820101141	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 1):カーバメート系農薬		
				820101142	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 1):グルホシネート		
				820101143	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 1):バロコート		
				820101144	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 1):メタンフェタミン		
				820101145	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 1):メタノール		
				820101146	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 1):青酸化合物		
				820101147	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 1):ヒ素化合物		
				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 1):その他:*****		
46	A302	新生児特定集中治療 室管理料	(総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合) 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重 1, 500g以上		
				820100028	出生時体重 1, 000g以上1, 500g未満		
				820100029	出生時体重 1, 000g未満		
				820101040	出生時体重 500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重 500g未満		
				820100474	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ア 高度の先天奇形		
				820100475	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):イ 低体温		
				820100476	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ウ 重症黄疸		
				820100477	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):エ 未熟児		
				820100478	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):オ 意識障害又は昏睡		
				820100479	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100480	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100481	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ク 急性薬物中毒		
				820100482	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ケ ショック		
				820100483	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		
				820100484	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):サ 大手術後		
				820100485	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):シ 救急蘇生後		
				820100486	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
47	A302-2	新生児特定集中治療 室重症児対応体制強化管理料	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2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)のあからきまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820101148	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ア 体外式膜型人工肺を実施している状態		
				820101149	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):イ 腎代替療法(血液透析、腹膜透析等)を実施している状態		
				820101150	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ウ 交換輸血を実施している状態		
				820101151	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):エ 低体温療法を実施している状態		
				820101152	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):オ 人工呼吸器を使用している状態(出生時体重が七百五十グラム未満である場合に限る。)		
				820101153	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):カ 人工呼吸器を使用している状態であって、一酸化窒素吸入療法を実施している状態		
				820101154	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):キ 人工呼吸器を使用している状態であって、胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している状態		
				820101155	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ク 手術後後に人工呼吸器を使用している状態		
				820101156	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ケ 新興感染症や先天性感染症等の感染症患者であって、感染管理など厳重な感染対策を行いつながら人工呼吸器を使用している状態(合併症として発生した感染症は除く。)		
48	A303の1	総合周産期特定集中治療 室管理料 1 母体・胎児集中治療 室管理料	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2節A303総合周産期特定集中治療室管理料の(2)のあからきまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100487	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ア 合併症妊娠		
				820100488	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):イ 妊娠高血圧症候群		
				820100489	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ウ 多胎妊娠		
				820100490	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):エ 胎盤位置異常		
				820100491	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):オ 切迫流産		
				820100492	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの		
				820101976	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):キ 産科異常出血		※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
49	A303-2	総合周産期特定集中 治療室管理料 新生児集中治療室 管理料	(新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合) 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重 1, 500g以上		
				820100028	出生時体重 1, 000g以上1, 500g未満		
				820100029	出生時体重 1, 000g未満		
				820101040	出生時体重 500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重 500g未満		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2節A302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) 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重 1, 500g以上		
				820100028	出生時体重 1, 000g以上1, 500g未満		
				820100029	出生時体重 1, 000g未満		
				820101040	出生時体重 500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重 500g未満		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2節A303-2新生児治療回復室入院医療管理料の、(2)のAからS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) 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) 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) 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院年月日並びに退院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	入院年月日(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	退院年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy”年”mm”月”dd”日		
			(入院までの間に算定開始日数控除対象入院料等において1日6単位以上の重点的なリハビリテーションが提供された場合) 当該日数を記載すること。	842100023	1日6単位以上のリハビリテーション提供日数(回復期リハビリテーション病棟入院料):*****		
			(回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟から転院してきた患者であつて、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) 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) 当該患者の入院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) 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) 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):*****		
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。	830100035	入院元(急性期患者支援病床初期加算):*****		
				830100036	入院元(在宅患者支援病床初期加算):*****		
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) 【記載例1】 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100037	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(急性期患者支援病床初期加算):*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) 〔記載例2〕 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100040	直近の入院医療機関名及び退院年月日(在宅患者支援病床初期加算): *****		
56	A309	特殊疾患病棟入院料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100041	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特殊疾患病棟入院料): *****		
57	A311 A311-2 A311-3	精神科救急急性期医 療入院料 精神科急性期治療 病棟入院料 精神科救急・合併症 入院料	算定を開始した年月日を記載すること。	850100034	精神科救急急性期医療入院料の算定開始年月日:(元号)yy“年”mm“月” dd“日”		
				850100035	精神科急性期治療病棟入院料の算定開始年月日:(元号)yy“年”mm“月” dd“日”		
				850100036	精神科救急・合併症入院料の算定開始年月日:(元号)yy“年”mm“月”dd“ 日”		
			(転棟患者等が精神科急性期治療病棟入院料を算定する場合) 転棟の必要性を記載すること。	830100042	転棟の必要性(精神科救急急性期医療入院料):*****		
				830100043	転棟の必要性(精神科急性期治療病棟入院料):*****		
				830100044	転棟の必要性(精神科救急・合併症入院料):*****		
			(医療観察法入院患者(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15 年法律第110号)第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定による入院患者)であつた者が、引き続き精神 科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する場合) 医療観察法による入院の開始日及び終了日(年月日)を記載すること。	850100037	医療観察法による入院開始年月日:(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100038	医療観察法による入院終了年月日:(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
58	A311 A311-2 A311-3	精神科救急急性期医 療入院料 精神科急性期治療 病棟入院料 精神科救急・合併症 入院料 の非定型抗精神病薬 加算	非定型、定型を含めて投与している抗精神病薬をすべて記載すること。	830100045	抗精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科救急急性期医療入院料)): *****		
				830100046	抗精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科急性期治療病棟入院料)): *****		
				830100047	抗精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科救急・合併症入院料)): *****		
				830100922	抗精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科地域包括ケア病棟入院 料)):*****		
59	A311	精神科救急急性期医 療入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。	850100039	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科救急急性期医療 入院料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100040	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急急性期医療 入院料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
			(当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合) 投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」 別添1第1章第2部A311精神科救急急性期医療入院料の(5)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること	820100519	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急急性期医療入院料):ア クロザ ピンの副作用等の事由により、投与を中止		
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザ ピンの投与中止回数	820100520	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急急性期医療入院料):イ 患者 事由により、投与を中止		
				850100041	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日 (精神科救急急性期医療入院料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				842100025	クロザピンの投与中止回数(精神科救急急性期医療入院料):*****		
60	A311-2	精神科急性期治療 病棟入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。	850100042	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科急性期治療 入院料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100043	当該病棟におけるクロザピンの投与中止日(精神科急性期治療病棟入院 料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
			(当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合) 投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」 別添1第1章第2部A311-2精神科急性期治療病棟入院料の(4)のA又はイの理由のうち該当するものを記載する こと。	820100521	クロザピンの投与中止の理由(精神科急性期治療病棟入院料):ア クロザ ピンの副作用等の事由により、投与を中止		
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザ ピンの投与中止回数	820100522	クロザピンの投与中止の理由(精神科急性期治療病棟入院料):イ 患者 事由により、投与を中止		
				850100044	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日 (精神科急性期治療病棟入院料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				842100026	クロザピンの投与中止回数(精神科急性期治療病棟入院料):*****		
61	A311-3	精神科救急・合併症 入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。	850100045	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科救急・合併症入 院料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100046	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急・合併症入 院料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
			(当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合) 投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」 別添1第1章第2部A311-3精神科救急・合併症入院料の(3)のA又はイの理由のうち該当するものを記載する こと。	820100523	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):ア クロザ ピンの副作用等の事由により、投与を中止		
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザ ピンの投与中止回数	820100524	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):イ 患者事由 により、投与を中止		
				850100047	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日 (精神科救急・合併症入院料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				842100027	クロザピンの投与中止回数(精神科救急・合併症入院料):*****		
62	A312	精神療養病棟入院料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100048	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(精神療養病棟入院料): *****		
63	A312	精神療養病棟入院料 の非定型抗精神病薬 加算	非定型、定型を含めて投与している抗精神病薬をすべて記載すること。	830100049	抗精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神療養病棟入院料)):*****		
64	A312	精神療養病棟入院料 の重症者加算	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
65	A314	認知症治療病棟入院 料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100050	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(認知症治療病棟入院料): *****		
66	A317	特定一般病棟入院料 の救急・在宅等支援 病床初期加算	入院元を記載すること。	830100051	入院元(特定一般病棟入院料)(救急・在宅等支援病床初期加算):*****		
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記 載例1参照) 〔記載例1〕 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者が XXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100006	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(救急・在宅等支援病床初期加 算):*****		
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) 〔記載例2〕 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100007	直近の入院医療機関名及び退院年月日(救急・在宅等支援病床初期加 算):*****		
67	A317	特定一般病棟入院料 を算定している患者に ついて、地域包括ケア 入院医療管理が行わ れた場合	地域包括ケア入院医療管理を行う病室に入室した年月日を記載すること。	850100048	特定一般病棟入院料(地域包括ケアを行う病室への入室年月日:(元 号)yy“年”mm“月”dd“日”		
			(必要があつて患者を他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100054	患者を他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特定一般病棟入院料)(地 域包括ケア):*****		
68	A318	地域移行機能強化病 棟入院料の非定型抗 精神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している抗精神病薬をすべて記載すること。	830100055	抗精神病薬名(地域移行機能強化病棟入院料)(非定型抗精神病薬加算): *****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
69	A318	地域移行機能強化病 棟入院料の重症者加 算	算定した日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
70	A319	特定機能病院リハビリ テーション病棟入院料	(医療上特に必要がある場合であって、特定機能病院リハビリテーション病棟から他の病棟へ患者が移動した場合)その医療上の必要性について詳細に記載する。	830100476	他の病棟へ患者が移動した医療上の必要性(特定機能病院リハビリテー ション病棟入院料):*****		
			転院前の保険医療機関における特定機能病院リハビリテーション病棟入院料又は回復期リハビリテーション病棟入 院料の算定日数を記載すること。	830100477	転院前の保険医療機関における算定日数(特定機能病院リハビリテーショ ン病棟入院料):*****		
71	A400の1	短期滞在手術等基本 料1	短手1と表示し、算定日及び手術名を記載すること	算定日情報	(算定日)	○	
				820100992	対象手術(短手1):内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長 ホルモン(GH)(一連として)		
				820100993	対象手術(短手1):小児食物アレルギー負荷検査		
				820100525	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 3 長径四センチメー トル以上(六歳未満に限る。)		
				820100526	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 3 長径六センチ メートル以上十二センチメートル未満(六歳未満に限る。)		
				820100527	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 4 長径十二セ ンチメートル以上(六歳未満に限る。)		
				820100528	対象手術(短手1):腋臭症手術		
				820100994	対象手術(短手1):四肢・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 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 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 (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 術		
				820100533	対象手術(短手1):水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫 着レンズを挿入するもの		
				820101157	対象手術(短手1):水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ そ の他のもの		
				820101158	対象手術(短手1):水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合		
				820101159	対象手術(短手1):水晶体再建術 3 計画的後囊切開を伴う場合		
				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 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 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 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 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 悪性腫瘍粘膜切除術		
				820100538	対象手術(短手1):内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチ メートル未満		
				820101011	対象手術(短手1):痔核手術(脱肛を含む。)-硬化療法(四段階注射法 によるもの)		
				820101012	対象手術(短手1):肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム 切除術(肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)		
				820101013	対象手術(短手1):尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)		
				820101014	対象手術(短手1):顕微鏡下精索静脈瘤手術		
				820100539	対象手術(短手1):経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウム レーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
			(短期滞在手術等基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合) 短期滞在手術等基本料を算定しない理由を記載すること。 (短期滞在手術等基本料1を算定する患者について、当該手術とは別の目的で実施した、検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目の費用を算定する場合) その旨を記載すること。	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		
				830100056	非算定理由(短手1):*****		
				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) 「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) 「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。 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節第1節B001の2特定薬剤治療管理料の(1)のアの(イ)から(ナ)までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。 また、初回の算定年月を記載すること。ただし、抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月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 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
				820100569 820100570 820100062 820100063 820100572 820100843 820101163	(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 (タ) イマチニブを投与 (レ) リンパ脈管腫症の患者でシロリムス製剤を投与 (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 (ツ) 片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与 (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 (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) エベロリムスの初回投与日 (エベロリムスの初回投与から3月の間に算定する場合) エベロリムスの血中濃度測定の実施を記載すること。	850100050 830100059	エベロリムスの初回投与年月日(特定薬剤治療管理料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 エベロリムスの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) 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に規定するものうち該当するものを選択して記載すること。	850100054 850100055 820100064 820100065	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 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 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 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 820190488	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 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 820190043	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 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) その必要性を記載すること。 (慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査であって特例として算定を認められた検査を別に算定した場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1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 820100066 820100067 820100068 820100069 820100070 820100071	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):***** 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 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 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 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 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 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) 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の値又は内服薬やインスリン製剤を使用している旨を記載すること。	842100028 820100574	ヘモグロビンA1c値(糖尿病透析予防指導管理料):***** 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 820190002	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" 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 842100111	乳腺炎重症化予防ケア・指導料1の通算実施回数:***** 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) その医療上の必要性を詳細に記載すること。 (「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) 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 820100057 820100056 820100057	2回算定する医療上の必要性(腎代替療法指導管理料):***** 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 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 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 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
			(「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) 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: *****		
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 820190049	前回算定年月(一般不妊治療管理料):(元号)yy"年"mm"月" 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。 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。 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。 (2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合) 当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。	830100478 820190061 830100479 850100403 850100404 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):***** 初回(生殖補助医療管理料) 治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計(生殖補助医療管理料):***** 胚移植術の実施回数を確認した年月日(生殖補助医療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 治療計画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" 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) その理由を記載すること。 (他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定しているため小児科外来診療料を算定しない場合) 他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定している旨記載すること。 (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) 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 820100578 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): ***** 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 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) 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) 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。 (所定点数の100分の50に相当する点数により算定する場合) 算定日を記載すること。 (100分の50に相当する点数を算定したにもかかわらず、その後も治療を継続する場合) 治療を継続する医学的理由を記載すること。 (外来放射線照射診療料を算定したにもかかわらず予定の期間よりも早期に外来放射線照射を終了する場合) 早期に治療終了となった医学的理由を記載すること。	算定日情報 算定日情報 算定日情報 830100070 830100071	(算定日) (算定日) (算定日) 治療を継続する医学的理由(外来放射線照射診療料):***** 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):*****	○ ○ ○	
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) 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): *****		
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 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" 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) 退院日(年月日)及び実施した手術名を記載すること。 (地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関において算定する場合) 入院中に当該指導管理料を算定した保険医療機関名及び実施した手術名を記載すること。	850100067 830100073 830100074 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" 手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):***** 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)):***** 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 820190003	前回算定年月(療養・就労両立支援指導料):(元号)yy"年"mm"月" 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 遺伝性疾患療養指導管理料の2のロ 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とが異なる場合) 「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 検査又は病理診断を実施した年月日を記載すること。 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。 【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とが異なる場合】 「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 850100497 830100928 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" 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" 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):***** 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"		※ ※ ※ ※
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 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
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) 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)) 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) 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) 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。 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 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
148	B009	診療情報提供料(Ⅰ) の療養情報提供加算	療養に係る情報を得た訪問看護ステーション名を記載すること。	830100081	訪問看護ステーション名(療養情報提供加算(診療情報提供料(1))): *****		
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) 当該患者が妊娠している者である旨記載すること。	820100579	妊娠中(連携強化診療情報提供料)		
			(産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関等と他の保険医療機関が連携した場合) 前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850100415	前回算定年月(連携強化診療情報提供料):(元号)yy“年”mm“月”		
				820190050	初回(連携強化診療情報提供料)		
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。>) 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) 当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病についての診療を開始した日を「傷病名」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)	○	
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)	○	
			(遺族等に対して意見書を交付した場合で遺族等が他に療養の給付を受けていない場合) 当該遺族等の診療報酬明細書に相統と表示し、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) 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通院をしたことがある患者		
				820100584	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):入院の期間が1年以上の患者		
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通院をしたことがある患者		
				820100603	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):入院の期間が1年以上の患者		
				820100604	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある。		
				820100605	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自分1人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある		
				820100606	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家族以外への暴力行為、器物破壊、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 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
				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) 「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) 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) 当該他の保険医療機関の名称を記載すること。	830100814	訪問診療を行っている保険医療機関名:*****		
			(往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームに入所する患者に往診料を算定した場合) 当該介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームの名称を記載すること。	830100815	入所する介護保険施設等の名称:*****		
			(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した日と同一日に往診料を算定した場合) 患者の病状の急変等往診が必要となった理由を記載すること。	830100086	患者の病状の急変等往診が必要となった理由:*****		
			(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) 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。	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 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 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 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) その必要性、必要を認めた診療年月日及び当該訪問診療を行った年月日を記載すること。	830100088	頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性(在宅患者訪問診療料(1)): *****		
				850100094	必要性を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(1)):(元号)yy”年”mm”月”dd”日		
				850100095	訪問診療年月日(在宅患者訪問診療料(1)):(元号)yy”年”mm”月”dd”日		
			(「2」の在宅患者訪問診療料2を算定する場合) 他の保険医療機関からの求めがあった年月を記載すること。	850100096	他医療機関から依頼があった年月(在宅患者訪問診療料(1)):(元号)yy”年”mm”月		
			(「2」の在宅患者訪問診療料2について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の(7)のただし書きに該当する場合) 他の保険医療機関から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。	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		
			(「2」の在宅患者訪問診療料2について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の(8)の規定により、他の保険医療機関からの求めがあった月から6月を超えて算定する場合) 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ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。	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 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
169	C001	在宅患者訪問診療料 (Ⅰ)(「1」に限る。)の 在宅ターミナルケア加算	死亡年月日を記載すること。 (当該患者が在宅以外で死亡した場合) 死亡前24時間以内に行った訪問診療の年月日及び時刻を記載すること。	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): (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 (Ⅰ)(「1」に限る。)の 死亡診断加算	(「情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断等ガイドライン(平成29年9月厚生労働省)」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い、死亡診断加算のみを算定する場合) ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。	820100624	ICTを利用した看護師との連携による死亡診断		
171	C001	在宅患者訪問診療料 (Ⅰ) 注9の規定により算定 する場合(患者との距離 が16kmを超えた場合等)	訪問地域(距離)、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。	830100090	訪問地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間(在宅患者訪問診療料(1)):*****		
172	C001-2	在宅患者訪問診療料 (Ⅱ)	(注1のイの場合で、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合)その必要性、必要を認めた診療年月日及び当該訪問診療を行った年月日を記載すること。	830100091	頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性(在宅患者訪問診療料(2)):*****		
				850100102	必要を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(2)):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100103	訪問診療年月日(在宅患者訪問診療料(2)):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
173	C001-2	在宅患者訪問診療料 (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(1)-(2))	○	
174	C001-2	在宅患者訪問診療料 (Ⅱ)(注1のイの場合 に限る。)の在宅ターミ ナルケア加算	死亡年月日を記載すること。 (当該患者が有料老人ホーム等以外で死亡した場合) 死亡前24時間以内に行った訪問診療の年月日及び時刻を記載すること。	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): (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 (Ⅱ)(注1のイの場合 に限る。)の死亡診断 加算	(「情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断等ガイドライン(平成29年9月厚生労働省)」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い、死亡診断加算のみを算定する場合) ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。	820100624	ICTを利用した看護師との連携による死亡診断		
176	C002 C002-2	在宅時医学総合管理 料 施設入居時等医学総 合管理料	当該月において往診又は訪問診療を行った年月日を記載すること。	850100106	往診又は訪問診療年月日(在医総管):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100107	往診又は訪問診療年月日(施医総管):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
			当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日を記載すること。	850100492	情報通信機器を用いた診療年月日(在医総管):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100493	情報通信機器を用いた診療年月日(施医総管):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
			(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。	842100035	単一建物診療患者数(在医総管):*****		
				842100036	単一建物診療患者数(施医総管):*****		
			(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「同一建物居住者以外の場合」を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患者において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) 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) 「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 C002-2	在宅時医学総合管理 料 施設入居時等医学総 合管理料の在宅移行 早期加算	初回の当該管理料を算定した年月日を記載すること。	850100108	初回算定年月日(在宅移行早期加算(在医総管)):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100109	初回算定年月日(在宅移行早期加算(施医総管)):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
178	C002 C002-2	在宅時医学総合管理 料 施設入居時等医学総 合管理料の包括的支 援加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2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。 【1 要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態】 1-1 要介護3 1-2 要介護4 1-3 要介護5 1-4 障害支援区分2以上 【2 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上】 2-1 ランクⅢa 2-2 ランクⅢb 2-3 ランクⅣ 2-4 ランクⅤ 3 頻回の訪問看護を受けている状態 4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 5 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 6 麻薬投薬を受けている状態 【7 その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態】 7-1 脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者 7-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者 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 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 料	在宅がん医療総合診療料を算定した週において、訪問診療、訪問看護を行った年月日を記載すること。 連携保険医療機関又は訪問看護ステーションが行った訪問看護についても同様であること。	850100111	訪問診療年月日(在宅がん医療総合診療料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100112	訪問看護年月日(在宅がん医療総合診療料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
180	C004	救急搬送診療料の長 時間加算	診療に要した時間を記載すること。	852100004	診療に要した時間(長時間加算(救急搬送診療料))		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 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 C005-1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料	(在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行った場合) 支援と記載し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。	830100092	支援 訪問看護の指示を行った在宅療養支援診療所名(在宅患者訪問看護・指導料);*****		
			(月の初日が週の途中にある場合) 前月の最終の週における訪問回数を記載すること。	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) 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 C005-1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の難病等複数回訪問 加算	頻回な在宅患者訪問看護・指導を行う必要を認めた診療年月日、訪問看護・指導を行った年月日及びその必要を認めた理由を記載すること。	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 C005-1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の在宅患者連携指 導加算・同一建物居 住者連携指導加算	情報共有を行った年月日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	850100117	情報共有年月日(在宅患者連携指導加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100118	指導年月日(在宅患者連携指導加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
185	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の在宅患者緊急時 等カンファレンス加算 ・同一建物居住者緊急 時等カンファレンス加 算	カンファレンスを実施した年月日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	850100119	カンファレンス実施年月日(緊急時等カンファレンス加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100120	共同指導年月日(緊急時等カンファレンス加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
186	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の在宅ターミナルケ ア加算・同一建物居住 者ターミナルケア加算	訪問看護を実施した年月日及び時刻、患者が死亡した場所として在宅又は在宅以外のうち該当するもの及び日時(年月日及び時刻)を記載すること。	820100097	在宅で死亡		
				820100098	在宅以外で死亡		
				850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100001	患者死亡時刻(在宅ターミナルケア加算)		
187	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の在宅移行管理加 算又は在宅移行管理 重症者加算	使用している医療機器等の名称(当該診療報酬明細書において医療機器の使用等が明らかである場合を除く。)を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
188	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の夜間・早朝訪問 看護加算又は深夜訪 問看護加算	訪問看護を実施した日時(年月日及び時刻)を記載すること。	850100121	訪問看護年月日(夜間・早朝訪問看護加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100122	訪問看護年月日(深夜訪問看護加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100002	訪問看護実施時刻(夜間・早朝訪問看護加算)		
				851100003	訪問看護実施時刻(深夜訪問看護加算)		
189	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の看護・介護職員 連携強化加算	介護職員等と同行訪問した年月日を記載すること。	850100123	同行訪問年月日(看護・介護職員連携強化加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
190	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の特別地域訪問看 護加算	患者の住所並びに通常の経路及び方法で訪問に要する時間(片道)を記載すること。	830100095	患者住所(特別地域訪問看護加算);*****		
				852100005	訪問に要する時間(片道)(特別地域訪問看護加算)		
			(特別地域訪問看護加算口の場合) 訪問看護・指導を行った年月日を記載すること。	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		※
			(特別地域訪問看護加算口の場合) 訪問看護・指導に要した時間を記載すること。	852100016	訪問看護時間(特別地域訪問看護加算口の場合)		※
191	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の緊急訪問看護加 算	加算を算定する理由を詳細に記載すること。	830100817	緊急訪問看護の理由(緊急訪問看護加算);*****		
			緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。	850190211	緊急訪問年月日(緊急訪問看護加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
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) 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 射管理指導料	点滴注射を行った年月日を記載すること。	850100124	点滴注射年月日(在宅患者訪問点滴注射管理指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
			(在宅患者訪問点滴注射管理指導料に用いる注射薬を支給した場合) 「注射」欄の例により記載し、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る注射薬である旨の「訪点」を表示すること。 なお、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る指示を行った後に算定要件を満たさず薬剤料のみを算定する場合についても同様に記載すること。	820100642	訪点		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
195	C006	在宅患者訪問リハビリ テーション指導管理料	訪問指導を行った日及び単位数を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				114006410	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(同一建物居住者以外)	○	
				114015010	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(同一建物居住者)	○	
			(急性増悪等により、一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を必要とする患者に対して行った場合) 「急性」と表示すること。	820100643	急性		
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 別訪問看護指示加算	算定日を記載すること。また、頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由として、「急性増悪」、「終末期」、「退 院直後」、「その他」の中から該当するものを選択して記載すること。なお、「その他」を選択した場合は、具体的な理由 を記載すること。	820100099	急性増悪		
				820100100	終末期		
				820100101	退院直後		
				830100469	その他具体的理由(特別訪問看護指示加算):*****		
198	C007 注3	訪問看護指示料の手 順書加算	前回の算定日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850100418	前回算定年月日(手順書加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190052	初回(手順書加算)		
199	C007-2	介護職員等喀痰吸引 等指示料	前回の指示書を交付した年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190006	指示書の前回交付年月日(介護職員等喀痰吸引等指示料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190006	初回(介護職員等喀痰吸引等指示料)		
200	C008	在宅患者訪問薬剤管 理指導料	(月2回以上算定した場合) 算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。	842100041	単一建物患者数(在宅患者訪問薬剤管理指導料):*****		
			(1つの患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 訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満 で保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知 症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単 一建物診療患者の人数とみなす場合)	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 事指導料	(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。	842100042	単一建物患者数(在宅患者訪問栄養食事指導料):*****		
			(1つの患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 訪問栄養食事指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満 で当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認 知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する人数を 単一建物診療患者の人数とみなす場合)	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 ンファレンス料	カンファレンスを実施した年月日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った年月日を記載する こと。	850100127	カンファレンス実施年月日(在宅患者緊急時等カンファレンス料):(元 号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100128	指導年月日(在宅患者緊急時等カンファレンス料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
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 者又は神経難病等の患者を対象とした場合) 当該診療の初回算定年月日及び初回からの通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	842100043	通算算定回数(在宅患者共同診療料):*****		
205	C012-2	訪問診療薬剤師同時 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 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 理指導料	(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C013在宅患者訪問褥瘡 管理指導料の(8)又は(9)により当該指導管理料算定する場合) カンファレンスの実施年月日、DESIGN-R※2020による深さの評価及び本通知C013(2)のいずれに該当するのかを 記載すること。	850100130	初回カンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元 号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100131	2回目のカンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): (元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100132	3回目のカンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): (元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820100644	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d 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 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 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 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 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 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 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 もの		
				820100652	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の 持続的な使用が必要であるもの		
				820100653	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):ウ 強度の下痢が続く状態 であるもの		
				820100654	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):エ 極度の皮膚脆弱である もの		
				820100655	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):オ 皮膚に密着させる医療 関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの		
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 導料):*****		
				850100490	共同指導を行った年月日(外来在宅共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
208	C015	在宅がん患者緊急時 医療情報連携指導料	ICTを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日を記載すること。	850190212	ICTを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日(在宅がん 患者緊急時医療情報連携指導料):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
209	C100	退院前在宅療養指導 管理料	(退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載するこ と。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
210	C101	在宅自己注射指導管 理料	(在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給日数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				830100480	薬剤支給日数(在宅自己注射指導管理料):*****		
			(緊急時に受診した場合の注射に係る費用を算定する場合) 緊急時の受診である旨及びその年月日を記載すること。	820100656	算定理由(在宅自己注射指導管理料):緊急時		
				850100133	緊急受診した年月日(在宅自己注射指導管理料):(元号)yy”年”mm”月” dd”日”		
211	C101 注4	在宅自己注射指導管 理料 バイオ後続品導入初 期加算	初回処方年月日を記載すること。	850100408	初回使用年月日(バイオ後続品導入初期加算):(元号)yy”年”mm”月”dd” 日”		
212	C101-3	在宅妊娠糖尿病患者 指導管理料2	分娩日(年月日)を記載すること。	850100134	分娩日(在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
213	C102の1	在宅自己腹膜灌流指 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) 「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 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。	820100110	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 流指導管理料1)		
				820100111	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 管理料1)		
				820100112	ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの(在宅自己腹膜 灌流指導管理料1)		
				820100113	エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの(在宅自己腹 膜灌流指導管理料1)		
				820100114	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 1)		
			(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。)) 算定した日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				算定日情報	(算定日)	○	
			(在宅自己連続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) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載するこ と。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
			(他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合) J038人工腎臓を算定している他の保険医療機関名 (他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合) 他の保険医療機関での実施の必要性	特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
				830100096	人工腎臓を算定している他の保険医療機関名(在宅自己腹膜灌流指導管 理料1):*****		
214	C102の2	在宅自己腹膜灌流指 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 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	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 流指導管理料2)		※
				820101355	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 管理料2)		※
				820101356	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 灌流指導管理料2)		※
				820101357	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 膜灌流指導管理料2)		※
				820101358	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 2)		※
				算定日情報	(算定日情報)	○	
215	C102-2	在宅血液透析指導管 理料	(1月に2回以上在宅血液透析指導管理料を算定した場合) 初回の指導管理を行った年月日を記載するとともに、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項 について」別添1第2章第2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 当するものを選択して記載すること。	850100137	初回算定年月日(在宅血液透析指導管理料):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
				820100115	ア 在宅血液透析の導入期にあるもの		
				820100116	イ 合併症の管理が必要なもの		
				820100117	ウ その他医師が特に必要と認めるもの		
			(人工腎臓を算定した場合) 算定した日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)	○	
216	C103	在宅酸素療法指導管 理料	当該月の動脈血酸素分圧又は動脈血酸素飽和度を記載すること。	842100072	動脈血酸素分圧(在宅酸素療法指導管理料):*****		
				842100044	動脈血酸素飽和度(%) (在宅酸素療法指導管理料):*****		
			(慢性心不全で適用になった患者の場合) 初回の指導管理を行った月において、終夜睡眠ポリグラフィの実施日及び無呼吸低呼吸指数を記載すること。	850100139	終夜睡眠ポリグラフィの実施年月日(在宅酸素療法指導管理料):(元 号)yy”年”mm”月”dd”日”		
				842100045	無呼吸低呼吸指数(在宅酸素療法指導管理料):*****		
217	C103	在宅酸素療法指導管 理料の遠隔モニタリ ング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	850100140	在宅酸素療法指導管理料の前回算定年月(遠隔モニタリング加算):(元 号)yy”年”mm”月”		
218	C103 C107 C107-2	在宅療養指導管理材 料加算の乳幼児呼吸 管理材料加算	(6歳未満の乳幼児に対する在宅呼吸管理を行い、専用の経皮的動脈血酸素飽和度測定器その他附属品を貸与又は 支給した場合) 貸与又は支給した機器等の名称及びその数量を記載すること。	830100819	貸与又は支給した機器等の名称及びその数量(在宅療養指導管理材料 加算(乳幼児呼吸管理材料加算)):*****		
219	C104	在宅中心静脈栄養法 指導管理料	(在宅中心静脈栄養法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載するこ と。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
220	C105	在宅成分栄養経管栄 養法指導管理料	(在宅経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
				医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 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 療養指導管 理材料加算 通則	在宅療養指導管理材 料加算	(1月に2回又は3回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月 分のいずれかを算定したのかを選択して記載すること。	820100122	当月分		
				820100123	翌々月分		
				820100124	翌月分		
				820100125	前月分		
				820100126	前々月分		
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) 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):*****		
239	C153の1	注入器用注射針加算 の1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C153注入器用注射針加 算の(2)の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 「2」の「イ」観水コー ティング	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C163の「特殊カテーテル 加算」の(3)のAからエまでの中から該当するものを選択して記載するとともに、要件を満たす医学的根拠を記載す ること。	830100104	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	U 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:*****		
				820100127	A 留意事項通知アの慢性心不全患者にASV療法を実施した場合		
241	C165の1	在宅持続陽圧呼吸吸 用法用治療器加算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第2章第2部第2節C107-2在宅持 続陽圧呼吸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) (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。 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。	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 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 C300	初診、再診又は在宅医 療において、患者の診 療を担う保険医の指示 に基づき、当該保険医 の診療日以外の日に訪 問看護ステーション等の 看護師等が、当該患者 に対し点滴又は処置等 を実施した場合	(初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に 訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合) これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が使用された日を記載すること。	850190200	訪問看護ステーション等の看護師等が薬剤を使用した年月日(C200): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190201	訪問看護ステーション等の看護師等が特定保険医療材料を使用した年月 日(C300):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
244	C	在宅療養支援診療所、 在宅療養支援病院から 患者の紹介を受けて在 宅療養指導管理を行う 場合	(「診療報酬の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第59号)第2章第2部第2節第1款の通則3の規定に基づき、 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院から患者の紹介を受けて在宅療養指導管理を行う場合) 紹介元医療機関名及び当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。	830100108	紹介元医療機関名:*****		
				830100109	在宅療養指導管理料の算定理由:*****		
245	C	退院した患者に対して、 当該退院月に、退院日 に在宅療養指導管理料 を算定した保険医療機 関以外の保険医療機関 において在宅療養指導 管理料を算定した場合	(退院した患者に対して、当該退院月に、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療 機関において在宅療養指導管理料を算定した場合) 当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。	830100109	在宅療養指導管理料の算定理由:*****		
246	C	在宅療養指導管理料の いずれかの所定点数に 併せて特定保険医療材 料のうち「皮膚欠損用創 傷被覆材」又は「非閉 鎖性シリコンガーゼ」を 支給した場合	(在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて特定保険医療材料のうち「皮膚欠損用創傷被覆材」又は 「非閉鎖性シリコンガーゼ」を支給した場合(在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を除く。)) 特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
247	D	時間外緊急院内検査 加算	検査開始日時を記載すること。	853100001	検査開始日時(時間外緊急院内検査加算):dd"日"hh"時"mm"分"		
			(引き続き入院した場合) 引き続き入院した場合である旨を記載すること。	820100129	引き続き入院		
248	D	外来迅速検体検査加 算	(外来診療料を算定した場合であって、当該診療料に包括される検査のみに対して当該加算を算定した場合) 当該加算を算定した日に行った検体検査の項目名を記載すること。	830100111	検体検査名(外来迅速検体検査加算):*****		
			(引き続き入院した場合) 引き続き入院した場合である旨を記載すること。	820100129	引き続き入院		
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 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) 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型脂肪酸結合蛋白 (L-FABP)(原)	(3月に2回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。	830100112	3月に2回以上算定した詳細な理由(L型脂肪酸結合蛋白(L-FAB P)(原)):*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レポート電算処理 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 み記載	令和8年 6月1日 適用
252	D001の20	好中球ゼラチナーゼ 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) 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) 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(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) 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。)				
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) 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。)				
256	D004-2の1	悪性腫瘍組織検査 1 悪性腫瘍遺伝子検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3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 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
				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) 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) 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要否を判定することを目的として測定を行った場合) 30日間を超え1週間に1回に別に算定する。その医学的な必要性を記載すること。	830100823	医学的な必要性(ADAMTS13活性):*****		
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) 2回以上算定する場合は、その医学的必要性について記載すること。	830100824	2回以上算定する医学的必要性(血小板凝集能 イ 鑑別診断の補助に用いるもの):*****		
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) 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。 (2回以上実施する場合) その医療上の必要性を記載すること。	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) 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 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 法を用いた場合	(びまん性大細胞型B細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断の目的で2回以上検査を行った場合) 「未確」と表示し、前回算定日を記載すること。	850100420	前回算定年月日(染色体検査1 FISH法を用いた場合):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820100858	未確(染色体検査1 FISH法を用いた場合)		
263	D006-10	CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)	(CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)及びCCR4タンパクを併せて算定した場合) その理由及び医学的根拠を記載すること。	830100121	併せて算定した理由及び医学的根拠(CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)):*****		
264	D006-11	FIP1L1→PDGFRα 融合遺伝子検査	本検査を必要と判断した理由を記載すること。 (本検査を再度実施した場合) 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) 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 検査	上皮内癌(CIS)と診断された病理所見を記載すること。 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。 (本検査を過去に算定している場合) 過去の算定日を記載すること。	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) 固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100761	固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(血液を検体とする)(がんゲノムプロファイリング検査):*****		
			(血液を検体とする場合であって、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として実施したがんゲノムプロファイリング検査において、包括的なゲノムプロファイルの結果を得られなかった場合) その旨を記載すること。	820100859	包括的なゲノムプロファイルの結果を得られない血液を検体とする)(がんゲノムプロファイリング検査)		
				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 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
269	D006-19の1	がんゲノムプロファイリング検査 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) 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 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」) 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) その理由を記載すること。 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	(早産児にあって、生後2週間を超えて、修正週数として正期産に相当する期間まで経過観察を行う場合) 検査を実施した日に相当する修正週数を記載すること。	842100112	検査を実施した日に相当する修正週数(アルブミン非結合型ビリルビン):*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レポート電算処理 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 み記載	令和8年 6月1日 適用
286	D007の56	ロイシンリッチ α2グリ 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 (BNP)	(脳性Na利尿ペプチド(BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)及び心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上を実施した場合) 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
288	D008の21	脳性Na利尿ペプチド 前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)	(脳性Na利尿ペプチド(BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)及び心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上を実施した場合) 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
289	D008の24	低カルボキシル化オ ステオカルシン(ucO C)	(2回目を算定した場合) 前回算定年月日を記載すること。	850100161	前回算定年月日(ucOC);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
290	D008の26	酒石酸抵抗性酸ホス ファターゼ (TRACP－ 5b)	(診断補助として実施した後、6月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合) 診断補助として実施した日を記載すること。	850100159	診断補助の実施年月日(TRACP－5b);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(治療方針を変更した際に実施した場合) 治療方針の変更年月日を記載すること。	850100160	治療方針変更年月日(TRACP－5b);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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 ド(ANP)	(脳性Na利尿ペプチド(BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)及び心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上を実施した場合) 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
293	D008の53	抗ミューラー管ホルモ ン(AMH)	前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190050	前回実施年月日(抗ミューラー管ホルモン(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 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) 「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 ペプチド	(悪性中皮腫の診断の補助を目的として実施する場合) 本検査が必要である理由を記載すること。	820100809	(イ)石綿曝露歴があり、胸水、腹水等の貯留が認められる患者(可溶性メソ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) 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 ンデックス(phi)	(前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合) 前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190051	前回実施年月日(プロステートヘルスインデックス(phi));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190056	初回(プロステートヘルスインデックス(phi))		
			前立腺特異抗原(PSA)の測定年月日及び測定結果を記載すること。	850100436	前立腺特異抗原(PSA)の測定年月日(プロステートヘルスインデックス(phi));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100494	前立腺特異抗原(PSA)の測定結果(プロステートヘルスインデックス(phi));*****		
299	D009の35	アポリボ蛋白A2(A POA2)アイソフォーム	(2回以上算定する場合) 必要性を記載すること。	830100495	2回以上算定する場合(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 腫瘍マーカーの(24)アの(イ)に実施する場合) CA19－9の測定年月日及び測定結果を、記載すること。	850190222	CA19－9の測定年月日(アの(イ)に実施(アポリボ蛋白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 HIV－1、2抗体半定 量 HIV－1、2抗原・抗体 同時測定定性	(K920輸血料(「4」の自己血輸血を除く。)を算定した患者又は血漿成分製剤(新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等)の輸注を行った患者の場合) 当該輸血又は輸注が行われた最終年月日を記載すること。	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) 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 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) 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) 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 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
305	D012の28	SARS-CoV-2抗原定 性	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100500	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2抗原定性);*****		
306	D012の42	単純ヘルペスウイルス 抗原定性(皮膚)	(医学的な必要性から、本検査を2回以上算定する場合) その理由を記載すること。	830100844	2回目以上算定する理由(単純ヘルペスウイルス抗原定性(皮膚));*****		
307	D012の53	SARS-CoV-2・イン フルエンザウイルス抗原 同時検出定性	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19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 であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100503	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・インフルエンザウ イルス抗原同時検出定性);*****		
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) 検査を実施した医学的な必要性を記載すること。 (KOH直接鏡検が実施できない場合) KOH直接鏡検を実施できない理由を記載すること。	830100496 830100497	医学的な必要性(白癬菌抗原定性);***** 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 pp65抗原定性	(高度細胞性免疫不全の患者に対して算定した場合) 当該検査が必要であった理由を記載すること。	830100456	高度細胞性免疫不全に対して算定した必要性理由(サイトメガロウイルス pp65抗原定性必要理由);*****		
310	D012の63	SARS-CoV-2・R Sウイルス抗原同時検 出定性	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はRSウイルス感染症以外の診断がつかない場合であって、さ らに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100845	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・RSウイルス抗原 同時検出定性);*****		
311	D012の63	SARS-CoV-2・イン フルエンザウイルス抗原 同時検出定性	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19、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 診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100846	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・インフルエンザウ イルス・RSウイルス抗原同時検出定性);*****		
312	D012の65	SARS-CoV-2抗原定 量	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100501	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2抗原検出定量); *****		
313	D012の64	トキソプラズマIgG抗 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) 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 9型(AAV9)抗体	(2回以上算定する場合) 必要性を記載すること。	830100499	2回以上算定する必要性(抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗体); *****		
316	D012の70	抗アデノ随伴ウイルス 血清型rh74(AAVrh 74)抗体	(2回以上算定する場合) 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) 抗体);*****		※
317	D014の24	抗シトルリン化ペプ チド抗体定性 抗シトルリン化ペプ チド抗体定量	(関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定する場合) 「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。 (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) その医学的な必要性を記載すること。	850100171 850100172 842100050 842100051 830100128 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” 月”dd”日” 検査の実施年月日(抗シトルリン化ペプチド抗体定量):(元号)yy“年”mm” 月”dd”日” 未確 検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定性);***** 未確 検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定量);***** 検査を2回以上算定する医学的な必要性(抗シトルリン化ペプチド抗体定 性);***** 検査を2回以上算定する医学的な必要性(抗シトルリン化ペプチド抗体定 量);*****		
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) 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) 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) 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 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” 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 性カルシウムチャネル 抗体(抗P/Q型VGCC 抗体)	(反復刺激誘発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) その詳細な理由を記載すること。	830100504	医学的な必要性(抗P/Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体(抗P/Q 型VGCC抗体));*****		
323	D014の47	抗HLA抗体(スクリー ニング検査)	(1年に2回以上実施する場合) その理由及び医学的な必要性を記載すること。	830100131	1年に2回以上実施する医学的な必要性(抗HLA抗体(スクリーニング検 査));*****		
324	D014の49	抗HLA抗体(抗体特異 性同定検査)	(1年に2回以上実施する場合) その理由及び医学的な必要性を記載すること。	830100132	1年に2回以上実施する医学的な必要性(抗HLA抗体(抗体特異性同定検 査));*****		
325	D015の16	インターロイキン-6(IL -6)	実施した年月日を記載すること。 (3回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。	850100437 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” 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。 (「(ハ) 妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見に該当する場合」 医学的根拠を記載すること。 (「(ホ) 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見に該当する場合」 医学的根拠を記載すること。 (「リスク因子を2つ以上有する妊婦において算定する場合」 詳細な理由を記載すること。 (「一連の妊娠につき2回以上算定する場合」 詳細な理由を記載すること。	820100860 820100861 820100862 820100863 820100864 830100506 830100507 830100508 830100509	(イ) 収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上(sFl t-1/PIGF比) (ロ) 蛋白尿(sFlt-1/PIGF比) (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) (ニ) 子宮内胎児発育遅延(sFlt-1/PIGF比) (ホ) 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見(sFlt-1/PIGF比) (ハ)に該当する医学的根拠(sFlt-1/PIGF比);***** (ホ)に該当する医学的根拠(sFlt-1/PIGF比);***** 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); ***** 医学的必要性(一連の妊娠につき2回以上算定)(sFlt-1/PIGF比); *****		
327	D015の31	コンシズマブ	(2回以上算定する場合) 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 1112第1号厚生労働省健康局長通知)において示されている診断基準に基づいて、当該疾患を疑う根拠を記載する こと。	830100847	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール(GPI)欠損症を疑う根拠(顆 粒球表面抗原検査);*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
329	D017	排泄物、滲出物又は 分泌物の細菌顕微鏡 検査	(排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣(鏡検法)又は尿沈渣(フローサイトメトリー法)を同一日に 併せて算定する場合) 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。	830100133	検体の種類(S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 て、B型肝炎の再活性化を考慮し、「4」のHBV核酸定量を行った場合) 治療中又は治療終了年月日を記載すること。	850100438	治療終了年月日(HBV核酸定量);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100865	B型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を 行っている悪性リンパ腫等の患者の治療中(HBV核酸定量)		
331	D023の6	インフルエンザ核酸検 出	当該検査が必要である理由を記載すること。	820101181	ア 5歳未満の幼児(インフルエンザ核酸検出)		
				820101182	イ 65歳以上の高齢者(インフルエンザ核酸検出)		
				820101183	ウ 妊婦(インフルエンザ核酸検出)		
				820101184	エ その他重症化リスクのある患者(インフルエンザ核酸検出)		
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・ 定量検査の(8)のAからクまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載し、併せて、該当するものに 応じ、以下の事項を記載すること。 ・アに該当する場合、臓器移植の実施年月日 ・イに該当する場合、造血幹細胞移植の実施年月日 ・ウに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日 ・エのうち移植後リンパ増殖性疾患の経過経過観察を目的として実施する場合、移植後リンパ増殖性疾患と診断さ れた年月日及び医学的根拠 ・オのうちEBウイルス陽性が確認された後の経過観察を目的として実施する場合、EBウイルス陽性を確認した年月 日及び医学的根拠 ・カに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日 ・キに該当する場合、医学的根拠	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" 日"		
				850100176	造血幹細胞移植実施年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy"年"mm" 月"dd"日"		
				850100177	移植後リンパ増殖性疾患と診断された年月日(EBウイルス核酸定量);(元 号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100178	EBウイルス陽性を確認した年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy"年" "mm"月"dd"日"		
				850100179	抗胸腺細胞グロブリンの投与開始年月日(EBウイルス核酸定量);(元 号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100136	移植後リンパ増殖性疾患と診断した医学的根拠(EBウイルス核酸定量); *****		
				830100137	EBウイルス陽性を確認した医学的根拠(EBウイルス核酸定量);*****		
				830100848	留意事項通知キに該当する医学的根拠(EBウイルス核酸定量);*****		
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" "mm"月"dd"日"		
334	D023の17	サイトメガロウイルス 核酸定量	(高度細胞性免疫不全の患者に算定する場合) 検査が必要であった理由について記載すること。	830100513	検査が必要な理由(サイトメガロウイルス核酸定量);*****		
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) 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 フルエンザ核酸同時検 出	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100518	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・インフルエンザ核 酸同時検出);*****		
337	D023の20	SARS-CoV-2・R Sウイルス核酸同時検 出	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100849	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・RSウイルス核酸 同時検出);*****		
338	D023の20	SARS-CoV-2・イン フルエンザ・RSウイ ルス核酸同時検出	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100850	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・インフルエンザ・R Sウイルス核酸同時検出);*****		
339	D023の24	ウイルス・細菌核酸及 び薬剤耐性遺伝子多 項目同時検出	検査を実施した年月日を記載すること。 (「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 核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出の(36)のAの(ロ)に該当する場合) 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 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); *****		※
340	D023の25	ウイルス・細菌核酸多 項目同時検出	検査を実施した年月日を記載すること。 (「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 核酸多項目同時検出の(37)のイの(ロ)に該当する場合) 治療内容を記載すること。 (「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 核酸多項目同時検出の(37)のイの(ハ)に該当する場合) 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 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 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); *****		※
341	D023の26	細菌核酸・薬剤耐性 遺伝子同時検出	関連学会が定める敗血症診断基準に基づいて、敗血症を疑う根拠を記載すること。	830100141	敗血症を疑う根拠(細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出);*****		
342	D023の26	ウイルス・細菌核酸多 項目同時検出(髄液)	髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性を詳細に記載すること。	830100851	髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性(ウイ ルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液));*****		
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 と。 (当該検査の2回目以降を算定した場合) 前回実施年月日を記載すること。	850190225	あらかじめ行われた組織診断の実施日(HPVジェノタイプ判定);(元号)yy" 年"mm"月"dd"日"		
				820100146	CIN1		
				820100147	CIN2		
				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 テスト	過去の実施年月日、在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針を記載すること。	850100185	過去実施年月日(シャトルウォーキングテスト);(元号)yy"年"mm"月"dd" 日"		
				830100143	在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針 (シャトルウォーキングテスト);*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レポート電算処理 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 み記載	令和8年 6月1日 適用
347	D215	超音波検査(記録に要する費用を含む。) 2断層撮影法(心臓超音波検査を除く。) ロ その他の場合 (1) 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) 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) 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) 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) 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) 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) 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。	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)		
353	D236-2の1	光トポグラフィ 1 脳外科手術の術前検査に使用するもの	手術実施年月日又は手術実施予定年月日を記載すること。	850100187	手術実施年月日(光トポグラフィ(脳外科手術前検査)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100188	手術予定年月日(光トポグラフィ(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 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。	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)):*****		
				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)):*****		
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。	830100189	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"		
				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"		
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。	850100191	手術実施予定日(脳磁図(自発活動を測定するもの)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				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	検査の医学的な必要性(脳磁図(その他のもの)):*****		
				830100153	結果の概要(脳磁図(その他のもの)):*****		
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。 (感覚・運動の別、左・右の別を記載すること。)	830100154	(イ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****		
				830100155	(ロ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****		
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	(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)):*****		
				830100157	(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)):*****		
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。	830100778	(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)):*****		
				830100521	安全精度管理を要した患者の診断名(疑い病名を含む。)(終夜睡眠ポリグラフィ(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。	830100522	検査中の安全精度管理に係る検査結果の要点(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****		
				830100523	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)):*****		
362	D239の7	筋電図検査 7 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。	830100524	BMI(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****		
				830100525	医学的な必要性(終夜睡眠ポリグラフィ(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。	830100158	正中神経(誘発筋電図):*****		
				830100159	尺骨神経(誘発筋電図):*****		
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。	830100160	腓腹神経(誘発筋電図):*****		
				830100161	脛骨神経(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。	830100162	腓骨神経(誘発筋電図):*****		
				830100163	顔面神経(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。	830100164	橈骨神経(誘発筋電図):*****		
				830100165	三叉神経(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。	830100166	腋窩神経(誘発筋電図):*****		
				830100167	その他(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。	850190226	検査実施年月日(単線維筋電図):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100852	実施医療機関の名称(単線維筋電図):*****		
369	D239の14	筋電図検査 14 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。	830100853	診断名(疑いを含む。)(単線維筋電図):*****		
				830100854	検査を行う医学的必要性(単線維筋電図):*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 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 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) 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 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 気生理検査の(1)から(3)までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。 (1)又は(2)を記載した場合は、直近の算定月日(初回であればその旨)を、(3)を記載した場合は手術施行(予定 を含む。)年月日を記載すること。	820100153	(1) 留意事項通知に規定する患者に対する黄斑疾患の診断目的		
				820100154	(2) 黄斑ジストロフィーの診断目的		
				820100155	(3) 網膜手術の前後		
				850190007	前回算定年月日(網膜機能精密電気生理検査):(元号)yy”年”mm”月”dd” 日”		
				820190007	初回(網膜機能精密電気生理検査)		
				850100194	手術実施年月日(網膜機能精密電気生理検査):(元号)yy”年”mm”月”dd” 日”		
				850100195	手術予定年月日(網膜機能精密電気生理検査):(元号)yy”年”mm”月”dd” 日”		
363	D258-3	黄斑局所網膜電図、 全視野精密網膜電図	(黄斑局所網膜電図又は全視野精密網膜電図を年2回以上算定する場合) その医学的必要性を記載すること。	830100169	年2回以上算定する医学的必要性(黄斑局所網膜電図):*****		
				830100170	年2回以上算定する医学的必要性(全視野精密網膜電図):*****		
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) 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): *****		
365	D285	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	(3月以内に2回以上算定する場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100171	その理由及び医学的根拠(認知機能検査1 簡易なもの):*****		
				850190053	前回実施年月日(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なものイ 簡易なもの):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
			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操作が容易なものイ簡易なもの)		
366	D310の3	小腸内視鏡検査 3 カプセル型内視鏡 によるもの	当該患者の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100172	小腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)症状詳記:*****		
367	D310 注2	小腸内視鏡検査 内視鏡的留置術加算	当該患者の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100527	小腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記:*****		
368	D313の2	大腸内視鏡検査 2 カプセル型内視鏡 によるもの	当該患者の症状詳記を記載すること。さらに、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項につ いて」別添1第2章第3部D313大腸内視鏡検査の(2)のアからウまでに規定するもののうち、該当するものを選択して 記載するとともに、アの場合は実施日を、イ又はウの場合は実施困難な理由を記載すること。 症状詳記については、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	820100156	ア 大腸ファイバースコ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 れた患者		
				850100196	大腸内視鏡検査の実施年月日(大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)):(元 号)yy”年”mm”月”dd”日”		
				830100173	大腸内視鏡検査が困難な理由(大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)): *****		
369	D313 注3	大腸内視鏡検査 バルーン内視鏡加算	当該患者の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100528	大腸内視鏡検査(バルーン内視鏡加算)症状詳記:*****		
370	D313 注4	大腸内視鏡検査 内視鏡的留置術加算	当該患者の症状詳記を 添付記載 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。	830100529	大腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記:*****		
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。 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N000病理組織標本作 製の(1)の(ア)から(ケ)までのいずれかを選択し記載する。 なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載すること。	820100866	ア 気管支及び肺臓		
				820100867	イ 食道		
				820100868	ウ 胃及び十二指腸		
				820100869	エ 小腸		
				820100870	オ 盲腸		
				820100871	カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸		
				820100872	キ S状結腸		
				820100873	ク 直腸		
				820100874	ケ 子宮体部及び子宮頸部		
				830100612	コ その他:*****		
				850190008	前回実施年月日(アルブミン定量(尿)):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
				820190008	初回(アルブミン定量(尿))		
				850190009	前回実施年月日(ミオインシトール(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” 月”dd”日”		
				820190495	初回(プロスタグランジンE主要代謝物(尿))		
				850190010	前回実施年月日(4型コラーゲン(尿)):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
				820190010	初回(4型コラーゲン(尿))		
				850190011	前回実施年月日(シュウ酸(尿)):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
				820190011	初回(シュウ酸(尿))		
				850190012	前回実施年月日(L型脂肪酸結合蛋白(LーFABP(尿)):(元号)yy”年” mm”月”dd”日”		
				820190012	初回(LーFABP(尿))		
				850190013	前回実施年月日(カルプロテクチン(糞便)):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
				820190013	初回(カルプロテクチン(糞便))		
				850190014	前回実施年月日(免疫関連遺伝子再構成):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
372	D	算定回数が複数月に 1回のみとされている 検査	(算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合) 前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること	820190014	初回(免疫関連遺伝子再構成)		
				850190015	前回実施年月日(Mn): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190015	初回(Mn)		
				850190016	前回実施年月日(遊離カルニチン): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190016	初回(遊離カルニチン)		
				850190017	前回実施年月日(総カルニチン): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190017	初回(総カルニチン)		
				850190018	前回実施年月日(リポ蛋白(a)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190018	初回(リポ蛋白(a))		
				850190019	前回実施年月日(ペントシジン): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190019	初回(ペントシジン)		
				850190020	前回実施年月日(イヌリン): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190020	初回(イヌリン)		
				850190021	前回実施年月日(シスタチンC): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190021	初回(シスタチンC)		
				850190022	前回実施年月日(RLP-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(β -CTX(原)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190059	初回(β -CTX(原))		
				850190024	前回実施年月日(β -CTX): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190024	初回(β -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 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
				820190036 850190037 820190037 850190038 820190038 850190039 820190039 850190041 820190041	初回(皮下連続式グルコース測定(診療所)) 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" 初回(網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)) 前回実施年月日(ダーモスコピー):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 初回(ダーモスコピー) 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" 初回(イヌリンクリアランス測定) 前回実施年月日(内服・点滴誘発試験):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 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) 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) 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。 〔記載例〕 末梢血液一般検査 21×1 末梢血液像(鏡検法) 25×1 (検査) 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。 ※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 1 単純撮影	撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。 なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。	820181000 820183620 820181100 820181220 820181300 820181340 820181120 820181240 820181310 820181320 830181200 830181400 830181410 830181420 830181430 830181440 830181370 830181500 830181510 830181520 830181530 830181540 830189000	撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔を除く。) 撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔に限る。) 撮影部位(単純撮影):頭部(頸椎を除く。) 撮影部位(単純撮影):胸部(肩を除く。) 撮影部位(単純撮影):腹部 撮影部位(単純撮影):骨盤(仙骨部・股関節を除く。) 撮影部位(単純撮影):頸椎 撮影部位(単純撮影):胸椎 撮影部位(単純撮影):腰椎 撮影部位(単純撮影):仙骨部 撮影部位(単純撮影):肩:***** 撮影部位(単純撮影):上腕__:***** 撮影部位(単純撮影):肘関節__:***** 撮影部位(単純撮影):前腕__:***** 撮影部位(単純撮影):手関節__:***** 撮影部位(単純撮影):手__:***** 撮影部位(単純撮影):股関節__:***** 撮影部位(単純撮影):膝__:***** 撮影部位(単純撮影):大腿__:***** 撮影部位(単純撮影):下腿__:***** 撮影部位(単純撮影):足関節__:***** 撮影部位(単純撮影):足__:***** 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 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 820100697 820100698 820100699 820100700 820100701 830100187	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):ア GCS≤14 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 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) 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 該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):オ 家族等の希望 該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):カ その他 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 820100703	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):ア GCS≤14 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 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
379	E	コンピューター断層撮影診断科 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 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 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) 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 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) 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 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) 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 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) 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 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) 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 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) 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) 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 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
387	E200	コンピューター断層撮 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 撮影を算定した場合) 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。 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):*****		
				820100723	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ア 諸種の原因による冠動脈 の構造的・解剖学的異常		
388	E200 注4	冠動脈CT撮影加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第4節E200 コンピューター断層 撮影(CT撮影)の(8)のアからオまでの該当するものを選択して記載すること。なお、オに該当する場合はその詳細 な理由を記載すること。	820100724	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):イ 急性冠症候群		
				820100725	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ウ 狭心症		
				820100726	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):エ 狭心症等が疑われ、冠動 脈疾患のリスク因子が認められる場合		
				820100727	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):オ その他、冠動脈CT撮影 が医学的に必要と認められる場合		
				830100191	その詳細な理由(冠動脈CT撮影加算):*****		
389	E200-2	血流予備量比コン ピューター断層撮影解 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 ーター断層撮影	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合) それぞれ初回の算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)	○	
			(別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層 撮影を算定した場合) 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 ーター断層撮影	撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。	820183020	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳)		
				820183630	撮影部位(MRI撮影):頭部(副鼻腔)		
				820183010	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳・副鼻腔を除く)		
				820183110	撮影部位(MRI撮影):頸部		
				820183200	撮影部位(MRI撮影):肩		
				820183220	撮影部位(MRI撮影):胸部(肩を除く)		
				820183300	撮影部位(MRI撮影):腹部		
				820183360	撮影部位(MRI撮影):骨盤・股関節		
				820183610	撮影部位(MRI撮影):四肢(膝を除く)		
				820183500	撮影部位(MRI撮影):膝		
				820183120	撮影部位(MRI撮影):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 注10	肝エラストグラフィー加 算	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190055	前回実施年月日(肝エラストグラフィー加算):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				820190060	初回(肝エラストグラフィー加算)		
			(診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について)別添1の第2章第5部第2節F100処方料の (3)のアの(イ)から(ニ)に定める内容に該当し、処方料又は処方箋料について「1」の点数を算定しない場合) その理由を記載すること。	830100193	1を算定しない理由(処方料):*****		
				830100194	1を算定しない理由(処方箋料):*****		
			(精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医 療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間の場合) 当該保険医療機関の初診年月日を記載すること。	850100200	初診年月日(処方料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100201	初診年月日(処方箋料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				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 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
393	F100 F400	処方料 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) 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) 臨時の投与の開始年月日を記載すること。	850100204	臨時投与開始年月日(処方料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100205	臨時投与開始年月日(処方箋料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合) その旨を記載すること。	820100741	複数診療科で処方		
			(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) 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:*****		※
			【厚生労働大臣の定める評価医療、患者申出医療及び算定療養第2条第16号に基づき、近視の進行抑制を効果又は効果とした医薬品を算定療養として支給した場合) 薬剤名を記載すること。	830101000	薬剤名(近視の進行抑制を効果又は効果とする医薬品):*****		※
394	F100 F400	処方料及び処方箋料 の特定疾患処方管理 加算	(隔日、漸増・減等で投与する場合) その旨を記載すること。	820100742	隔日投与		
				820100743	漸増投与		
				820100744	漸減投与		
				820100875	週1回投与		
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) 「退院時 日分投薬」と記載すること。 (入院患者に対し退院時に投薬(屯服薬)を行った場合) 「退院時 回分投薬」と記載すること。 (入院患者に対し退院時に投薬(外用薬)を行った場合) 「退院時投薬」と記載すること。	840000006	退院時 日分投薬		
				840000634	退院時 回分投薬(屯服薬)		
				820101042	退院時投薬(外用薬)		
				830100201	ビタミン剤の投与趣旨(薬剤):*****		
396	F200 F400	薬剤等(入院外分) 処方箋料	(ビタミン剤を投与した場合) 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	830100202	ビタミン剤の投与趣旨(薬剤料・処方箋料):*****		
			(臨時薬を追加投与し、その結果投与する内服薬が7種類以上となる場合) 臨時薬の投与の必要性を記載すること。ただし、病名によりその必要性が判断できる場合は、この限りでない。	830100203	臨時薬の投与の必要性(薬剤料・処方箋料):*****		
			(鎮痛・消炎に係る効果・効果を有する貼付剤を投与した場合) 所定単位当たりの薬剤名、貼付剤の枚数としての投与量を記載した上で、貼付剤の枚数としての1日用量又は投与日数を記載すること。	830100204	鎮痛・消炎に係る効果・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・消炎に係る効果・効果を有する貼付剤を投与した場合) 当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。	830000052	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効果・効果を有する貼付剤を投与した理由:*****		
			(緊急やむを得ず、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を処方せんに より投薬した場合) その年月日及び理由を記載すること。	850100206	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100205	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った理由(処方箋料):*****		
			(長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14 日分を算定とされる内服薬及び外用薬を14日を超えて投与した場合) 当該長期投与の理由を記載すること。	830100206	長期投与理由(薬剤料・処方箋料):*****		
			(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) 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) 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、腸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) 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 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 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たる療養を受けている 入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合) 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要 かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	830100201	ビタミン剤の投与趣旨(薬剤):*****		
				180744210	心大血管疾患リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				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):*****		
			算定単位数及び実施日数を記載すること。 〔記載例〕 (離床減) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)(理学) 6単位 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)(作業) 6単位 実施日数3日	180744210	心大血管疾患リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				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 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
402	H000	心大血管疾患リハビリ 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。	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過して月13単位を超過して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等(平成20年3月5日厚生労働省告示第63号)別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) ①これまでのリハビリテーションの実施状況(期間及び内容)、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法(Functional Independence Measure:FIM)、基本的日常生活活動度(Barthel Index:BI)、関節の可動域、歩行速度及び運動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。 【記載例】 本患者は、2023年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に水頭症及び敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2024年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超過するが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリ開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。	830100209	継続理由(心大血管疾患リハビリテーション料);*****		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始日又は発症年月日等を記載すること。	830100210	新たな疾患名(心大血管疾患リハビリテーション料);*****		
				850100210	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日(心大血管疾患リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100211	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日(心大血管疾患リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
403	H000 注2	心大血管疾患リハビリ テーション料の早期リ ハビリテーション加算	入院年月日を記載すること。 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 注3	心大血管疾患リハビリ テーション料の初期加 算	発症、手術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 注4	心大血管疾患リハビリ テーション料の急性期 リハビリテーション加 算	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 注5	心大血管疾患リハビリ 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。	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 テーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。 【記載例】 (離床減) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(理学) 6単位 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(作業) 6単位 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)	○	
				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過して月13単位を超過して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番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) 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 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
				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 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。 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) 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 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) 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 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 注5	脳血管疾患等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。	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。 〔記載例〕 (離床減) 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(理学) 6単位 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(作業) 6単位 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)	○	
				\$	\$		
			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。	180770130	廃用症候群リハビリテーション料(離床減)	○	※
				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)) 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) 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 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。 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 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 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 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
			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 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。 〔記載例〕 （離床減） 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（理学） 6単位 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（作業） 6単位 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。	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） 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):*****		
				830100219	新たな疾患名(運動器リハビリテーション料):*****		
			（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合） 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。	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 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。 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） 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 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） 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 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 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。 〔記載例〕 （離床減） 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（理学） 6単位 呼吸器患リハビリテーション料（Ⅰ）（作業） 6単位 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)	○	
				｛	｝		
				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 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
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)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番375)と同様。	830100221	継続理由(呼吸器リハビリテーション料):*****		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。	830100222	新たな疾患名(呼吸器リハビリテーション料):*****		
				850100228	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日(呼吸器リハビリテーション料):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
				850100229	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日(呼吸器リハビリテーション料):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
423	H003 注2	呼吸器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	入院年月日を記載すること。 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 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 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 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 注4	リハビリテーション総合計画評価料の運動量増加機器加算	(機器の使用に有効性が認められ、継続すべき医学的必要性が認められ、運動量増加機器加算を更に算定する場合) 医学的な必要性を記載すること。	830100223	医学的な必要性(運動量増加機器加算):*****		
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	ビュルガー病		
				820100079	脊髄小脳変性症		
				820100164	悪性関節リウマチ		
				820100165	パーキンソン病関連疾患		
				820100166	アミロイドーシス		
				820100167	後縦靭帯骨化症		
				820100080	ハンチントン病		
				820100168	モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症)		
				820100169	ウェグナー－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 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
				820100171 820100172 820100084 820100173 820100174 820100175 820100176 820100177 820100085 820100086 820100087 820100088 820100089 820100090	特発性大脳骨頭壊死症 混合性結合組織病 プリオン病 ギラン・バレー症候群 黄色軟骨骨化症 シューグレン症候群 成人発症スチル病 関節リウマチ 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		
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”		
432	H007	障害児(者)リハビリテーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。また、対象患者について、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100178 820100179 820100180 820100181 820100182 820100183 820100184 820100185	脳性麻痺の患者 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 顎・口腔の先天異常の患者 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者 神経障害による麻痺及び後遺症の患者 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	○	
433	H007-2	がん患者リハビリテーション料	算定単位数、実施日数及びがんの種類を記載すること。また、当該入院中に提供した治療の種類について、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の二の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100812 820100813 820100814 820100815 820100193	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 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 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 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 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		
434	H007-3	認知症患者リハビリテーション料	「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、診療時間及びリハビリテーション計画作成日を記載すること。なお、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添6の別紙12におけるランクの中から該当するものを選択して記載すること。	820100194 820100195 820100196 820100197 820100198 820100199 820100200 820100201 820100202	認知症高齢者の日常生活自立度 1 認知症高齢者の日常生活自立度 2 認知症高齢者の日常生活自立度 2a 認知症高齢者の日常生活自立度 2b 認知症高齢者の日常生活自立度 3 認知症高齢者の日常生活自立度 3a 認知症高齢者の日常生活自立度 3b 認知症高齢者の日常生活自立度 4 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。 〔記載例〕 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 185×18 実施日数3日 (リハ選) 運動器リハビリテーション料 1,850円×1	830100372	リハ選:*****		
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。	850100235 850100236	治療開始年月日(経頭蓋磁気刺激療法):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 治療終了年月日(経頭蓋磁気刺激療法):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
437	I002	通院・在宅精神療法	(通院・在宅精神療法を退院後4週間以内の患者について算定した場合) 退院年月日を記載すること。 診療に要した時間に応じて、選択して記載すること。 ただし、30分又は60分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「30分超」又は「60分超」と記載しても差し支えない。 (1回の処方において2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬を投与した場合) 投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を記載すること。	850100237 820101309 820101310 820101311 820101312 820101313 820101314 820101315 820101316 820101188	退院年月日(通院・在宅精神療法):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 5分を超え10分未満(通院・在宅精神療法) 10分以上20分未満(通院・在宅精神療法) 20分以上30分未満(通院・在宅精神療法) 30分以上40分未満(通院・在宅精神療法) 40分以上50分未満(通院・在宅精神療法) 50分以上60分未満(通院・在宅精神療法) 30分超60分未満(通院・在宅精神療法) 60分超(通院・在宅精神療法) 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		
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。	850100238 850100239 850100240	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” 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” 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 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
439	I002 注7	通院・在宅精神療法の措置入院後継続支援加算	(指導等を行った月と算定する月が異なる場合) 指導等を行った年月日を記載すること。	850100241	指導等年月日(措置入院後継続支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
440	I002 注8	通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算	初回の当該加算を算定した年月日を記載すること。	850100441	初回算定年月日(療養生活継続支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合) 急性増悪等における具体的な状態について記載すること。	830100533	急性増悪等における具体的な状態(療養生活継続支援加算):*****		
441	I002 注11	通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算	(病状等により、患者本人から同意を得ることが困難である場合や、やむを得ず家族等から同意を得る場合) その理由を記載する。	830100858	患者本人から同意を得ることが困難又はやむを得ず家族等から同意を得た理由(早期診療体制充実加算):*****		
442	I002 注12	通院・在宅精神療法の注12の規定	(情報通信機器を用いた精神療法を行う際に、厚生労働省「情報通信機器を用いた精神療法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) オンライン精神療法指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820101189	オンライン精神療法指針に沿った適切な診療である(通院・在宅精神療法の注12の規定)		
			(処方を行った場合) オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、当該処方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部第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」 (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 2 入院中の患者以外の患者	(電話等で指導等を行った月と算定する月が異なる場合) 当該指導等を行った年月日を記載すること。	850100243	指導等年月日(救急患者精神科継続支援料(入院外)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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。 例「胃潰瘍(心身症)」		傷病名コード (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) 診療に要した時間を記載すること。	852100010	修飾語コード (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 I009 I010 I010-2	精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケア	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのうち最初に算定した年月日を記載すること。なお、最初に算定した日から3年を経過している場合は省略して差し支えないが、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であって、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアを週4日以上算定する場合は、通算の入院期間を記載すること。	850100246	初回算定年月日(精神科デイ・ケア等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100745	初回(精神科デイ・ケア等)		
				830100226	通算入院期間(精神科デイ・ケア):*****		
				830100227	通算入院期間(精神科ナイト・ケア):*****		
			(入院中の患者に精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアを算定した場合) 算定日を記載すること。	830100228	通算入院期間(精神科デイ・ナイト・ケア):*****		
450	I008-2 I009 I010 I010-2	精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケア の早期加算	最初に当該療法を算定した年月日又は精神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) 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) 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ) 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) 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) その医療上の必要性を記載すること。	830100230	急性増悪した日から1月以内の連続した7日間に算定した医療上の必要性(精神科訪問看護・指導料):*****		
			(退院後3月以内の期間において行われる場合で、週5回算定する場合) 退院年月日を記載すること。	850100251	退院年月日(精神科訪問看護・指導料(1)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100252	退院年月日(精神科訪問看護・指導料(3)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			月の初日の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により測定した値及び測定日を記載すること。GAFの値については該当する範囲を選択して記載すること。	850190202	GAF測定年月日(精神科訪問看護・指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820101019	GAF尺度100～91(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 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
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) 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 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) 直近の入院についての入院年月日、入院形態、退院年月日(入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院日、入院形態並びに退院日)、直近の退院時におけるGAF、当該月の最初の訪問診療時におけるGAF、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、平成31～令和3年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の研究班が作成した、別紙様式41の2に掲げる「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」(以下この項において「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」という。))において、当該患者に該当するコア項目並びに当該導入基準の点数、初回の算定日、カンファレンス実施日、算定する月に行った訪問の日時、診療時間及び訪問した者の職種を記載すること。 なお、入院形態については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院の中から該当するものを選択して、また、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添6の別紙12におけるランクの中から該当するものを選択して記載すること。	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 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
				842100113	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準の点数:*****		
				850100261	初回算定日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100262	カンファレンス実施日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100263	算定する月に行った訪問日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100008	算定する月に行った訪問の時刻(精神科在宅患者支援管理料)		
				852100013	診療時間(精神科在宅患者支援管理料)		
				830100234	訪問した者の職種(精神科在宅患者支援管理料):*****		
			(精神科在宅患者支援管理料3を算定する場合) 精神科在宅患者支援管理料1又は精神科在宅患者支援管理料2の初回の算定日、精神科在宅患者支援管理料3の初回の算定年月日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。	850100264	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100265	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100266	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料3):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100235	訪問の日時、診療時間、訪問した者の職種(精神科在宅患者支援管理料3):*****		
			(精神科在宅患者支援管理料の「3」を前月に算定した患者であって、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第8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) 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 〔記載例〕 精神科デイ・ケア(小規模) 590×5 (精選) 精神科デイ・ケア 5,900円×1	830100534	精選:*****		
466	J 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) 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) 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) 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 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) 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) 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) 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 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
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) 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);*****		
				850100273	減圧症又は空気塞栓が発症した年月日(高気圧酸素治療);(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				852100022	実施時間(高気圧酸素療法)		※
479	J032 注	肛門拡張法の周術期乳幼児加算	初回の算定年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190046	初回の算定年月日(周術期乳幼児加算(肛門拡張法));(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				820190046	初回(周術期乳幼児加算(肛門拡張法))		
480	J034-2	経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術	(経胃の栄養摂取が必要な患者に対して在宅などX線装置が活用できない環境下において、経鼻栄養・薬剤投与用チューブの挿入に際して、ファイバー光源の活用によりチューブの先端が胃内にあることを確認する場合) 医学的必要性について記載すること。	830100862	医学的必要性(経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術);*****		
481	J038	人工腎臓	(慢性維持透析以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合) その理由として「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038人工腎臓の(8)の「ア」から「エ」まで(「エ」については「イ」から「ヌ」まで)に規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	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)		
482	J038	人工腎臓の導入期加算	導入の年月日を記載すること。	830100252	在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している他の保険医療機関名(人工腎臓);*****		
				850100275	導入年月日(導入期加算(人工腎臓));(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
483	J038 注3 J038-2 注2	人工腎臓の障害者等加算 持続緩徐式血液濾過の障害者等加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038人工腎臓の(18)の「ア」から「ツ」までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100224	ア 障害者基本法にいう障害者で留意事項通知に規定する者		
				820100225	イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者		
				820100226	ウ 指定難病等に罹患している者で留意事項通知に規定するもの		
				820100227	エ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者		
				820100228	オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者		
				820100229	カ 認知症患者		
				820100230	キ 常時低血圧(収縮期血圧が90mmHg以下)の者		
				820100231	ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者		
				820100232	ケ 出血性消化器病変を有する者		
				820100233	コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者		
				820100234	サ 重症感染症に合併しているために入院中の患者		
				820100235	シ 末期癌に合併しているために入院中の患者		
				820100236	ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの		
				820100237	セ 妊婦(妊娠中期以降)		
				820100238	ソ うっ血性心不全(NYHA3度以上)		
				820100239	タ 12歳未満の小児		
				820100240	チ 人工呼吸を実施中の患者		
				820100241	ツ 結核菌を排菌中の患者		
484	J038注14	人工腎臓透析時運動指導等加算	指導を開始した年月日を記載すること。	850190235	指導を開始した年月日(透析時運動指導等加算(人工腎臓));(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
			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 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
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) 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 注3	移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	(臓器移植後に抗体関連型拒絶反応を呈する患者を対象として、抗ドナー抗体を除去することを目的として実施する場合) 医学的な必要性から一連につき6回以上算定する場合には、その理由を記載すること。	830100536	6回以上算定する理由(移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法):*****		
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) 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) 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 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 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
494	J045 注3	覚醒試験加算	開始年月日を記載すること。	850100446	開始年月日(覚醒試験加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
495	J045 注5	人工呼吸 腹臥位療 法加算	当該月の算定日及び1回毎の開始年月日、開始時間、終了年月日及び終了時間(当該月に実施されたものに限 る。)を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				850190236	開始年月日(腹臥位療法加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100079	開始時刻(腹臥位療法加算)		
				850190238	終了年月日(腹臥位療法加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100080	終了時刻(腹臥位療法加算)		
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) 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 外線温熱療法	当該療法を開始した年月日及び医学的必要性を記載する。	850100282	初回の算定年月日(心不全に対する遠赤外線温熱療法):(元号)yy"年" "mm"月"dd"日"		
				830100263	医学的必要性(心不全に対する遠赤外線温熱療法):*****		
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 法	前回の治療開始年月日を記載すること。	850100284	前回治療開始年月日(皮膚レーザー照射療法):(元号)yy"年"mm"月"dd" "日"		
500	J070-2	干渉低周波による膀胱 等刺激法	治療開始年月日を記載すること。	850100285	治療開始年月日(干渉低周波による膀胱等刺激法):(元号)yy"年"mm"月" "dd"日"		
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 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 トスーツによるもの)	(歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)を継続して算定する場合) カンファレンスにおける歩行機能の改善効果等の検討結果について、その要点(5週間以内に実施される9回の処 置の前後の結果を含む。))を症状詳記として記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し 支えない。	830100264	症状詳記(歩行運動処置(ロボットスーツ)):*****		
504	J008等	180日を超える期間通 算対象入院料を算定 している患者	(厚生労働大臣が定める状態にあるもの(「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」(平成18年 厚生労働省告示第498号)第九の二に該当する患者)について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合) 処置名を記載すること。	140003210	胸腔穿刺(洗浄、注入及び排液を含む)	○	
				140003610	腹腔穿刺(人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む)	○	
				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 採寸を実施した場合) 医学的な必要性及び加工の内容を記載すること。	830100537	医学的な必要性(治療用装具採寸法):*****		
				830100538	加工の内容(治療用装具採寸法):*****		
506	K	手術	算定日を記載すること。 なお、対称器官の両側に対し、手術(片側の点数が告示されているものに限る。)を行った場合は、左右別にそれぞ れ算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
507	K 通則7	通則7 1,500グラム未満の児 加算、新生児加算	手術時体重を記載すること。	830100265	手術時体重(極低出生体重児加算(手術)):*****		
				830100266	手術時体重(新生児加算(手術)):*****		
508	K 通則12	通則12 時間外等加算1	手術を実施した診療科、初診又は再診の日時(入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。)及び手術 を開始した日時を記載すること。	830100539	手術実施診療科(休日加算1(手術)):*****		
				830100540	手術実施診療科(時間外加算1(手術)):*****		
				830100541	手術実施診療科(深夜加算1(手術)):*****		
				830100542	手術実施診療科(時間外特例医療機関加算1(手術)):*****		
				853100021	休日加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100022	時間外加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100023	深夜加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100024	時間外特例医療機関加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時" "mm"分"		
				853100025	休日加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"		
				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 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) 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) 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 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
				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 建手術 1 乳房(再建手術)の 場合	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K022の組織拡張器による再建手術の(2)のア又はイのうち該当するものを選択して記載すること。 (一連の治療につき2回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。	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 建手術 2 その他の場合	(一連の治療につき2回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。	830100272	詳細理由(組織拡張器による再建手術(その他)):*****		
514	K046注	骨折脱臼の手術の緊急 整復固定加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	853100006	骨折した日時(緊急整復固定加算):dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100007	手術を開始した日時(緊急整復固定加算):dd"日"hh"時"mm"分"		
515	K047	難治性骨折電磁波電 気治療法	(観血的手術又は超音波骨折治療法等他の療養を行わず難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合) その詳細な理由を記載すること。	830100273	詳細理由(難治性骨折電磁波電気治療法):*****		
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100274	指導内容(難治性骨折電磁波電気治療法):*****		
516	K047-2	難治性骨折超音波治 療法	(観血的手術又は超音波骨折治療法等他の療養を行わず難治性骨折超音波治療法を行った場合) その詳細な理由を記載すること。	830100780	詳細理由(難治性骨折超音波治療法):*****		
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100781	指導内容(難治性骨折超音波治療法):*****		
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 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 術を含む。)	(自家骨又は非生体同種骨(凍結保存された死体骨を含む。))移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合) 人工骨の移植部位について記載すること。	830100544	人工骨の移植部位(骨移植術):*****		
519	K079-2注	靱帯断裂形成手術 (関節鏡下)の一次的 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): *****		
				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): *****		
520	K081注	人工骨髄挿入術の緊 急挿入加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	853100008	骨折した日時(緊急挿入加算):dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100009	手術を開始した日時(緊急挿入加算):dd"日"hh"時"mm"分"		
521	K082の1の口	人工関節置換術 人工肩関節置換術 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)): *****		※
522	K096-2	体外衝撃波疼痛治 療術	保存療法の開始年月日及び本治療を選択した医学的理由を記載すること。	850100287	保存療法開始年月日(体外衝撃波疼痛治療術):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100279	治療を選択した医学的理由(体外衝撃波疼痛治療術):*****		
			(2回目以降算定する場合) 前回算定年月日及びその理由を記載すること。	850100288	前回算定年月日(体外衝撃波疼痛治療術):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100280	2回目以降算定する理由(体外衝撃波疼痛治療術):*****		
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 6 水晶体再建術併用 眼内ドレーン挿入術	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100283	症状詳記(緑内障手術(水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術)):*****		
525	K280-2	網膜付着組織を含む 硝子体切除術	当該術式を選択した理由を詳細に記載すること。	830100284	選択理由(網膜付着組織を含む硝子体切除術):*****		
526	K282	水晶体再建術の注の 加算	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100285	症状詳記(水晶体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 下吸引術 2 MRIによるもの	実施した医学的必要性を記載すること。	830100286	医学的必要性(乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(MRI)):*****		
529	K476-4	ゲル充填人工乳房を 用いた乳房再建術(乳 房切除後)(内視鏡下 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 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 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
531	K546 K547 K548 K549	経皮的冠動脈形成術 経皮的冠動脈粥腫切 除術 経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによ るもの) 経皮的冠動脈ステント 留置術	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10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 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
			(経皮的冠動脈形成術又は経皮的冠動脈ステント留置術の「3」その他のものを算定する場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K546経皮的冠動脈形成術又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の(4)のアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、実施の医学的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 K555-3注 K557-3注 K560注	弁置換術の心臓弁再置換術加算 胸腔鏡下弁置換術の心臓弁再置換術加算 弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術の心臓弁再置換術加算 大動脈瘤切除術の心臓弁再置換術加算	前回手術年月日、術式及び保険医療機関名を記載すること。	850100289	前回手術年月日(心臓弁再置換術加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100289	前回手術の術式(心臓弁再置換術加算):*****		
				830100290	前回手術実施保険医療機関名(心臓弁再置換術加算):*****		
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 K583注 K584注 K586注	肺動脈閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算 大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算 修正大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算	前回手術年月日、術式及び保険医療機関名を記載すること。	850100290	前回手術年月日(人工血管等再置換術加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100297	前回手術の術式(人工血管等再置換術加算):*****		
				830100298	前回手術実施保険医療機関名(人工血管等再置換術加算):*****		
535	K594の4のイ及びロ	不整脈手術 4 左心耳閉鎖術 イ 開胸手術によるもの ロ 胸腔鏡下によるもの	手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査(ホルター心電図検査を含む。))の結果及び当該手術を行う医学的理由を記載すること。	830100305	12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果(不整脈手術(左心耳閉鎖術(開胸手術))):*****		
				830100306	当該手術を行う医学的理由(不整脈手術(左心耳閉鎖術(開胸手術))):*****		
				830100589	12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果(不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下))):*****		
				830100590	当該手術を行う医学的理由(不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下))):*****		
536	K598 K599 K599-3	両心室ペースメーカー移植術 植込型除細動器移植術 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100307	症状詳記(両心室ペースメーカー移植術):*****		
				830100308	症状詳記(植込型除細動器移植術):*****		
				830100309	症状詳記(両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術):*****		
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 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) 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) 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 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 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。 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 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
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	経皮的内視鏡下胃瘻造設術		
				820100256	腹腔鏡下胃瘻造設術		
545	K664-2	経皮経食道胃管挿入術 (PTEG)	医学的な理由を記載すること。	830100313	医学的理由(経皮経食道胃管挿入術(PTEG))：*****		
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 注2 K721-3 注 K721-4 注	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 内視鏡的結腸異物摘出術 バルーン内視鏡加算 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 バルーン内視鏡加算	症状詳細を記載すること。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。 ア 最大径が2cm以上の早期癌 イ 最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍 ウ 最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌	820100257	ア 最大径が2cm以上の早期癌		
				820100258	イ 最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍		
				820100259	ウ 最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌		
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) 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 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 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 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 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) 前回実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850100491	前回実施年月日(尿失禁手術)：(元号)yy年”mm”月”dd”日”		
				820190491	初回(尿失禁手術)		
560	K838-2の1	精巣内精子採取術 1 単純なもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 閉塞性無精子症 イ 非閉塞性無精子症 ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの	820100876	ア 閉塞性無精子症(精巣内精子採取術1 単純なもの)		
				820100877	イ 非閉塞性無精子症(精巣内精子採取術1 単純なもの)		
				820100878	ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの(精巣内精子採取術1 単純なもの)		
561	K838-2の2	精巣内精子採取術 2 顕微鏡を用いたもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 非閉塞性無精子症 イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者	820100879	ア 非閉塞性無精子症(精巣内精子採取術2 顕微鏡を用いたもの)		
				820100880	イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者(精巣内精子採取術2 顕微鏡を用いたもの)		
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) 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。 ア 精子・精液の量的・質的異常 イ 射精障害・性交障害 ウ 精子-頸管粘液不適合 エ 機能性不妊	820100881	ア 精子・精液の量的・質的異常(人工授精)		
				820100882	イ 射精障害・性交障害(人工授精)		
				820100883	ウ 精子-頸管粘液不適合(人工授精)		
				820100884	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。	830100595	治療開始日の年齢(胚移植術)：*****		
			胚移植術の実施回数の合計を記載すること。	830100596	胚移植術の実施回数(胚移植術)：*****		
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。	830100599	採取した卵子の数(採卵術)：*****		
			いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 卵管性不妊 イ 男性不妊(閉塞性無精子症等) ウ 機能性不妊 エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合	820100885	ア 卵管性不妊(採卵術)		
			820100886	イ 男性不妊(閉塞性無精子症等)(採卵術)			
			820100887	ウ 機能性不妊(採卵術)			
			820100888	エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合(採卵術)			

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
568	K917	体外受精・顕微授精 管理料	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 卵管性不妊 イ 男性不妊(閉塞性無精子症等) ウ 機能性不妊 エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合 (顕微授精及び必要な医学管理を行った場合) 管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数を記載すること。	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 管理料 体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合	体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由について記載すること。	830100601	体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由(体外受精・顕微授精管理料):*****		
570	K917注2	体外受精・顕微授精 管理料 卵子調整加算	実施した医学的な理由を記載すること。	830100603	実施した医学的な理由(卵子調整加算):*****		
571	K917-2	受精卵・胚培養管理 料	管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理を開始した年月日を記載すること。	830100604	管理を実施した受精卵及び胚の数(受精卵・胚培養管理料):*****		
				850100460	管理を開始した年月日(受精卵・胚培養管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
572	K917-2注	受精卵・胚培養管理 料 注:胚盤胞の作成目的	管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日を記載すること。	830100798	管理の具体的な内容(注:胚盤胞の作成目的):*****		
				842100107	管理を実施した初期胚の数(注:胚盤胞の作成目的):*****		
				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 胚凍結保存管理料 (導入時)	凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日を記載すること。	830100607	凍結する初期胚又は胚盤胞の数(胚凍結保存管理料(導入時)):*****		
				850100462	凍結を開始した年月日(胚凍結保存管理料(導入時)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
574	K917-3の2	胚凍結保存管理料 胚凍結保存維持管理 料	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数を記載すること。 また、凍結を開始した年月日を維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとに記載すること。	830100608	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数(胚凍結保存維持管理料):*****		
				850190204	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとの凍結を開始した年月日(胚凍結保存維持管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
575	K917-5の1	精子凍結保存管理料 1 精子凍結保存管理 料(導入時)	凍結する精子の量及び凍結を開始した年月日を記載すること。	830100868	凍結する精子の量(精子凍結保存管理料(導入時)):*****		
				850190240	凍結を開始した年月日(精子凍結保存管理料(導入時)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
576	K917-5の2	精子凍結保存管理料 2 精子凍結保存維持 管理料	維持管理を行う精子の量及び当該精子ごとの凍結を開始した年月日を記載すること。	830100869	維持管理を行う精子の量(精子凍結保存維持管理料):*****		
				850190241	精子ごとの凍結を開始した年月日(精子凍結保存維持管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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。 (6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合) 患者の体重を記載すること。	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) 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) 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 術	(12歳未満の患者に対して術中術後自己血回収術を行った場合) 患者の体重及び出血量を記載すること。	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 2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	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)(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 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 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 150332510 等	閉鎖循環式全身麻酔1 閉鎖循環式全身麻酔1(麻酔困難な患者)	○	
				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 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
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	(各区分のイの「別」に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合)を算定する場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第11部L008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。	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／ μ 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)	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) 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) 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) 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) 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)	770070000	放射性粒子	○	
			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。	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	(「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) 1回目及び2回目の照射の開始時刻及び終了時刻を記載すること。	851100067	照射の開始時刻(1回目)(体外照射)		
				851100068	照射の終了時刻(1回目)(体外照射)		
				851100069	照射の開始時刻(2回目)(体外照射)		
				851100070	照射の終了時刻(2回目)(体外照射)		
595	N000	病理組織標本作製「1」の「組織切片によるもの」	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N000病理組織標本作製の(1)の(ア)から(ケ)までのいずれかを選択し記載する。 なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載すること。	820100866	ア 気管支及び肺臓		
				820100867	イ 食道		
				820100868	ウ 胃及び十二指腸		
				820100869	エ 小腸		
				820100870	オ 盲腸		
				820100871	カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸		
				820100872	キ S状結腸		
				820100873	ク 直腸		
				820100874	ケ 子宮体部及び子宮頸部		
				830100612	コ その他;*****		
596	N000	病理組織標本作製「2」の「セルブロック法によるもの」	対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N000病理組織標本作製(6)に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。 (肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫又は乳癌を疑う患者に対して実施した場合) 組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。	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		
				830100326	実施困難理由(T－M(セルブロック法));*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 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) 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) 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(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) 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	(化学療法歴のある手術不能又は再発乳癌患者に対して、過去に乳癌に係る本標本作製を実施した場合であって、抗HER2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医薬品を用いて、HER2低発現の確認により当該抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、本標本作製を再度行う場合) 再度免疫染色が必要である医学的な理由を記載すること。また、初回の標本作製の実施日を選択すること。	830100872	再度免疫染色が必要である医学的な理由(HER2タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製):*****		
				820190498	初回の標本作製の実施日「令和6年3月30日以前」		
				820190499	初回の標本作製の実施日「令和6年3月31日以降」		
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) 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つて、別に1回算定する場合) 医学的な必要性を記載すること。	830100873	医学的な必要性(ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製):*****		
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) 「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) 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。)) 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であつて、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用し、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つて、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。 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 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
			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。 （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） 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） 以下のア又はイのいずれかに該当する場合 ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合 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、死亡日から遡って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統計が直近一年間で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		※
			〔「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)エの対象の患者を選択して記載すること。なお、9(7)ウに規定するものについては、以下のとおりであること。	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		※
			(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	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	820101946	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態		※
				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		※
			・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	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):在宅自己導尿を行っている状態		※
			・補込型脳・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 ₁₂ 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	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):補込型脳・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 ₁₂ 製剤を投与されている状態		※
			〔「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)エの対象の患者を選択して記載すること。なお、9(7)エに規定するものについては、以下のとおりであること。	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		※
			〔1 要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態〕 1-1 要介護3 1-2 要介護4 1-3 要介護5 1-4 障害支援区分2以上	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		※
			〔2 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上〕 2-1 ランクⅢa 2-2 ランクⅢb 2-3 ランクⅣ 2-4 ランクM	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		※
			3 頻回の訪問看護を受けている状態 4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 5 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 6 麻薬投薬を受けている状態 7 その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態	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		※
			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 7-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者 7-3 「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者 7-4 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	820101967	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):3 頻回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 施設に入居し、看護職員による処置を受けている状態		※
			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 7-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者 7-3 「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者 7-4 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	820101970	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):6 麻薬投薬を受けている状態		※
				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		※
			〔配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合〕 〔配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合〕、「内服用固形剤(錠剤、カプセル剤、散剤等)と内服用液剤の場合」、「内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	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)・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		※
				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		※
				820100367	薬剤調剤料(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		
3	01	薬剤調剤料(内服薬)		820100368	薬剤調剤料(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	薬剤調剤料(内服薬):内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合		
				830100001	薬剤調剤料(内服薬):その他理由:*****		
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。	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):*****		
			〔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。	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 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
5	01	自家製剤加算 計量混合調剤加 算	(同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、自家製剤加算及び計量混合調剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき) 算定理由が明確となるように記載すること。	830100439	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(自家製剤加算); *****		
				830100441	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(計量混合調剤加算); *****		
6	01	時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外加算の特 例	処方箋を受け付けた年月日及び時刻を記載すること。	850100366	処方箋受付年月日(時間外加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100035	処方箋受付時刻(時間外加算):hh"時"mm"分"		
				850100367	処方箋受付年月日(休日加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100368	処方箋受付年月日(深夜加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100036	処方箋受付時刻(深夜加算):hh"時"mm"分"		
				850100369	処方箋受付年月日(時間外加算の特例):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100037	処方箋受付時刻(時間外加算の特例):hh"時"mm"分"		
7	1002	調剤時残薬調整 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。 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):****		※
8	1002	調剤時残薬調整 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"		※
9	1002	薬学的有害事象 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:*****		※
10	1002	薬学的有害事象 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。 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 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:*****		※
11	1003	特定薬剤管理指 導加算2	当該患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850100372	情報提供を行った年月日(特定薬剤管理指導加算2):(元号)yy"年"mm "月"dd"日"		
				830100445	患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関名(特定薬剤管理指導加算2):*****		
12	1003	特定薬剤管理指 導加算3ロ	(医薬品の供給の状況を踏まえ説明を行った場合) 調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名を記載すること。	830100910	調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名(特定薬剤管理指導加算3):*****		
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):*****		
14	1003	かかりつけ薬剤師 フォローアップ加 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 "年"mm"月"dd"日"		※
15	1003	かかりつけ薬剤 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 d"日"		※

項番	区分	調剤行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
16	14の4	調剤後薬剤管理 指導料1	当該患者に糖尿病用剤を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190255	情報提供を行った年月日(調剤後薬剤管理指導料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100911	糖尿病用剤を処方した保険医療機関名(調剤後薬剤管理指導料1): *****		
17	14の4	調剤後薬剤管理 指導料2	当該患者に循環器用薬等を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190256	情報提供を行った年月日(調剤後薬剤管理指導料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100912	循環器用薬等を処方した保険医療機関名(調剤後薬剤管理指導料2): *****		
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) 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		
19	10の3	服薬管理指導料 3	服薬管理指導料3の対象患者の入所する施設類型について選択し記載すること。(介護医療院又は介護老人保健施設に入所中の患者については、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準第20条第4号ハに係る処方箋を交付した場合に限る。)	820101258	服薬管理指導料3:介護老人福祉施設(特養)に入所している患者		
				820101259	服薬管理指導料3:短期入所生活介護(ショートステイ)を受けている患者		
				820101260	服薬管理指導料3:介護医療院に入所している患者		
				820101261	服薬管理指導料3:介護老人保健施設(老健)に入所している患者		
20	14の2	外来服薬支援朝 料1	外来服薬支援朝料1の「注1」又は「注2」のどちらに該当するかを記載し、服薬管理を実施した年月日、保険医療機関の名称を記載すること。 なお、保険医療機関の名称については、注1の場合においては、服薬支援の必要性を確認した保険医療機関の名称を、注2の場合においては情報提供をした保険医療機関の名称をそれぞれ記載すること。	820100793	外来服薬支援朝料1:注1		
				820100794	外来服薬支援朝料1:注2		
				850100370	服薬管理を実施した年月日(外来服薬支援朝料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100442	保険医療機関の名称(外来服薬支援朝料1):*****		
21	14の2	外来服薬支援朝 料2	(同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、外来服薬支援朝料2を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき) 算定理由が明確となるように記載すること。	830100776	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(外来服薬支援朝料2): *****		
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		
23	14の3	服用薬剤調整支 援料1	減薬の提案を行った年月日、保険医療機関の名称及び保険医療機関における調整前後の薬剤種類数を記載すること。	850100371	減薬の提案を行った年月日(服用薬剤調整支援朝料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100443	保険医療機関名(服用薬剤調整支援朝料1):*****		
				842100122	調整前の種類数(服用薬剤調整支援朝料1):*****		
				842100123	調整後の種類数(服用薬剤調整支援朝料1):*****		
24	14の3	服用薬剤調整支 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(服用薬剤調整支援朝料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
25	10の3 15の2 15の3 15の5	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 在宅患者緊急時 等共同指導料 服薬情報等提供 料(服薬情報等提 供料3を除く)	(調剤を行っていない月に服薬管理指導料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)を算定した場合) 情報提供又は訪問の対象となる調剤の年月日及び投薬日数を記載すること。	基本料・薬学管理 料コード 「前回調剤年月日」	(元号)yy"年"mm"月"dd"日調剤	○	
				基本料・薬学管理 料コード 「前回調剤数量」	ddd"日分投薬"	○	
26	15	在宅患者訪問薬 剤管理指導料	(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。 (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が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	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		
27	15 15の2	在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料	(訪問薬剤管理指導を主に実施している保険薬局(以下「在宅基幹薬局」という。))に代わって連携する他の薬局(以下「在宅協力薬局」という。))が訪問薬剤管理指導を実施し、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合) 在宅基幹薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付及び在宅協力薬局名を記載すること。	850100379	(在宅基幹薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100448	(在宅基幹薬局)在宅協力薬局名(在宅患者訪問薬剤管理指導料): *****		
				850100380	(在宅基幹薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100449	(在宅基幹薬局)在宅協力薬局名(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料): *****		
28	15 15の2	在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料	(在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導(この場合においては、介護保険における居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を含む。))を実施した場合であって、処方箋が交付されていた場合) 在宅協力薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付を記載すること。	850100381	(在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100382	(在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
29	15 15の2 15の3	在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料 在宅患者緊急時 等共同指導料	(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム))の入所者であって末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合) 訪問薬剤管理指導等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	※	
30	15の2	在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料1 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料2	(末期の悪性腫瘍の患者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) 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	※	

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
				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:*****		※
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) 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		
32	15の2	夜間訪問加算 休日訪問加算 深夜訪問加算	処方箋を受け付けた年月日及び時刻、訪問指導した年月日及び時刻を記載すること。	850190262	保険医から訪問指示があった年月日(夜間訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100071	保険医から訪問指示があった時刻(夜間訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190263	訪問指導年月日(夜間訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100072	訪問指導時刻(夜間訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190264	保険医から訪問指示があった年月日(休日訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100073	保険医から訪問指示があった時刻(休日訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190265	訪問指導年月日(休日訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100074	訪問指導時刻(休日訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190266	保険医から訪問指示があった年月日(深夜訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100075	保険医から訪問指示があった時刻(深夜訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190267	訪問指導年月日(深夜訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100076	訪問指導時刻(深夜訪問加算):hh"時"mm"分"		
			当該訪問が必要であった理由を選択し記載すること。	820101271	訪問が必要であった理由(夜間・休日・深夜訪問加算):末期の悪性腫瘍患者であるため		
				820101272	訪問が必要であった理由(夜間・休日・深夜訪問加算):注射による麻薬の投与が必要な患者であるため		
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	指導年月日(退院時共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100450	患者が入院している保険医療機関の保険医等の氏名(退院時共同指導料):****		
				830100451	患者が入院している保険医療機関名(退院時共同指導料):*****		
				830100452	退院後の在宅医療を担う保険医療機関名(退院時共同指導料):*****		
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。 なお、情報提供先の保険医療機関の名称について、複数の保険医療機関に対して服薬情報等の提供を行った場合は各保険医療機関の名称を記載すること。診療科名については、同一保険医療機関の複数の診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合に各診療科名を記載すること。	830100638	情報提供先の保険医療機関名(服薬情報等提供料3):*****		
				830100639	情報提供先の診療科名(服薬情報等提供料3):*****		
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者を訪問して実施した場合)訪問を実施した日付について、記載すること。 特に重点的な服薬支援を行う必要性があると判断した対象患者を選択し記載すること。	850190270	訪問を実施した年月日(在宅移行初期管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820101289	対象患者(在宅移行初期管理料):認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者		
				820101290	対象患者(在宅移行初期管理料):障害児である18歳未満の患者		
				820101291	対象患者(在宅移行初期管理料):6歳未満の乳幼児		
				820101292	対象患者(在宅移行初期管理料):末期のがん患者		
				820101293	対象患者(在宅移行初期管理料):注射による麻薬の投与が必要な患者		
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	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		※
				830100987	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):*****		※
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。 また、処方医が複数名訪問が必要であると判断した建目について、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	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		※
				820101937	処方箋記載により確認(複数名薬剤管理指導訪問料)		※
				820101938	疑義照会により確認(複数名薬剤管理指導訪問料)		※
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) 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	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		
				820100374	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		
				820100375	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		
				820100376	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		
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)理由のうち、該当するものを記載すること。 ①医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断したため ・長期収載品と後発医薬品で事実上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断する場合。 ・当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師又は歯科医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ・学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師又は歯科医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ・後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ②後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。 ③後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合。	820101325	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)		
				820101326	剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断したため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		

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
40	—	長期の旅行等特殊の事情がある場合に、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」から最も当てはまるものをひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は具体的な理由を記載すること。		820100795	長期投与の理由:海外への渡航(年末・年始又は連休に該当するものは除く。)		
				820100796	長期投与の理由:年末・年始又は連休		
				830100453	長期投与の理由:その他理由:*****		
41	—	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤(ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。)が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤(ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。以下同じ。)が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、処方医が当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨について、処方箋の記載により確認した旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	820100377	処方箋記載により確認(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)		
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)		※
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。 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		
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		
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		
46	10の2	調剤管理料	(内服薬が長期処方(28日以上)されている患者であって、減数調剤を行うことにより、実際の調剤する内服薬の投与日数が1日分以上かつ27日分以下となり、調剤管理料1のイを算定する場合) 減数調剤を実施した年月日、減数調剤を実施した薬剤名及び調整前の日数を記載すること。	850100617	減数調剤を実施した年月日(調剤管理料1のイ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				830100999	減数調剤を実施した薬剤名(調剤管理料1のイ):****		※
				842100125	調整前の日数(調剤管理料1のイ):****"日分"		※
47	二	近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品を調剤する場合	(厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第16号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合) 薬剤名を記載すること。	830101000	薬剤名(近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品):*****		※

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○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 6月1日 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性において、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)。 ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会(総合内科専門医) オ 日本脳神経外科学会 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。 投与の要否の判断にあたっては、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること。 (「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。 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 820600002 820600003 820600004 820600005 842600001 820600006 820600007 820600008 820600009 820600010	医師要件ア(アイモビーグ皮下注70mgペン) 医師要件イ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 医師要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 医師要件エ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 医師要件オ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数(片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均(アイモビーグ皮下注70mgペン)：***** 前治療要件ア(アイモビーグ皮下注70mgペン) 前治療要件イ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 前治療要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 前治療要件エ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 投与開始後3ヶ月(3回投与後)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こと(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 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 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。 診療報酬明細書の記載に当たっては、上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600001 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 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 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～エ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～エのうち該当するものを記載すること(「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載)。 ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会(総合内科専門医) オ 日本脳神経外科学会 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。 投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること(「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。 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 820600012 820600013 820600014 820600015 842600002 820600016 820600017 820600018 820600019 820600226 820600227 820600228	医師要件ア(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 医師要件イ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 医師要件ウ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 医師要件エ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 医師要件オ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数(片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)：***** 前治療要件ア(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 前治療要件イ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 前治療要件ウ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 前治療要件エ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 4週間に1回投与の場合であって、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) 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) 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。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 (平成 30 年 9 月 20 日以前に既に本製剤の投与を受けている患者に対しては、本通知前からの投与継続患者である旨(「投与継続患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。)	850600003 850600004 820600002 850600005 820600255	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 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 投与継続患者(アドセトリス点滴静注用50mg) 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 医師要件ア(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 6月1日 適用
8	アドララーザ皮下注150mgシリンジ アドララーザ皮下注300mgペン	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件I」と記載) イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2) 次に掲げる本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況のうち該当するもの(「前治療要件A」又は「前治療要件I」と記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じた推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用又は全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難である。 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は顔頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	820600256	医師要件I(アドララーザ皮下注150mgシリンジ等)	
				820600257	前治療要件A(アドララーザ皮下注150mgシリンジ等)	
				820600258	前治療要件I(アドララーザ皮下注150mgシリンジ等)	
				830600138	IGAスコア(アドララーザ皮下注150mgシリンジ等):*****	
				830600139	全身のEASIスコア(アドララーザ皮下注150mgシリンジ等):*****	
				830600140	顔頸部のEASIスコア(アドララーザ皮下注150mgシリンジ等):*****	
9	アベクマ点滴静注		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〕から〔施設要件E〕までのうち該当するものを記載 ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリ1)を有する施設 イ 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち、看護部(基準3.3.1及び3.3.2)、移植認定医(基準3.2.1)及び移植コーディネーター(基準3.4.3)以外の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリ2)を有する施設 ウ 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち、看護部(基準3.3.1及び3.3.2)、移植認定医(基準3.2.1)、移植コーディネーター(基準3.4.3)及び移植実績(基準4.1及び4.2)以外の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリ3)を有する施設 エ 本に依る治療の実施設	820600259	施設要件A(アベクマ点滴静注)	
				820600260	施設要件I(アベクマ点滴静注)	
				820600261	施設要件ウ(アベクマ点滴静注)	
				820600262	施設要件E(アベクマ点滴静注)	
10	アムヴトラ皮下注25mgシリンジ	トランスサイレチニン心アミロイドーシス(野生型及び変異型)	1) 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遺伝子検査での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。 イ 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心不全による臨床試験の心室中間厚が12mmを超えなこと ウ 病理検査所見又はシナ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	820600373	患者要件A(アムヴトラ皮下注25mgシリンジ)	○
				820600374	患者要件I(アムヴトラ皮下注25mgシリンジ)	○
				820600375	患者要件ウ(アムヴトラ皮下注25mgシリンジ)	○
				830600197	TTR遺伝子検査で病的変異の有無(アムヴトラ皮下注25mgシリンジ):*****	○
				830600141	本製剤の使用が適切と判断した理由(アリセプト錠3mg等):	
11	アリセプト錠3mg アリセプト錠5mg アリセプト錠10mg アリセプトD錠3mg アリセプトD錠5mg アリセプトD錠10mg アリセプト錠0.5% アリセプト内服ゼリー3mg アリセプト内服ゼリー5mg アリセプト内服ゼリー10mg アリセプトドライシロップ1% 後発品のドネペジル塩酸塩製剤		(本製剤をレビー小体型認知症における認知症状の進行抑制に用いる場合) 次の事項を記載すること。 ① 効能又は効果に関連する使用上の注意において「本剤は、認知症治療に精通し、〔17. 臨床成績〕の項の内容について十分に理解した医師又はその指導の下で、レビー小体型認知症の臨床診断基準に基づき、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本剤の使用が適切と判断された患者にのみ使用すること。」とされていることから、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本製剤の臨床試験成績も踏まえた上で、本製剤の使用が適切と判断された患者に対して使用した場合に限り算定できる。レビー小体型認知症と診断され、本製剤の使用が適切と判断した理由(最新のガイドラインに基づいた診断内容及び臨床試験成績を理解した上で本剤投与が適切と判断した旨)を記載すること。 ② 用法及び用量において「投与開始12週間後までを目安に、認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィットがリスクを上回ると判断した内容」を記載すること。 ③ 用法及び用量において「投与開始12週間後までの有効性評価の結果に基づき投与継続を判断した場合であっても、定期的に有効性評価を行い、投与継続の可否を判断すること。」とされていることから、投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合は、投与継続の検討を行った直近の年月日、本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィットがリスクを上回ると判断した内容)を記載すること。	850600159	投与継続の検討を行った年月日(アリセプト錠3mg等):(元号)yy'年'mm'月'ds'日	
				830600142	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(アリセプト錠3mg等):*****	
				850600160	投与継続の検討を行った直近の年月日(投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合)(アリセプト錠3mg等):(元号)yy'年'mm'月'ds'日	
				830600143	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合)(アリセプト錠3mg等):*****	
12	アルンブリグ錠30mg アルンブリグ錠90mg		ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600006	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(アルンブリグ錠30mg等):(元号)yy'年'mm'月'ds'日	
				850600007	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(アルンブリグ錠30mg等):(元号)yy'年'mm'月'ds'日	
13	アレセンサカプセル150mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600008	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(アレセンサカプセル150mg):(元号)yy'年'mm'月'ds'日	
				850600009	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(アレセンサカプセル150mg):(元号)yy'年'mm'月'ds'日	
				830600002	投与が適切と判断した理由(アロフィセル注):*****	
				830600003	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名(アロフィセル注):*****	
				830600004	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の使用期間(アロフィセル注):*****	
14	アロフィセル注		本製剤の効能・効果又は性能において、「非活動期又は軽症の活動期クローン病患者における複発再発の治療。ただし、少なくとも1つの既存治療薬による治療を行っても効果が不十分な場合に限る。」及び用法及び用量又は使用方法に関連する使用上の注意において、「本品を再投与した臨床成績は得られておらず、疼痛の状態を十分に確認した上で、再投与の要否を慎重に判断すること。」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、次の事項を記載すること。 ア 本製剤の投与が適切と判断した理由 イ 既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間 ウ 本製剤の投与回数(1回目又は2回目と記載する)	820600022	投与回数1回目(アロフィセル注)	
				820600023	投与回数2回目(アロフィセル注)	
15	イェスカルタ点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。〔施設要件A〕又は〔施設要件I〕と記載 ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリ1)を有する施設 イ 認定カテゴリ1に準ずる診療科(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科)を有する施設	820600024	施設要件A(イェスカルタ点滴静注)	
				820600025	施設要件I(イェスカルタ点滴静注)	
16	イデルビオン静注用250 イデルビオン静注用500 イデルビオン静注用1000 イデルビオン静注用2000 イデルビオン静注用3500		手術時における血液凝固第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考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600005	手術時に使用した理由(イデルビオン静注用250等):*****	
				820600376	施設要件A(イブグルース皮下注)	○

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6月1日適用
17	イブグリース皮下注250mgオートインジェクター イブグリース皮下注 250mg シリンジ	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。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診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 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6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載) ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(スrong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こと。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は顔頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) 4) 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合、次に掲げる数値 ア 体重(kg)	820600377	施設要件イ(イブグリース皮下注)	○
				820600378	施設要件ウ(イブグリース皮下注)	○
				820600379	前治療要件ア(イブグリース皮下注)	○
				820600380	前治療要件イ(イブグリース皮下注)	○
				830600198	IGAスコア(イブグリース皮下注):*****	○
				830600199	全身のEASIスコア(イブグリース皮下注):*****	○
				830600200	顔頸部のEASIスコア(イブグリース皮下注):*****	○
				842600072	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (イブグリース皮下注):*****	○
				842600044	体重(小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合)(kg) (イブグリース皮下注):*****	○
				18	イブトロジカプセル200mg	
850600226	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)(イブトロジカプセル200mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	○				
850600011	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(イブランス錠25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'					
850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(イブランスカプセル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'					
19	イブランス錠25mg イブランス錠125mg		ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600013	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(イブランス錠25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				850600014	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(イブランスカプセル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
20	イベニティ皮下注105mgシリンジ		(12ヵ月投与した後に本製剤を再投与する場合) 再投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ア 骨折の危険性が高いと判断した理由 イ 本製剤を再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名	830600006	骨折の危険性が高いと判断した理由(イベニティ皮下注105mgシリンジ):*****	
				830600007	再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名(イベニティ皮下注105mgシリンジ):*****	
	切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法	切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科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 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に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。	820600381	切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法(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	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
					進展型小細胞肺癌 限局型小細胞肺癌 における根治的化学放射線療法後の維持療法	進展型小細胞肺癌 限局型小細胞肺癌 における根治的化学放射線療法後の維持療法
820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)					
820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)					
820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)					
820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)					
820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)					
820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)					
820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)					

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
21	イミフィンジ点静注120mg イミフィンジ点静注500mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科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 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	820600027	施設要件イ（イミフィンジ点静注120mg等）	
			820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点静注120mg等）		
			820600029	施設要件エ（イミフィンジ点静注120mg等）		
			820600030	施設要件オ（イミフィンジ点静注120mg等）		
			820600229	施設要件ア（イミフィンジ点静注120mg等）		
			820600230	施設要件イ（イミフィンジ点静注120mg等）		
			820600263	併用投与ア（イミフィンジ点静注120mg等）		
			850600162	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日（イミフィンジ点静注120mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日		
			850600163	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日（イミフィンジ点静注120mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日		
		切除不能な肝細胞癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科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 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600384	切除不能な肝細胞癌（イミフィンジ点静注120mg等）	○
			820600026	施設要件ア（イミフィンジ点静注120mg等）		
			820600027	施設要件イ（イミフィンジ点静注120mg等）		
			820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点静注120mg等）		
			820600029	施設要件エ（イミフィンジ点静注120mg等）		
			820600030	施設要件オ（イミフィンジ点静注120mg等）		
			820600229	施設要件ア（イミフィンジ点静注120mg等）		
			820600230	施設要件イ（イミフィンジ点静注120mg等）		
		治療切除不能な胆道癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科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 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、胆道癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600385	治療切除不能な胆道癌（イミフィンジ点静注120mg等）	○
			820600026	施設要件ア（イミフィンジ点静注120mg等）		
			820600027	施設要件イ（イミフィンジ点静注120mg等）		
			820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点静注120mg等）		
820600029	施設要件エ（イミフィンジ点静注120mg等）					
820600030	施設要件オ（イミフィンジ点静注120mg等）					
820600229	施設要件ア（イミフィンジ点静注120mg等）					
820600230	施設要件イ（イミフィンジ点静注120mg等）					
進行・再発の子宮体癌	本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨を記載すること（「併用投与ア」と記載）。 ア ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与	820600263	併用投与ア（イミフィンジ点静注120mg等）			
	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科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 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600386	進行・再発の子宮体癌（イミフィンジ点静注120mg等）	○		
	820600026	施設要件ア（イミフィンジ点静注120mg等）	○			
	820600027	施設要件イ（イミフィンジ点静注120mg等）	○			
	820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点静注120mg等）	○			
	820600029	施設要件エ（イミフィンジ点静注120mg等）	○			
	820600030	施設要件オ（イミフィンジ点静注120mg等）	○			
	820600229	施設要件ア（イミフィンジ点静注120mg等）	○			
	820600230	施設要件イ（イミフィンジ点静注120mg等）	○			
	820600263	併用投与ア（イミフィンジ点静注120mg等）	○			
	820600404	併用投与イ（イミフィンジ点静注120mg等）	○			
		次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科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 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600396	非小細胞肺癌における術前・術後補助療法（イミフィンジ点静注120mg等）	○	
	本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、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） ア カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与 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	820600026	施設要件ア（イミフィンジ点静注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 6月1日 適用
		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） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科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 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 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） ア カルボプラチン及びビクリクシケルとの併用投与 イ 白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）及びゲムシタビン塩酸塩との併用投与 ウ 白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）及びベメトレキセドナトリウムとの併用投与	820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				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）	○
				820600406	併用投与ウ（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） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科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 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に泌尿器科学の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。 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） 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	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600263	併用投与ア（イミフィンジ点滴静注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 成人発症スチル病	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摘要欄に記載すること。 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 ② 本製剤の投与が必要と判断した理由	830600202	他の生物製剤として使用していた薬剤の品名（イラリス皮下注射液150mg）：*****	○
				830600203	他の生物製剤として使用していた薬剤の使用期間（イラリス皮下注射液150mg）：*****	○
				830600204	投与が必要と判断した理由（イラリス皮下注射液150mg）：*****	○
				820600264	施設要件ア（ウゴビー皮下注0. 25mg SD等）	
				820600265	施設要件イ（ウゴビー皮下注0. 25mg SD等）	
				820600266	施設要件ウ（ウゴビー皮下注0. 25mg SD等）	
				820600267	施設要件エ（ウゴビー皮下注0. 25mg SD等）	
				820600268	施設要件オ（ウゴビー皮下注0. 25mg SD等）	
				820600269	施設要件カ（ウゴビー皮下注0. 25mg SD等）	
				820600270	施設要件キ（ウゴビー皮下注0. 25mg SD等）	
				820600271	施設要件ク（ウゴビー皮下注0. 25mg SD等）	
				820600272	施設要件ケ（ウゴビー皮下注0. 25mg SD等）	
				820600273	施設要件コ（ウゴビー皮下注0. 25mg SD等）	
				820600274	施設要件サ（ウゴビー皮下注0. 25mg SD等）	
				830600145	連携施設名（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ウゴビー皮下注0. 25mg SD等）：*****	
				830600146	連携施設の所在地（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ウゴビー皮下注0. 25mg SD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
23	ウゴビー皮下注0.25mg SD ウゴビー皮下注0.5mg SD ウゴビー皮下注1.0mg SD ウゴビー皮下注1.7mg SD ウゴビー皮下注2.4mg SD ウゴビー皮下注0.25mgペン 1.0MD ウゴビー皮下注0.5mgペン 2.0MD ウゴビー皮下注1.0mgペン 4.0MD ウゴビー皮下注1.7mgペン 6.8MD ウゴビー皮下注2.4mgペン 9.6MD		(本製剤の投与開始の場合) 次の事項を記載すること ① 次に掲げる標榜診療科名のうち該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものをすべて記載) ア 内科 イ 循環器内科 ウ 内分泌内科 エ 代謝内科 オ 糖尿病内科 ② 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件力」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載)及び「施設要件キ」、「施設要件ケ」又は「施設要件サ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 カ 日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる キ 日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ク 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ケ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる コ 日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる サ 日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ③ 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載) シ 日本循環器学会の教育研修施設 ス 日本糖尿病学会の教育研修施設 セ 日本内分泌学会の教育研修施設 ④ 常勤の管理栄養士の免許証番号 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」に記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に5年以上の臨床研修を有していること。 イ 医師免許取得後、満7年以上の臨床経験を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること。 ⑥ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載) ウ 日本循環器学会の専門医 エ 日本糖尿病学会の専門医 オ 日本内分泌学会の専門医 ⑦ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載) ア 高血圧 イ 脂質異常症 ウ 2型糖尿病 ⑧ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件エ」又は「患者要件オ」に記載) エ BMIが27kg/m2以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する オ BMIが35kg/m2以上 ⑨ ⑧の「患者要件ウ」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(「患者要件力」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載) 力 耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など) キ 脂質異常症 ク 高血圧 ケ 高度脳血症・痛風 コ 冠動脈疾患 サ 脳梗塞 シ 非アルコール性脂肪性肝疾患 ス 月経異常・不妊 セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 ソ 運動器疾患 タ 肥満関連臓器病 ⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ⑪ ⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ⑫ 合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名 ⑬ 本製剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であることを作成した年月日	820600275	施設要件シ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600276	施設要件ス(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600277	施設要件セ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				830600147	常勤の管理栄養士の免許証番号(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等);*****	
				820600278	医師要件ア(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600279	医師要件イ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600280	医師要件ウ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600281	医師要件エ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600282	医師要件オ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600283	患者要件ア(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600284	患者要件イ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600285	患者要件ウ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600286	患者要件エ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600287	患者要件オ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600288	患者要件カ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600289	患者要件キ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600290	患者要件ク(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600291	患者要件ケ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600292	患者要件コ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600293	患者要件サ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600294	患者要件シ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600295	患者要件ス(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600296	患者要件セ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600297	患者要件ソ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				820600298	患者要件タ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	
				850600164	食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日(ウゴビー皮下注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(ウゴビー皮下注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(ウゴビー皮下注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(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
			(本製剤の継続投与の場合及び再投与後の継続投与の場合) 次の事項を記載すること ① 本製剤投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日。 ② 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ③ 次に掲げるすべての項目の直近の測定値及び測定年月日並びに改善傾向が認められた旨 ア 体重 イ 血糖 ウ 血圧 エ 脂質	850600167	投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日(ウゴビー皮下注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(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等);*****	
				842600024	直近の測定値(ア 体重)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等);*****	
				842600025	直近の測定値(イ 血糖)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等);*****	
				842600026	直近の測定値(ウ 血圧)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等);*****	
				842600027	直近の測定値(エ 脂質)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等);*****	
				850600168	測定年月日(ア 体重)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600169	測定年月日(イ 血糖)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600170	測定年月日(ウ 血圧)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600171	測定年月日(エ 脂質)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				830600149	改善傾向が認められた旨(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等);*****	
				850600172	投与を中止した年月日(ウゴビー皮下注0. 25mg SD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
			(本製剤の中止後に肥満度の悪化が認められ、本製剤の初回投与開始時と同様に、本剤を投与する施設において適切な治療計画に基づく食事療法・運動療法を実施しても、本製剤の再投与が必要と判断された場合) 再投与の開始日に次の事項を記載すること。 ① 本製剤の投与を中止した年月日 ② 本製剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ③ ②の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ④ ②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6か月間行いう前に、やむを得ず本製剤の投与を再開する場合はその理由 ⑤ 改めて本製剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日	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プセル25mg ヴァイトラックピカプセル100mg ヴァイトラックピカ用液20mg/mL		NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600015	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(「ヴァイトラックピカプセル25mg等」;(元号)yy'年'mm'月'dd'日)	
				850600016	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(「ヴァイトラックピカプセル25mg等」;(元号)yy'年'mm'月'dd'日)	
25	ヴァンフリタ錠17.7mg ヴァンフリタ錠26.5mg		FLT3-ITD 変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600017	FLT3-ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日(ヴァンフリタ錠17.7mg等」;(元号)yy'年'mm'月'dd'日)	
				850600018	FLT3-ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ヴァンフリタ錠17.7mg等」;(元号)yy'年'mm'月'dd'日)	
28	エクロックゲル5%		投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)を記載すること。	830600011	多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)(エクロックゲル5%);*****	
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) 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 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。 ア 6ヵ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振 イ 疲労又は倦怠感 ウ 全身の筋力低下 エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上	820600031	ア 6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)	
				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 エフィエント錠3.75mg	虚血性脳血管障害 (大血管アテローム硬化又は小血管の閉塞に伴う)後の再発抑制	効能又は効果に関連する注意において、「[17] 臨床成績」の項の内容を熟知し、有効性についてクロ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	エブリスディライシロップ60mg エブリスディ錠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。 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。 (オナセム/ゲン アペル)ボベク(販売名:ジルゲンズ点滴静注)の投与後に本製剤を投与する場合 その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	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(エブリスディライシロップ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)(エブリスディライシロップ60mg等」;(元号)yy'年'mm'月'dd'日)	
				830600015	オナセム/ゲン アペル)ボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由(エブリスディライシロップ60mg等」;*****	
32	エボジン注シリンジ1500 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) 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) 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」;*****	
				820600233	医師要件A(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
			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A」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載)。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会(総合内科専門医) オ 日本脳神経外科学会	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)	

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
34	エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター エムガルティ皮下注120mgシリンジ		投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days (MHD、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均。	842100110	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days (MHD、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)。*****	
			投与の要否の判断にあたっては、以下のAに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること(「前治療要件A」から「前治療要件E」のうち該当するものを全て記載)。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600238	前治療要件A(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)	
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	エレピジス点滴静注		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AAVh74抗体が陰性の患者、歩行可能な患者、3歳以上8歳未満の患者」及び効能・効果又は性能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薬液(検査を用いた検査により抗AAVh74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、以下を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ・抗AAVh74抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日 ・歩行の可否 ・本製品の投与日における年齢	850600227	抗AAVh74抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日(エレピジス点滴静注)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	○
				830600205	歩行の可否(エレピジス点滴静注)：*****	○
				842600045	本製品の投与日における年齢(エレピジス点滴静注)：*****	○
37	エンハーツ点滴静注100mg	化学療法歴のあるHER2陽性の手術不能又は再発乳癌	「トラスツズマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、トラスツズマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を記載すること。	820600045	トラスツズマブ(遺伝子組換え)の治療歴を有する患者(エンハーツ点滴静注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)	
		がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治療不能な進行・再発の胃癌の場合	一次治療で実施した化学療法を記載すること。	830600022	一次治療で実施した化学療法(エンハーツ点滴静注100mg)：*****	
		化学療法歴のあるHER2低発現の手術不能又は再発乳癌	「HER2 低発現の定義について、「17 臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2 低発現が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2低発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600175	HER2低発現を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注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	
		がん化学療法後に増悪したHER2(ERBB2)遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2(ERBB2)遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600177	HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注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	
		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	HER2低発現及び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。 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。	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	○
		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)	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。 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。	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 エンレスト錠100mg 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) 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る」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。 (高血圧症の場合) 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「過度な血圧低下のおそれ等があり、原則として本剤を高血圧治療の第一選択薬としないこと。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600024	投与が必要と判断した理由(エンレスト錠50mg等)。*****	
39	オータイロカプセル40mg オータイロカプセル160mg	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おける検査により、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診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず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	○
		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。	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	○
40	オブジーボ点滴静注20mg オブジーボ点滴静注100mg オブジーボ点滴静注120mg 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A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 (※は、古典的ホジキンリンパ腫に限る。) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院、小児がん連携病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外米化学療法室を設置し、外米腫瘍化学療法診療科1、外米腫瘍化学療法診療科2又は外米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 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600164	施設要件A(オブジーボ点滴静注)	
				820600166	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)	
41	オブジーボ点滴静注20mg オブジーボ点滴静注100mg オブジーボ点滴静注120mg オブジーボ点滴静注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。 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。 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)	
				820600169	投与中患者(オブジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オブジーボ点滴静注)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				820600168	使用実績有(オブジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オブジーボ点滴静注)：(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 6月1日 適用
42	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	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」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の研修を行っていること。	820600417	切除不能な進行・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） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy “年”mm”月”dd”日”	
43	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	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。 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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。	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）	
44	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	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。 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。 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）	
			（本製剤とイビリマブ（遺伝子組換え）の併用を化学療法未治療の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の患者に投与する場合） 次のいずれに該当するかを記載すること。（「患者要件A」又は「患者要件イ」と記載） ア IMDC リスク分類：intermediate リスク イ IMDC リスク分類：poor リスク	820600152	患者要件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） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy “年”mm”月”dd”日”	
			（平成29年4月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合：平成29年6月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy “年”mm”月”dd”日”	
45	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	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」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の小児血液 及び小児 がんを含む小児科臨床経験を有すること。	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） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy “年”mm”月”dd”日”	
46	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	治療切除不能な進行・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」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に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。	820600421	治療切除不能な進行・再発の胃癌（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）	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） HER2陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	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”	
47	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な進行・再発の悪性胸腺中皮腫	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） 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。 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、悪性胸腺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。	820600422	切除不能な進行・再発の悪性胸腺中皮腫（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）	
48	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	がん化学療法後に増悪した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「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に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。	820600423	がん化学療法後に増悪した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（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）	

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
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	806000120	MSI-Highを確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
49	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能な進行・再発の食道癌	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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器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。	820600424	根治切除不能な進行・再発の食道癌(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)	
50	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	食道癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器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。 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。	820600425	食道癌における術後補助療法(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)	
51	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	原発不明癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、原発不明癌に対するがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600426	原発不明癌(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)	
			原発不明癌と診断するに当たり実施した原発巣検索の検査等として該当するもの(「検査等ア」から「検査等ク」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 胸部X線 イ 頭頸部・胸腹部・骨髄CT ウ FDG-PET、PET-CT エ 上部・下部消化管内視鏡 オ 腫瘍マーカー測定 カ 病理学的検査 キ 免疫組織化学的検査 ク 遺伝子・染色体検査	820600156	検査等ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600157	検査等イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600158	検査等ウ(オプジーボ点滴静注)	
				820600159	検査等エ(オプジーボ点滴静注)	
				820600160	検査等オ(オプジーボ点滴静注)	
				820600161	検査等カ(オプジーボ点滴静注)	
				820600162	検査等キ(オプジーボ点滴静注)	
				820600163	検査等ク(オプジーボ点滴静注)	
				820600427	原路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能な原路上皮癌(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)	
				830600113	投与することとした理由(オプジーボ点滴静注):*****	
52	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	原路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能な原路上皮癌	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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、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な原路上皮癌(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)	
				830600113	投与することとした理由(オプジーボ点滴静注):*****	
53	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	非小細胞肺癌における術前補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌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。 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)	
54	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	悪性中皮腫(悪性胸膜中皮腫を除く)	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性中皮腫(悪性胸膜中皮腫を除く)のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600429	悪性中皮腫(悪性胸膜中皮腫を除く)(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)	
55	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能な進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600430	根治切除不能な進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍(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)	
56	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な肝細胞癌	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)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病の臨床研修を行っていること。	820600431	切除不能な肝細胞癌(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)	○
57	オルプロシク静注用500 オルプロシク静注用1000 オルプロシク静注用2000 オルプロシク静注用3000		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考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600025	手術時に使用した理由(オルプロシク静注用500等):*****	
				830600026	手術時に使用した理由(オルプロシク静注用250):*****	
				830600027	手術時に使用した理由(オルプロシク静注用4000):*****	
	オルプロシク静注用250		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考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。			
	オルプロシク静注用4000		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考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。			

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
58	オルミエント錠2mg オルミエント錠4mg 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。 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） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経歴を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経歴を有していること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件A」又は「前治療要件イ」と記載） ア 2歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じた推奨されるステロイド外用薬（サリシル酸エステル）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こと。 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。 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は顔面部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（％）	820600048	施設要件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）	
				8206000372	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）：*****	
59	オンデキサ静注200mg	円形脱毛症（ただし、脱毛部位が広範囲に及ぶ難治の場合に限る）	効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、顔部全体の概ね50％以上に脱毛が認められ、過去6か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、本剤の投与開始に当たっては、顔部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪の自然再生が認められていない期間を記載すること。	830600154	毛髪の自然再生が認められていない期間（オルミエント錠2mg等）：*****	
				830600155	直接作用型第Ⅹa因子阻害剤の種類（オンデキサ静注200mg）：*****	
				830600156	最終投与時の1回投与量（オンデキサ静注200mg）：*****	
				830600157	最終投与からの経過時間（オンデキサ静注200mg）：*****	
				830600158	投与が必要と判断した理由（オンデキサ静注200mg）：*****	
60	ガザイバ点滴静注1000mg	CD20陽性の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）	本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法等により検査を行い、CD20抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 用法及び用量に関連する注意において、「アカラブルチニブを28日間投与した後に本剤の投与を開始すること。」とされているため、アカラブルチニブと併用する場合には、アカラブルチニブの単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	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 カムザイオスカプセル2.5mg カムザイオスカプセル5mg		本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機密欄に記載すること。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と差し支えない。	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 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） 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、厳密に投与しないこと。」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 カルケンス錠10mg		（本剤を「未治療の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）」に用いる場合は、用法及び用量に関連する注意において、「オビヌズマブ（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） 本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） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科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 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600165	施設要件A（キイトルーダ点滴静注）	
				820600167	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） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経歴を有していること。	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（「施設要件A」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経歴を有していること。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）	
				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（「施設要件A」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経歴を有していること。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）	

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
68	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な原路上皮癌	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) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、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。	820600435	根治切除不能な原路上皮癌(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) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌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。	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)	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日	850600121	MSI-Highを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
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、局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) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。 なお、本剤による治療においては副作用等の全身的管理を要するため、患者の治療に当たる歯科医師はアからうまでのいずれかに必ず条件を満たす医師(頭頸部癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師)との緊密な連携のもとに診療すること。	820600437	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌局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)	
				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)	○
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) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	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)	
			(本製剤を単独で投与する場合) PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	850600124	PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
			(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。 ア 5-FU及びシスプラチンとの併用投与	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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌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。	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)	
				MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600121	MSI-Highを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'
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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の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'	
				850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	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)	
				(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) アレニナ/パトリプタール塩との併用投与(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) イ バクリタキセル及びカルボプラチンとの併用投与(化学療法底のない進行・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)	○	

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
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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となるがん種領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	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	
				850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日	
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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	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。 ア バクリタキセル及びプラチナ製剤との併用投与 イ バクリタキセル、プラチナ製剤及びベパ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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。	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「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、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	
				843600042 830600102	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）： ※※※※※※	
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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、胆道癌のがん薬物療法を含むがん治療の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。 ア ゲムシタ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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	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） 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） 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。 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） ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設 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 クリスピータ皮下注20mg クリスピータ皮下注30mg クリスピータ皮下注10mgシリンジ クリスピータ皮下注20mgシリンジ 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の過剰産生を抑制した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600026	FGF23の過剰産生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の過剰産生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） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件A」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者 イ 以下に示す本剤の副作用の発現しないことが確認された患者 ・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者 ・ 本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5割以上の脳微小出血、脳表へモジゲリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者 ウ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能であることが確認された患者 ② 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日 ア 認知機能評価 MMSEスコア イ 臨床認知症尺度 CDR全版スコア ③ 次に掲げる検査のうち、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）、実施年月日及び検査実施施設名 エ アミロイドPET オ 脳脊髄液（CSF）検査 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件A」から「医師要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 日本神経学会の専門医 イ 日本老年医学会の専門医 ウ 日本精神神経学会の専門医 エ 日本脳神経外科学会の専門医 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件イ」から「医師要件ク」までのうち該当するものを記載） オ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の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 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 キ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること ク 日本認知症学会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 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） ア 以下の1から5番をすべて満たす施設である。 イ 以下の1から5番をすべて満たす施設でない。 （項目） I MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要に対応ができる体制が整っていること II 認知機能のスコア評価（MMSEスコア）及び臨床認知症尺度（CDR全版スコア）が実施可能な者が配置されていること III 同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能であること IV 上記の4及び5に該当する、常設読影が確保の配置されていること 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 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 VII 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること VIII 製造販売業者に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）	○

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
			(継続投与の場合) 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、本製剤は、初回投与後6か月までは、初回投与施設で投与すること。 ① 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ② 本製剤投与中、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直近の年月日 ③ 本製剤投与中、MRI検査を受けた直近の年月日 (投与開始後12か月を目安に実施するPET検査) 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 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) ② 本剤投与中、PET検査を実施した施設(「施設要件A」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 カ 初回投与施設と同一施設内 キ 初回投与施設と連携がとれる施設 (初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合) 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 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) 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)	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)	○
				842600073	初回投与から起算しての週数(ケサンラ点滴静注350mg)； *****	○
				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	施設要件カ(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)； *****	○
				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)；*****	○
				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)； *****	○
				820600468	患者要件ア(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)	○
				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)； *****	○
				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	○
89	ケンディア錠10mg ケンディア錠20mg	慢性心不全	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の低下し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、左室駆出率の保たれた又は軽度低下した慢性心不全患者に投与すること。」及び「(17臨床成績)の項の内容を原知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景(前治療、左室駆出率、腎機能等)を十分に理解した上で、適応患者を選択すること。」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。	850600248	左室駆出率の計測年月日(ケンディア錠10mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	○
				842600052	左室駆出率の値(ケンディア錠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)(ケンディア錠10mg等)；*****	○
90	ザーコリカプセル200mg ザーコリカプセル250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600028	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザーコリカプセル200mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600029	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ザーコリカプセル200mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600030	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザーコリカプセル200mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600031	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ザーコリカプセル200mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
91	サイバインコ錠50mg サイバインコ錠100mg サイバインコ錠200mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」)までのうち該当するものを記載 ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2 本製剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載) ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は顔面部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	820600054	医師要件ア(サイバインコ錠50mg等)	
				820600055	医師要件イ(サイバインコ錠50mg等)	
				820600056	医師要件ウ(サイバインコ錠50mg等)	
				820600057	前治療要件ア(サイバインコ錠50mg等)	
				820600058	前治療要件イ(サイバインコ錠50mg等)	
				842600075	IGAスコア(サイバインコ錠50mg等)；*****	
				842600076	全身のEASIスコア(サイバインコ錠50mg等)；*****	
				842600077	顔面部のEASIスコア(サイバインコ錠50mg等)；*****	
				842600010	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (サイバインコ錠50mg等)；*****	
92	サイラムザ点滴静注100mg サイラムザ点滴静注500mg		本製剤をがん化学療法後に増悪した血清AFP値が400ng/mL以上の切除不能肝細胞癌に用いる場合は、効能・効果に関連する使用上の注意において、「本剤の使用に当たっては、初回投与時の血清AFP値に基づき、適応患者の選択を行うこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、AFPの検査値及び当該検査の実施年月日を記載すること。	830600033	AFPの検査値(サイラムザ点滴静注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	

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
93	ザルティア錠2.5mg ザルティア錠5mg タダラフィル錠2.5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠2.5mgZA「フソー」 タダラフィル錠2.5mgZA「日医工」 タダラフィル錠2.5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠2.5mgZA「あすか」 タダラフィル錠2.5mgZA「杏林」 タダラフィル錠2.5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠2.5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠5mgZA「フソー」 タダラフィル錠5mgZA「日医工」 タダラフィル錠5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠5mgZA「あすか」 タダラフィル錠5mgZA「杏林」 タダラフィル錠5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠2.5mgZA「シオエ」 タダラフィル錠5mgZA「シオエ」		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600136	診断に用いた主な検査の実施年月日(ザルティア錠2.5mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				850600137	診断に用いた主な検査の実施年月日(初回投与)(ザルティア錠2.5mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				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'	
94	ジカディア錠150mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600033	ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ジカディア錠150mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
95	ジャクスタビッドカプセル5mg ジャクスタビッドカプセル10mg ジャクスタビッドカプセル20mg	ホモ接合体家族性高コレステロール血症	本製剤の効能・効果は「ホモ接合体家族性高コレステロール血症」であることから、次のいずれかを記載すること。 ① 本疾患に係る特定医療費(指定難病)医療受給者証の交付を受けていること。 ② 本疾患の診断根拠(遺伝子解析、コレステロール値、重度的高コレステロール血症の徴候等)	820600243	本疾患に係る特定医療費(指定難病)医療受給者証の交付を受けている(ジャクスタビッドカプセル5mg等)	
				830600035	診断根拠(遺伝子解析、コレステロール値、重度的高コレステロール血症の徴候等)(ジャクスタビッドカプセル5mg等)：*****	
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こと、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景(原疾患、併用薬、腎機能等)を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、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。	830600159	適応患者であると判断した理由(ジャディアンス錠10mg)：*****	
				830600160	判断に用いた指標の値等(eGFRの値を含む。)(ジャディアンス錠10mg)：*****	
97	シュレンカ錠300mg シュレンカ皮下注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、本剤を含まない既存の抗レトロウイルス療法による適切な治療を行ってもウイルス学的抑制が得られなかった患者」及び「薬剤耐性検査(遺伝子型解析あるいは表現型解析)を実施し、本剤を含まない複数の抗HIV薬に耐性を示す患者」のいずれも満たす患者」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。	850600184	直近の薬剤耐性検査の実施年月日(シュレンカ錠300mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				830600161	薬剤耐性が認められた抗HIV薬の品名(シュレンカ錠300mg等)：*****	
98	シンボニー皮下注50mgシリンジ 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。 ア 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名及び使用期間 イ 本製剤の投与が必要と判断した理由	830600038	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名(シンボニー皮下注50mgシリンジ)：*****	
				830600039	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間(シンボニー皮下注50mgシリンジ)：*****	
				830600040	投与が必要と判断した理由(シンボニー皮下注50mgシリンジ)：*****	
				830600041	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター)：*****	
				830600042	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター)：*****	
				830600043	投与が必要と判断した理由(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター)：*****	
99	ステボロニン点滴静注バッグ9000mg/300mL		本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「化学放射線療法等の標準的な治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。」と記載されているので、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600044	投与が必要と判断した理由(ステボロニン点滴静注バッグ9000mg/300mL)：*****	
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。 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「医師要件イ」を記載) ア 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評価が適切に行えること。 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評価が適切に行えること。 ② 本製品の製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点及び本製品を投与する直前の時点におけるAIS なお、供給当初においては、AISがAの患者を中心とした投与が適切であるとされていることから、供給可能量も踏まえAの患者を優先して対応すること。	820600064	医師要件A(ステミラック注)	
				820600065	医師要件イ(ステミラック注)	
				830600045	製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点におけるAIS(ステミラック注)：*****	
				830600046	本製品を投与する直前の時点におけるAIS(ステミラック注)：*****	
101	スピルザ錠12mg スピルザ錠28mg スピルザ錠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。 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	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(スピルザ錠12mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				850600036	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(初回投与)(スピルザ錠12mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				830600047	オナセム/ゲン アベバルボク(販売名：ゾルゲンスマ点滴静注)の投与後に本製剤を投与する場合)その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	
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こと。」及び「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組織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。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600048	過去に実施した化学療法歴(ゼジューラ錠100mg)：*****	
				850600037	相同組織換修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(ゼジューラ錠100mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				850600038	相同組織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)(ゼジューラ錠100mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				820600499	施設要件A(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600500	施設要件イ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600501	施設要件ウ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600502	施設要件エ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600503	施設要件オ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600504	施設要件カ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600505	施設要件キ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600506	施設要件ク(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600507	施設要件ケ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600508	施設要件コ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600509	施設要件サ(ゼップバウンド皮下注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
100	ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス ゼップバウンド皮下注5mgアテオス ゼップバウンド皮下注7.5mgアテオス ゼップバウンド皮下注10mgアテオス ゼップバウンド皮下注12.5mgアテオス ゼップバウンド皮下注15mgアテオス		(本製剤の投与開始の場合) 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 次に掲げる標榜診療科名のうち該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものをすべて記載) ア 内科 イ 循環器内科 ウ 内分泌内科 エ 代謝内科 オ 糖尿病内科 ② 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件力」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載)及び「施設要件チ」,「施設要件ケ」又は「施設要件ク」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 力 日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる キ 日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ク 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ケ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる コ 日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる サ 日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ③ 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載) シ 日本循環器学会の教育研修施設 ス 日本糖尿病学会の教育研修施設 セ 日本内分泌学会の教育研修施設 ④ 常勤の管理栄養士の免許証番号 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件イ」又は「医師要件イ」に記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に6年以上の臨床研修を有していること イ 医師免許取得後、満7年以上の臨床経験を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること ⑥ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載) ウ 日本循環器学会の専門医 エ 日本糖尿病学会の専門医 オ 日本内分泌学会の専門医 ⑦ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載) ア 高血圧 イ 脂質異常症 ウ 2型糖尿病 ⑧ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件エ」又は「患者要件オ」に記載) エ BMIが27kg/m2以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する オ BMIが35kg/m2以上 ⑨ (3)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(「患者要件力」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載) 力 前糖尿病(2型糖尿病・前糖尿病など) キ 脂質異常症 ク 高血圧 ケ 尿酸値血症・痛風 コ 冠動脈疾患 サ 脳梗塞、 シ 非アルコール性脂肪性肝疾患 ス 月経異常・不妊 セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 ソ 運動器疾患 タ 肥満関連臓器病 ⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ⑪ ⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ⑫ 合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)； 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)を作成した年月日	830600216	連携施設名(施設要件キ、ケ又はサに該当) (ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)；*****	○
				830600217	連携施設の所在地(施設要件キ、ケ又はサに該当) (ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)；*****	○
				820600510	施設要件シ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600511	施設要件ス(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600512	施設要件セ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				842600053	常勤の管理栄養士の免許証番号(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)；*****	○
				820600513	医師要件ア(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600514	医師要件イ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600515	医師要件ウ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600516	医師要件エ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600517	医師要件オ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600518	患者要件ア(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600519	患者要件イ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600520	患者要件ウ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600521	患者要件エ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600522	患者要件オ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600523	患者要件力(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600524	患者要件キ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600525	患者要件ク(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600526	患者要件ケ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600527	患者要件コ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600528	患者要件サ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600529	患者要件シ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600530	患者要件ス(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600531	患者要件セ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600532	患者要件ソ(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等)	○
				820600533	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)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	○
				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) 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。 ① 本製剤の投与を中止した年月日 ② 本製剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ③ ②の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ④ ②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6か月間行う前に、やむを得ず本製剤の投与を再開する場合はその理由 ⑤ 改めて本製剤による治療計画(72週以内に投与を中止する計画であることを)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)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	○
				830600049	HBV－DNA検査結果(ゼフィックス錠100)；*****	

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
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。 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。	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。 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	ソスバ錠40mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FLT3 遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600043 FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ソスバ錠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）（ソスバ錠40mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日		
107	ソルゲンスマ点滴静注		本品の効能・効果又は性能に関連する使用上の注意に、「SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異が確認された患者に投与すること。」「2歳未満の患者に投与すること。」「及び「承認された体外診断薬を用いた検査により抗AAV9抗体が陰性であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ・SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日 ・本品の投与日数 ・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（ソ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（ソ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（ソルゲンスマ点滴静注）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日		
108	ゾレア皮下注用150mg ゾレア皮下注75mgシリンジ ゾレア皮下注150mgペン 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） 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる医師が本製剤に関する治療の責任者として配置されている施設（「医師要件A」から「医師要件E」までのうち該当するもの） 【成人季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 【小児季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ② 投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度及び当該検査の実施年月日 ③ 患者がスギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由 ④ 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状及び本製剤の投与時における鼻症状、なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、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。 ⑤ 前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイド及びケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ⑥ 既存治療で効果不十分と判断した理由 ⑦ アレルゲン免疫療法（減感作療法）に関する説明	820600251 医師要件A（ゾレア皮下注用150mg等） 820600252 医師要件イ（ゾレア皮下注用150mg等） 820600253 医師要件ウ（ゾレア皮下注用150mg等） 820600254 医師要件エ（ゾレア皮下注用150mg等） 830600122 投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度（ゾレア皮下注用150mg等）：***** 850600140 投与量の設定に用いた血清中総IgE検査の実施年月日（ゾレア皮下注用150mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日 830600052 スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）：***** 842600012 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：***** 842600013 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（この鼻の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）：*****		
			（スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の継続投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の前回投与時及び当該継続投与時における鼻症状、なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、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。 ② 本製剤と併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ③ 12週を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	842600016 前回投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：***** 842600017 前回投与時における鼻症状（この鼻の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）：*****		

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
109	タグリッソ錠40mg タグリッソ錠80mg		(EGFR遺伝子変異陽性の手術不能又は再発非小細胞肺癌に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「EGFR遺伝子変異検査を実施すること。EGFR遺伝子変異検査の実施には、十分な経験を有する病理医又は検査施設において、承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」及び「他のEGFRチロシンキナーゼ阻害剤による治療を有し、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。	850600047	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タグリッソ錠40mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
			(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根治的化学放射線療法後の維持療法に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「EGFR遺伝子変異検査を実施すること。EGFR遺伝子変異検査の実施には、十分な経験を有する病理医又は検査施設において、承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異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。	850600048	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タグリッソ錠40mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
110	タスフィゴ錠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。 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。	850600261	FGFR2融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(タスフィゴ錠35mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	○
				850600262	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)(タスフィゴ錠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遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600049	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(タズベリク錠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。 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。	850600263	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	○
				850600264	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	○
				850600265	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	○
				850600266	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歴(トロパド点滴静注用200mg):*****	○
113	タフィンラーカプセル50mg タフィンラーカプセル75mg 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。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600051	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タフィンラーカプセル50mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600052	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タフィンラーカプセル50mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
114	タブレクタ錠150mg タブレクタ錠200mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600053	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(タブレクタ錠150mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600054	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タブレクタ錠150mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
115	ターゼナカプセル0.25mg 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)、生腫瘍細胞系列の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、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。 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。	850600267	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 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履行している保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合) 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」した旨を記載すること。	820600066	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方(チャンピックス錠0.5mg等)	
117	テラードンS静注液200μg		本製剤を甲狀腺機能低下症の患者に投与する際は、レボチロキシナトリウム経口製剤による治療が適さない場合に限ること。 また、甲狀腺機能低下症の患者に対する本製剤の投与開始に当たっては、レボチロキシナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由を記載すること。	830600066	レボチロキシナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由(テラードンS静注液200μg):*****	
118	ティエースワン配合顆粒T20 ティエースワン配合顆粒T25 ティエースワン配合OD錠T20 ティエースワン配合OD錠T25 ティエースワン配合カプセルT20 ティエースワン配合カプセルT25		本製剤の用法及び用量において、「胃腸には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・胆管癌・A法、B法又はC法、手術不能又は再発乳癌にはA法、肺癌にはA法又はC法、前立腺癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること(A法からF法)までのうち該当するものを記載。	820600305	A法(ティエースワン配合顆粒T20等)	
				820600306	B法(ティエースワン配合顆粒T20等)	
				820600307	C法(ティエースワン配合顆粒T20等)	
				820600308	D法(ティエースワン配合顆粒T20等)	
				820600309	E法(ティエースワン配合顆粒T20等)	
				820600310	F法(ティエースワン配合顆粒T20等)	
119	ティゾノボ錠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、IDH1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、IDH1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。 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。	850600268	IDH1遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(ティゾノボ錠250mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	○
				850600269	IDH1遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ティゾノボ錠250mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	○
		気管支喘息	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件F」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由(「患者要件A」又は「患者要件イ」と記載)を記載すること。 ア 高用量吸入ステロイド薬(ICS)とその他の長期管理薬(長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。 イ 中用量ICSとその他の長期管理薬(長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。 (「患者要件イ」に該当する場合) 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)又は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	820600534	気管支喘息(テゼスバイア皮下注210mg)	○
				820600311	医師要件A(テゼスバイア皮下注210mg)	
				820600312	医師要件イ(テゼスバイア皮下注210mg)	
				820600313	医師要件ウ(テゼスバイア皮下注210mg)	
				820600314	患者要件A(テゼスバイア皮下注210mg)	
				820600315	患者要件イ(テゼスバイア皮下注210mg)	
				830600257	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(テゼスバイア皮下注210mg):*****	○
				830600193	ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由(テゼスバイア皮下注210mg):*****	
				820600535	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎(テゼスバイア皮下注210mg)	○
				820600536	施設要件A(テゼスバイア皮下注210mg)	○

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
120	テゼスバイア皮下注210mgシリンジ テゼスバイア皮下注210mgペン	鼻盲を伴う慢性副鼻腔炎	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1) 本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨（「施設要件A」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 2) 次に掲げる患者の要件Aからウのすべてに該当する旨 ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ「鼻盲を伴う慢性副鼻腔炎」に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻盲を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ 既存の治療によっても以下すべての症状が認められる。 ・ 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 ・ 鼻閉重症度スコアが2（中等症）以上（4週間を超えて持続していること） ・ 鼻漏や嗅覚減少又は消失といった鼻盲の症状が8週間を超えて持続していること 3) 2)でイのうへ「鼻盲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、鼻盲を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4) 本製剤投与前における各鼻腔の鼻盲スコア、鼻閉重症度スコア及び鼻漏や嗅覚減少又は消失といった鼻盲の症状が継続している期間 ② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験とを有し、そのうち3年以上は鼻盲を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2) でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3) 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	820600537	患者の要件Aに該当（テゼスバイア皮下注210mg）	○
				820600538	患者の要件イに該当（テゼスバイア皮下注210mg）	○
				820600539	患者の要件ウに該当（テゼスバイア皮下注210mg）	○
				850600270	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日（テゼスバイア皮下注210mg）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	○
				830600223	手術が適応とならないと判断した理由（テゼスバイア皮下注210mg）：*****	○
				842600058	本製剤投与前における鼻盲スコア（テゼスバイア皮下注210mg）：*****	○
				842600059	本製剤投与前における鼻閉重症度スコア（テゼスバイア皮下注210mg）：*****	○
				830600224	本製剤投与前における鼻漏や嗅覚減少又は消失といった鼻盲の症状が継続している期間（テゼスバイア皮下注210mg）：*****	○
				820600311	医師要件A（テゼスバイア皮下注210mg）	○
				820600312	医師要件イ（テゼスバイア皮下注210mg）	○
				820600542	医師要件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（テゼスバイア皮下注210mg）	○
				842600060	本製剤の継続投与前における鼻盲スコア（テゼスバイア皮下注210mg）：*****	○
				842600061	本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア（テゼスバイア皮下注210mg）：*****	○
				830600225	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（テゼスバイア皮下注210mg）：*****	○
121	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 （※は、切除不能な腫瘍診断施設又は再発又は難治性の卵外性PC7（腫瘍リンパ腫・鼻咽に属する。） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院※、小児がん連携病院※など） イ 特定機能病院 ウ 前道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科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 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	820600166	施設要件A（テセントリク点滴静注）	
				820600188	施設要件イ（テセントリク点滴静注）	
				820600192	施設要件ウ（テセントリク点滴静注）	
				820600196	施設要件エ（テセントリク点滴静注）	
				820600199	施設要件オ（テセントリク点滴静注）	
122	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件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。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科の研修を行っていること。	820600543	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件A（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）	
				820600172	併用投与A（テセントリク点滴静注）	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与A」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア カルボプラチン、パクリタキセル及びベシズマブ（遺伝子組換え）との併用投与 イ 白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）及びベシズマブとの併用投与 ウ カルボプラチン及びパクリタキセル（アルブミン希釈型）との併用投与	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）	
				850600117	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
				850600115	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
				850600125	PD-L1陽性（TC3又はIC3）を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
123	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	進展型小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌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。	820600544	進展型小細胞肺癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件A（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 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A」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、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。	820600545	乳癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件A（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
			PD-L1陽性、ホルモン受容体陰性及びHER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600141	PD-L1陽性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
				850600142	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
				850600143	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
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A」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病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A（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）	

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
126	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	PD-L1陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600547 820600147 820600149 820600316	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) 医師要件A(テセントリク点滴静注) 医師要件イ(テセントリク点滴静注) 医師要件ウ(テセントリク点滴静注)	○
			PD-L1陽性(PD-L1発現率が1%以上)を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	850600141 830600162	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 PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(テセントリク点滴静注):*****	
127	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な肺癌状軟部肉腫	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」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の整形外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、悪性軟部肉腫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。 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 820600147 820600149 820600316	切除不能な肺癌状軟部肉腫(テセントリク点滴静注) 医師要件A(テセントリク点滴静注) 医師要件イ(テセントリク点滴静注) 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 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A」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の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 820600147 820600149 820600316	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) 医師要件A(テセントリク点滴静注) 医師要件イ(テセントリク点滴静注) 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A」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に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。 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学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、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 820600147 820600149 820600316	切除不能な胸腺癌(テセントリク点滴静注) 医師要件A(テセントリク点滴静注) 医師要件イ(テセントリク点滴静注) 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A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外米化学療法室を設置し、外米腫瘍化学療法診療科1、外米腫瘍化学療法診療科2又は外米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 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理算の施設基準に係る届出を行っている施設 2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600560 820600561 820600562 820600563 820600564 820600565 820600566 820600567	施設要件A(デビムブラ点滴静注100mg) 施設要件イ(デビムブラ点滴静注100mg) 施設要件ウ(デビムブラ点滴静注100mg) 施設要件エ(デビムブラ点滴静注100mg) 施設要件オ(デビムブラ点滴静注100mg) 医師要件A(デビムブラ点滴静注100mg) 医師要件イ(デビムブラ点滴静注100mg) 医師要件ウ(デビムブラ点滴静注100mg)	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
131	テブミトコ錠250mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソバ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遺伝子エクソバスキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600144 850600145	MET遺伝子エクソバスキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(テブミトコ錠250mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 MET遺伝子エクソバスキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(テブミトコ錠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「本品の投与に際しては、急性のHIVの重症患者、臨床試験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	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注200mgペン デュピクセント皮下注200mgペン	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件A」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び9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5年以上の臨床経験を有していること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件A」から「前治療要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 イ 小児アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ステアムクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 なお、ミディウムクラスのステロイド外用薬で効果不十分な患者に対しては、本剤の投与を開始する前にストロングクラスのステロイド外用薬での治療も考慮すること。 ウ 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGA スコア イ 全身又は顔面部のEASI スコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	820600568 820600167 820600189 820600193 820600181 820600317 820600182 842600078 842600079 842600080 830600109	アトピー性皮膚炎(デュピクセント皮下注) 施設要件A(デュピクセント皮下注) 施設要件イ(デュピクセント皮下注) 施設要件ウ(デュピクセント皮下注) 前治療要件A(デュピクセント皮下注) 前治療要件イ(デュピクセント皮下注) 前治療要件ウ(デュピクセント皮下注) IGAスコア(デュピクセント皮下注):***** 全身のEASIスコア(デュピクセント皮下注):***** 顔面部のEASIスコア(デュピクセント皮下注):***** 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (デュピクセント皮下注):*****	○

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
134	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ デュピクセント皮下注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。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本薬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) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること 2) 本薬剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由(「患者要件A」又は「患者要件イ」と記載) ア 高用量吸入ステロイド薬(ICS)その他の長投管理薬(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重症増悪を年1回以上きたしている。 イ 中用量ICSとその他の長期管理薬(長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロ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重症増悪を年1回以上きたしている。 3) 2)で「患者要件イ」に該当する場合は、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(小児のみ又は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	気管支喘息(デュピクセント皮下注)	○
				820600167	施設要件A(デュピクセント皮下注)	
				820600189	施設要件イ(デュピクセント皮下注)	
				820600193	施設要件ウ(デュピクセント皮下注)	
				820600153	患者要件A(デュピクセント皮下注)	
				820600155	患者要件イ(デュピクセント皮下注)	
				830600226	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(デュピクセント皮下注)：*****	○
				830600104	ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由(デュピクセント皮下注)：*****	
135	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン	鼻を伴う慢性副鼻腔炎	① 本薬剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1) 本薬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) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 慢性副鼻腔炎の施設診断がなされている旨 ウ 「鼻を伴う慢性副鼻腔炎」に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 エ 既存の治療においても以下のすべての症状が認められる。 ・ 内視鏡検査による鼻スコープが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・ 鼻閉重症度スコアが2(中等症)以上(8週間以上持続していること) ・ 嗅覚障害、鼻汁(前鼻漏／後鼻漏)等(8週間以上持続していること) 2) 1)でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3) 本薬剤の継続投与前における各鼻腔の鼻スコープ及び鼻閉重症度スコア 4) 24週間を超えて本薬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 ② 本薬剤の継続投与前に当たっては、次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本薬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) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること 2) 1)でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3) 本薬剤の継続投与前における各鼻腔の鼻スコープ及び鼻閉重症度スコア 4) 24週間を超えて本薬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	鼻を伴う慢性副鼻腔炎(デュピクセント皮下注)	○
				820600167	施設要件A(デュピクセント皮下注)	
				820600150	患者の要件Aに該当(デュピクセント皮下注)	
				820600185	患者の要件イに該当(デュピクセント皮下注)	
				820600151	患者の要件ウに該当(デュピクセント皮下注)	
				850600132	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日(デュピクセント皮下注)：(元号)yy年mm月dd日	
				830600108	手術が適応とならないと判断した理由(デュピクセント皮下注)：*****	
				830600123	本薬剤投与前における鼻スコープ(デュピクセント皮下注)：*****	
				830600124	本薬剤投与前における鼻閉重症度スコア(デュピクセント皮下注)：*****	
				830600125	本薬剤投与前における鼻汁(前鼻漏／後鼻漏)等が継続している期間(デュピクセント皮下注)：*****	
				820600142	医師要件A(デュピクセント皮下注)	
				820600144	医師要件イ(デュピクセント皮下注)	
				820600143	医師要件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(デュピクセント皮下注)	
				830600126	本薬剤の継続投与前における鼻スコープ(デュピクセント皮下注)：*****	
				830600127	本薬剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア(デュピクセント皮下注)：*****	
				830600103	24週間を超えて投与することが必要かつ適切と判断した理由(デュピクセント皮下注)：*****	
136	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン	既存治療で効果不十分な結節性痒疹	効能又は効果に関連する注意において、「[17 臨床成績]」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景を十分に把握した上で、本剤はステロイド外用剤等による治療を施行しても、痒疹結節を主体とする病変が多発し、複数の部位に及ぶ患者に用いること。」とされているので、本薬剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ア 既存治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間(既存治療として薬剤を使用していない場合はその理由) イ 投与開始時の痒疹結節数 ウ 投与開始時の病変部位 エ 投与開始時の痒疹スコア	820600571	既存治療で効果不十分な結節性痒疹(デュピクセント皮下注)	○
				830600163	既存治療として使用していた薬剤の品名(デュピクセント皮下注)：*****	
				830600164	既存治療として使用していた薬剤の使用期間(デュピクセント皮下注)：*****	
				830600165	既存治療として薬剤を使用していない理由(デュピクセント皮下注)：*****	
				830600166	投与開始時の痒疹結節数(デュピクセント皮下注)：*****	
				830600167	投与開始時の病変部位(デュピクセント皮下注)：*****	
				842600029	投与開始時の痒疹スコア(デュピクセント皮下注)：*****	
137	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ デュピクセント皮下注200mgペン	慢性閉塞性肺疾患	① 本薬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。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本薬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) 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 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 2) 次に掲げるすべての項目の値 イ 気管支拡張薬投与後の予測1秒量に対する比率(「FEV1」) ウ 血中好酸球数 3) 長時間作用性β2刺激薬(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 4) 本薬剤投与前の長期管理薬による治療の状況(「患者要件A」又は「患者要件イ」と記載) ア 中等症の増悪を年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。 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。 5) 酸素、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 6) 上記5)の管理計画に基づき非薬物療法の実施を確認した直近の年月日 ② 本薬剤の継続投与前に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1) 本薬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A)から(投与期間ウ)までのうち該当するものを記載) ア 12週間未満 ウ 52週間以上 2) 本薬剤投与前、(5)①の5)の管理計画に基づき非薬物療法の実施を確認した直近の年月日 3) 12週間及び52週間を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	820600572	慢性閉塞性肺疾患(デュピクセント皮下注)	○
				820600167	施設要件A(デュピクセント皮下注)	○
				820600189	施設要件イ(デュピクセント皮下注)	○
				842600062	気管支拡張薬投与後の予測1秒量に対する比率(「FEV1」)(デュピクセント皮下注)：*****	○
				842600063	血中好酸球数(デュピクセント皮下注)：*****	○
				830600227	長時間作用性β2刺激薬(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(デュピクセント皮下注)：*****	○
				820600153	患者要件A(デュピクセント皮下注)	○
				820600155	患者要件イ(デュピクセント皮下注)	○
				850600271	結核、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(デュピクセント皮下注)：(元号)yy年mm月dd日	○
				850600272	管理計画に基づき非薬物療法の実施を確認した直近の年月日(初回投与)(デュピクセント皮下注)：(元号)yy年mm月dd日	○
				820600599	投与期間A(デュピクセント皮下注)	○

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6月1日適用
				820600600	投与期間イ(デュピセント皮下注)	○
				820600601	投与期間ウ(デュピセント皮下注)	○
				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)(デュピセント皮下注)：(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(デュピセント皮下注)	○
138	デュピセント皮下注300mgシリンジ デュピセント皮下注300mgペン	中等症から重症の炎症性腸炎	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炎症性腸炎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応じて、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。 ア 疾患重症度 イ 本剤の適用に先立ち実施した全身性ステロイド薬の品名(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、その理由) ウ 本剤と併用する全身性ステロイド薬の品名	842600084	疾患重症度(デュピセント皮下注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(デュピセント皮下注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(デュピセント皮下注300mgシリンジ等)：*****	○
				830600234	併用する全身性ステロイド薬の品名(デュピセント皮下注300mgシリンジ等)：*****	○
139	デリタクト注		本剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件イ」までのうち該当するものを記載) ア 特定機能病院 イ 大学附属病院本院(脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。) ウ 慢性神経疼痛手術の年間症例数が30例以上ある施設 エ 本品に係る治療の実施施設、又はこれと同等の施設体制を有し本品に係る治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。) ② 次に掲げる医師の要件のうち、本剤の投与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「医師要件フ」までのうち該当するものを全て記載。最速使用推進ガイドラインにおいて、次に掲げる医師の要件のすべてに該当する医師を配置することとされている。) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の脳神経外科の臨床研修を行っており、うち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験があること。 イ 脳腫瘍に関する十分な臨床経験(計30例以上)があること。 ウ ナビゲーション下生検術を含む定位脳手術の実績が5例以上あること。 ③ 放射線治療及びテモゾロミドの治療歴のある患者である旨	820600067	施設要件ア(デリタクト注)	
				820600068	施設要件イ(デリタクト注)	
				820600069	施設要件ウ(デリタクト注)	
				820600070	施設要件エ(デリタクト注)	
				820600071	医師要件ア(デリタクト注)	
				820600072	医師要件イ(デリタクト注)	
				820600073	医師要件ウ(デリタクト注)	
				820600074	放射線治療歴のある患者(デリタクト注)	
				820600075	テモゾロミド治療歴のある患者(デリタクト注)	
				830600168	観血的手技の名称(ドブレレット錠20mg)：*****	
140	ドブレレット錠20mg	持続的な観血的手技を予定している慢性肝疾患患者における血小板減少症の改善		850600185	観血の手技の実施予定年月日(ドブレレット錠20mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				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	○
141	トルカブ錠160mg トルカブ錠200mg		本剤の効能又は効果は「内分泌療法に増強したPIK3CA、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PIK3CA、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。 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。	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	PIK3CA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	PIK3CA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)：*****	
				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	○
143	トロデルビ点滴静注用200mg		① 本剤の効能又は効果は「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」及び「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、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。 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。	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	○
				842600065	投与開始前の4週間あたりの片頭痛日数の平均(ナルティークOD錠75mg)：*****	○
144	ナルティークOD錠75mg	片頭痛発作の発症抑制	本剤の効能又は効果は「効能に関連する注意において十分な疼痛を抑制し、前兆のある又は前兆のない片頭痛の発作が月に複数回以上出現している、又は慢性片頭痛であることを確認した上で本剤の適用を考慮すること。」とされており、国内第Ⅲ相試験では、観察期間(28日間)中の片頭痛日数が4日以上かつ頭痛日数が18日以下の患者が対象とされていることから、使用に当たっては十分留意し、本剤の投与開始前の4週間あたりの片頭痛日数の平均を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 本剤の用法及び用量に関連する注意において、「本剤投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後3ヵ月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、本剤の投与を中止を考慮すること。」とされているので、当該評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600577	投与開始後3ヵ月において症状の改善が認められた旨(ナルティークOD錠75mg)	○
145	ニコチネルTTS10 ニコチネルTTS20 ニコチネルTTS30		(ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を備えている医療医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合) 「外來にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方した旨を記載すること。	820600076	外來にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方(ニコチネルTTS10等)	
				850600186	スチムリマブ(遺伝子組換え)、ベグセタコプラズ又はイブタコバシ塩酸塩水和物の投与を行った年月日(ニューモバックスNPシリンジ)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
146	ニューモバックスNPシリンジ		(スチムリマブ(遺伝子組換え)、ベグセタコプラズ又はイブタコバシ塩酸塩水和物を投与に患者に使用する場合) スチムリマブ(遺伝子組換え)、ベグセタコプラズ又はイブタコバシ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こと(同一の診療報酬明細書においてスチムリマブ(遺伝子組換え)、ベグセタコプラズ又はイブタコバシ塩酸塩水和物の投与が重複する場合を除く。)	850600187	スチムリマブ(遺伝子組換え)、ベグセタコプラズ又はイブタコバシ塩酸塩水和物の投与を行う予定の年月日(ニューモバックスNPシリンジ)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600286	アントロン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(ニューベコ錠300mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	○
147	ニューベコ錠300mg	アンドロゲン受容体陽性の根治切除不能な進行・再発の増大腺癌	効能又は効果に関連する注意において「アンドロゲン受容体陽性の検査は、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、アンドロゲン受容体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。 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	アントロン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ニューベコ錠300mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	○
				820600578	施設要件ア(ニューカラ皮下注)	○
				820600579	患者の要件アに該当(ニューカラ皮下注)	○
				820600580	患者の要件イに該当(ニューカラ皮下注)	○

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6月1日適用
148	ヌーカラ皮下注100mg ペン ヌーカラ皮下注100mg シリンジ	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	①本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1) 本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨(「施設要件A」と記載) 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 ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている イ「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎」に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ 既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・ 内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・ 鼻腔の VAS 重症度スコアが5を超える(4週間以上持続していること) ・ 「鼻づまり／鼻閉感／鼻閉」又は「鼻汁(前鼻漏／後鼻漏)」のいずれかを有し、さらに「顔面痛／顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」の2つ以上の症状を有する(12週間以上持続していること) ・ 血中好酸球数が5%超の場合は、コンピュータ断層(以下「CT」という。)撮影で篩骨洞至上顎洞の陰影が認められている又は気管支喘息、アスピリン不耐性若しくは非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)不耐性を合併している ・ 血中好酸球数が2～5%の場合は、CTで篩骨洞至上顎洞の陰影が認められ、かつ気管支喘息、アスピリン不耐性若しくは非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)不耐性を合併している 3) 2)のうら「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎」に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日、「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4) 本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻腔の VAS 重症度スコア並びに「鼻づまり／鼻閉感／鼻閉」又は「鼻汁(前鼻漏／後鼻漏)」及び「顔面痛／顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」が継続している期間 ② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2) 1)でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3) 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	8206000581患者の要件ウに該当(ヌーカラ皮下注)	○	
			8506000288慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日(ヌーカラ皮下注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	○		
			8306000235慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならないと判断した理由(ヌーカラ皮下注):*****	○		
			8426000066本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア(ヌーカラ皮下注):*****	○		
			8426000067本製剤投与前における鼻腔のVAS 重症度スコア(ヌーカラ皮下注):*****	○		
			8306000236本製剤投与前における「鼻づまり／鼻閉感／鼻閉」又は「鼻汁(前鼻漏／後鼻漏)」が継続している期間(ヌーカラ皮下注):*****	○		
			8306000237本製剤投与前における「顔面痛／顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」が継続している期間(ヌーカラ皮下注):*****	○		
			8206000582医師要件A(ヌーカラ皮下注)	○		
			8206000583医師要件イ(ヌーカラ皮下注)	○		
			8206000584医師要件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(ヌーカラ皮下注)	○		
149	ノーマサン点滴静注250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤による急性発作の予防効果は確認されていないこと。予防的に使用しないこと。予防的に使用した場合の副作用には注意が必要であること。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、発作時の使用である旨を記載すること。	8206000077発作時の使用(ノーマサン点滴静注250mg)		
			8306000128インヒビター力価(ノボセプンH静注用1mgシリンジ等):*****			
			8506000146インヒビター力価測定年月日(ノボセプンH静注用1mgシリンジ等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日			
			8506000289MET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(ハイイータン錠50mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	○		
151	ハイイータン錠50mg		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。 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。	8506000290MET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)(ハイイータン錠50mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	○	
			8506000188HER2陽性を確認した検査の実施年月日(バージェタ点滴静注420mg/14mL):(元号)yy'年'mm'月'dd'日			
152	バージェタ点滴静注420mg/14mL	結腸・直腸癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2 陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	8506000189HER2陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(バージェタ点滴静注420mg/14mL):(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
			850600057HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(ハーセプチン注射用60、ハーセプチン注射用150 HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日について記載すること。 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。	850600058HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(ハーセプチン注射用60等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
153	ハーセプチン注射用150 ハーセプチン注射用60 トラストズマブBS点滴静注用150mg「NK」 トラストズマブBS点滴静注用150mg「ファイザー」 トラストズマブBS点滴静注用60mg「NK」 トラストズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」		ハーセプチン注射用60、ハーセプチン注射用150 HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日について記載すること。 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。	850600059HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラストズマブBS点滴静注用60mg「NK」等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
			トラストズマブ BS 点滴静注用 60mg「NK」、同 150mg「NK」	850600060HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラストズマブBS点滴静注用60mg「NK」等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
			本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600065HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラストズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
			トラストズマブ BS 点滴静注用 60mg「ファイザー」及び同 150mg「ファイザー」	850600066HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラストズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
			本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	8206000318投与医薬要件A(バイアグラ錠25mg等)		
				8206000319投与医薬要件イ(バイアグラ錠25mg等)		
154	バイアグラ錠25mg バイアグラ錠50mg バイアグラODフィルム25mg バイアグラODフィルム50mg シタリス錠5mg シタリス錠10mg シタリス錠20mg	勃起不全による男性不妊の治療を目的として一般不妊治療におけるタイミング法において用いる場合	以下の事項を記載すること。 ① 投与を行う医師に係る要件として次に掲げるもののうち、該当するもの(「投与医薬要件A」又は「投与医薬要件イ」と記載) ア 必須資格について5年以上の経験を有する医師 イ ア以外で、投与の理由がある場合 ② 上記①イに該当する場合、当該理由 ③ 医師点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医師点数表区分番号「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、かつ、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 ④ 医師点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医師点数表区分番号「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(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。 ⑤ 医師点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医師点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月(投与日から遡って6か月以内に限る。)	8306000169投与医薬要件イに該当する理由(バイアグラ錠25mg等):*****		
			8206000320一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)			
			8206000321一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)			
			8306000170一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(バイアグラ錠25mg等):*****			
			8506000190一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'			
			83060001716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):*****			
			8506000191初回投与の年月(バイアグラ錠25mg等):(元号)yy'年'mm'月'			
			8306000129インヒビター力価(バイクロット配合静注用2.5mL等):*****			
			8506000147インヒビター力価測定年月日(バイクロット配合静注用2.5mL等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日			
			155	バイクロット配合静注用 バイクロット配合静注用2.5mL バイクロット配合静注用5mL バイクロット配合静注用10mL		本製剤の使用に当たっては、血液凝固関連因子又は第X因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。
8206000586施設要件イ(バイジュベックゲル)	○					
8206000587施設要件ウ(バイジュベックゲル)	○					
8206000588施設要件エ(バイジュベックゲル)	○					
8506000291在宅でも適切な投与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	○					
156	バイジュベックゲル		(本製剤の投与開始の場合) 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 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」又は「施設要件イ」と記載) ア 日本皮膚科学会専門医の資格を有すること イ 救急水産産科の診療に必要な知識・技術を習得していること 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 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使用規定に従った取扱いが行えること 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、在宅でも適切な投与を実施可能であることを確認した年月日	8206000589施設要件イ(バイジュベックゲル)	○	
			8206000590施設要件ウ(バイジュベックゲル)	○		
			8206000591施設要件エ(バイジュベックゲル)	○		
			8206000592施設要件エ(バイジュベックゲル)	○		
			8506000292在宅でも適切な投与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	○		

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
			(本製剤の継続投与の場合) 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本製剤による治療効果を確認した直近の年月日 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	850600292	本製剤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	バクスミー点鼻粉末剤3mg		1回2瓶以上処方する場合は、複数必要と判断した理由を記載すること。	830600069	1回2瓶以上必要と判断した理由(バクスミー点鼻粉末剤3mg): *****	
158	バクトロバン鼻腔用軟膏2%		鼻感染患者から隔離することが困難な入院患者に対する使用に当たっては、やむを得ず、二名以下の患者が収容されている病室にMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者(鼻感染患者)とともに入院している者に対して使用した場合には限り算定できるものであること その場合、鼻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(鼻感染患者)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(鼻感染患者)の診療報酬明細書に鼻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	鼻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	バベンチオ点滴静注200mg	メルケル細胞癌	次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科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 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床研修を有していること。	820600244 820600245 820600246 820600247 820600248 820600249 820600250	施設要件A(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件イ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件ウ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件エ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件オ(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件A(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件イ(バベンチオ点滴静注200mg)	
160	バベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の治療	次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科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 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600244 820600245 820600246 820600247 820600248 820600249 820600250	施設要件A(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件イ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件ウ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件エ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件オ(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件A(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件イ(バベンチオ点滴静注200mg)	
161	バベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能な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。 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) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科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 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、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 820600245 820600246 820600247 820600248 820600249 820600250	施設要件A(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件イ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件ウ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件エ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件オ(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件A(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件イ(バベンチオ点滴静注200mg)	
162	バルバーサ錠3mg バルバーサ錠4mg 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。 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。 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 850600295 830600239	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 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 PD-1/PD-L1阻害剤による治療のない患者に投与する理由(バルバーサ錠3mg等):*****	○ ○ ○
163	ビゾントラ錠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。 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ ウエーによる尿量減少の心室中間隔が12mmを超え、かつ ウ 病理検査所見又はランゲグライに關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 820600590 820600591 830600240	患者要件A(ビゾントラ錠400mg) 患者要件イ(ビゾントラ錠400mg) 患者要件ウ(ビゾントラ錠400mg) TTR 遺伝子検査で病的変異の有無(ビゾントラ錠400mg):*****	○ ○ ○ ○

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
164	ビラフトピカブセル50mg ビラフトピカブセル75mg	共通	本製剤の効能・効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600067	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ビラフトピカブセル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)(ビラフトピカブセル50mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
		BRAF遺伝子変異を有する治療切除不能進行・再発の結腸直腸癌	(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) 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照した上で、患者の状況に応じて、ビニ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(EOGPG、転移臓器数、CRP 値等)を具体的に記載すること。	830600070	ビニチニブを併用する理由(ビラフトピカブセル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。 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	ピロイ点滴静注用100mg ピロイ点滴静注用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換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(ピロイ点滴静注用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)(ピロイ点滴静注用100mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	○
				850600298	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(ピロイ点滴静注用100mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	○
				850600299	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ピロイ点滴静注用100mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	○
167	ビンダケルカブセル20mg	トラスチグマシレン中心アミロイドーシス(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換要欄に記載すること。 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる左心室の心室中間径が2mmを超えること 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(ビンダケルカブセル20mg)	
				820600088	患者要件I(ビンダケルカブセル20mg)	
				820600592	患者要件ウ(ビンダケルカブセル20mg)	○
				830600241	TTR遺伝子検査で病的変異の有無(ビンダケルカブセル20mg)：*****	○
168	ピンマックカブセル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換要欄に記載すること。 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる左心室の心室中間径が2mmを超えること 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(ピンマックカブセル61mg)	
				820600090	患者要件I(ピンマックカブセル61mg)	
				820600593	患者要件ウ(ピンマックカブセル61mg)	○
				830600242	TTR遺伝子検査で病的変異の有無(ピンマックカブセル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	ファビハルタカブセル200mg	発作性夜間へモグロビン尿症	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、診療報酬明細書の換要欄に、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(ファビハルタカブセル200mg)：*****	○
				830600244	治療として使用していた薬剤の使用期間(ファビハルタカブセル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8.0g/dL以上の場合、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	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 フェスゴ配合皮下注 IN		(HER2陽性の乳癌に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「HER2陽性の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 (がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治療切除不能進行・再発の結腸・直腸癌に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	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 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/1.73m ² 未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「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換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。	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	○
				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	プレランジ静注		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I」)に記載) ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリー1)を有する施設 イ 認定カテゴリー1 に準ずる診療科(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科)を有する施設	820600105	施設要件A(プレランジ静注)	
				820600106	施設要件I(プレランジ静注)	

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 ベイスンOD錠0.2 ポグリボースODフィルム0.2「GG」 ポグリボースOD錠0.2mg「ナメフ」 ポグリボースOD錠0.2mg「サワイ」 ポグリボースOD錠0.2mg「タカタ」 ポグリボースOD錠0.2mg「トーワ」 ポグリボースOD錠0.2mg「日医工」 ポグリボースOD錠0.2mg「武田テバ」 ポグリボースOD錠0.2mg「NPJ」 ポグリボース錠0.2mg「NS」 ポグリボース錠0.2mg「TCK」 ポグリボース錠0.2mg「YD」 ポグリボース錠0.2mg「サワイ」 ポグリボース錠0.2mg「トーワ」 ポグリボース錠0.2mg「杏林」 ポグリボース錠0.2mg「日医工」 ポグリボース錠0.2mg「武田テバ」	耐腫瘍異常における2段階原病の免疫抑制(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。)	耐腫瘍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	耐腫瘍異常と判断した根拠(ベイスン錠0.2等)：*****	
				850600073	耐腫瘍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	ページニオ錠50mg ページニオ錠100mg ページニオ錠150mg		本製剤の効能・効果は「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術後薬物療法」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600074	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(ページニオ錠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)(ページニオ錠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(ページニオ錠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)(ページニオ錠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、CD22陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600078	CD22陽性を確認した検査の実施年月日(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、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600080	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(ペマジュール錠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 ヘムライブラ皮下注30mg ヘムライブラ皮下注60mg ヘムライブラ皮下注90mg ヘムライブラ皮下注105mg 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因子のインヒターを保有することの確認が前提であり、インヒ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換算欄に記入すること。	850600302	インヒ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	○
181	ペリキュポ錠2.5mg ペリキュポ錠5mg ペリキュポ錠10mg		効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の保たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600082	左室駆出率の計測年月日(ペリキュポ錠2.5mg等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				830600083	左室駆出率の値(ペリキュポ錠2.5mg等)：*****	
				830600084	左室駆出率を測定した医療機関名(他の医療機関で測定した場合)(ペリキュポ錠2.5mg等)：*****	
182	ヘルネクシオス錠80mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2(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換算欄に記載すること。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。	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80mg)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○
				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80mg)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○
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、「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、補体(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、診療報酬明細書の換算欄に、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。	830600247	治療として使用していた薬剤の品名(ボイデヤ錠50mg)：*****	○
				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)：*****	○
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。	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	
				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	
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。 (1) テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名及び使用期間 (2) テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名及び使用期間 が得られていると判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日	830600085	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名(ミカトリオ配合錠)：*****	
				830600086	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた使用期間(ミカトリオ配合錠)：*****	
				830600131	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値(ミカトリオ配合錠)：*****	
				850600151	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定の実施年月日(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)	
				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)：*****	

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
186	ミチーガ皮下注用60mgシリンジ ミチーガ皮下注用30mgバイアル	アトピー性皮膚炎に伴う痒	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件A」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む5年以上の臨床経験を有していること。 2) 本剤投与前の治療の状況 ア 6歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前にステロイド外用薬（ストロングクラス以上）又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間（4週間未満又は行っていない場合はその理由） イ 6歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前に抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間（2週間未満又は行っていない場合はその理由） 3) 13歳以上のアトピー性皮膚炎患者に投与する場合、疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、ア及びイについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載すること。 ア そう痒VAS 又はそう痒NRS イ かゆみスコア イ EASIスコア 4) 6歳以上13歳未満のアトピー性皮膚炎患者に投与する場合、疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、アについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載すること。 ア かゆみスコア イ EASIスコア	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）；*****	
				842600030	そう痒VASの値（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600031	そう痒VASの値（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600032	そう痒VASの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600033	そう痒NRSの値（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600034	そう痒NRSの値（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600035	そう痒NRSの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600036	かゆみスコア（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600037	かゆみスコア（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600038	かゆみスコア（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600039	EASIスコア（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
187	ミチーガ皮下注用30mgバイアル	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、ステロイド外用剤等の抗炎症外用剤及び抗ヒスタミン剤等の抗アレルギー剤による適切な治療を一定期間施行しても、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、次の事項を診療報酬明細書の請求欄に記載すること。 ア 既存治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間（既存治療として薬剤を使用していない場合はその理由） イ 投与開始時の痒疹結節数 ウ 投与開始時の病変部位 エ 投与開始時の痒疹スコア	830600249	既存治療として使用していた薬剤の品名（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
				830600250	既存治療として使用していた薬剤の使用期間（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
				830600251	既存治療として薬剤を使用していない理由（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
				842600070	投与開始時の痒疹結節数（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
				830600252	投与開始時の病変部位（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
				842600071	投与開始時の痒疹スコア（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
188	ムルプレタ錠3mg		本製剤の使用上の注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臓器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。	830600087	観血的手術の名称（ムルプレタ錠3mg）；*****	
				850600085	観血的手術の実施予定年月日（ムルプレタ錠3mg）；（元号）yy年mm月dd日	
189	メキニスト錠0.5mg メキニスト錠2mg	BRAF遺伝子変異を有する悪性黒色腫 BRAF遺伝子変異を有する切除不能進行・再発の非小細胞肺癌 標準的な治療が困難なBRAF遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍（結腸・直腸癌を除く） BRAF遺伝子変異を有する再発又は難治性の有毛細胞白血病	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600086	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（メキニスト錠0.5mg等）；（元号）yy年mm月dd日	
				850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0.5mg等）；（元号）yy年mm月dd日	
				850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0.5mg等）；（元号）yy年mm月dd日	
190	メキニスト小児用ドライシロップ4.7mg	標準的な治療が困難なBRAF遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍（結腸・直腸癌を除く） BRAF遺伝子変異を有する低悪性度神経膠腫	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0.5mg等）；（元号）yy年mm月dd日	○
				850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0.5mg等）；（元号）yy年mm月dd日	
191	メクトビ錠15mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（メクトビ錠15mg）；（元号）yy年mm月dd日	
				850600089	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メクトビ錠15mg）；（元号）yy年mm月dd日	
192	メンクアッドフィ筋注		本製剤は、エクシズマブ（遺伝子組換え）、ラブリズマブ（遺伝子組換え）、スチムリマブ（遺伝子組換え）、ベグセタコプラン、ジルコプランナトリウム、ダニコバン、クロバリマブ（遺伝子組換え）又はイブタコバン塩酸塩水和物投与患者に使用した場合に限り算定できるものである。これらの製剤のうちいずれかの投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の請求欄に記入すること（同一の診療報酬明細書においてこれらの製剤のうちいずれかの投与が確認できる場合を除く。）。	850600202	エクシズマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy年mm月dd日	
				850600203	エクシズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy年mm月dd日	
				850600204	ラブリズマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy年mm月dd日	
				850600205	ラブリズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy年mm月dd日	
				850600206	スチムリマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy年mm月dd日	
				850600207	スチムリマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy年mm月dd日	
				850600208	ベグセタコプラン投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy年mm月dd日	
				850600209	ベグセタコプラン投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy年mm月dd日	
				850600210	ジルコプランナトリウム投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy年mm月dd日	
				850600211	ジルコプランナトリウム投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）；（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6月1日適用
193	モノブアー静注500mg 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5.0g/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。	850600306	ダニコバン投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注)：(元号)yy年 mm 月 dd 日	○
				850600307	ダニコバン投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注)：(元号)yy年 mm 月 dd 日	○
				850600308	クロバリマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注)：(元号)yy年 mm 月 dd 日	○
				850600309	クロバリマブ(遺伝子組換え)投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注)：(元号)yy年 mm 月 dd 日	○
				850600310	イブタコバン(塩酸塩水和物)投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注)：(元号)yy年 mm 月 dd 日	○
				850600311	イブタコバン(塩酸塩水和物)投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注)：(元号)yy年 mm 月 dd 日	○
194	ヨビバス皮下注168μgペン ヨビバス皮下注294μgペン 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。	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)：*****	
195	ライアットMIBG-1131静注		本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治療不能褐色細胞腫・パラグングリオーマ」及び「MBG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。 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。	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)：*****	○
196	ライブリハント点滴静注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は「EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性の切除不能褐色細胞腫・パラグングリオーマ」及び「MBG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。 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	
197	ラズクルース錠80mg ラズクルース錠240mg	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は「EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性の切除不能褐色細胞腫・パラグングリオーマ」及び「MBG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。 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。	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(ライブリハント点滴静注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)(ライブリハント点滴静注350mg)：(元号)yy年 mm 月 dd 日	○
				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(ライブリハント点滴静注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)(ライブリハント点滴静注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	○
198	ラビフォートワイプ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。	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	○
				842600040	多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)(ラビフォートワイプ2.5%)：*****	
199	リツキサン点滴静注100mg リツキサン点滴静注500mg	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫、CD20陽性の慢性リンパ性白血病及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600096	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキサン点滴静注100mg等)：(元号)yy年 mm 月 dd 日	
		CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600097	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキサン点滴静注100mg等)：(元号)yy年 mm 月 dd 日	
	リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KHK」	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等)：(元号)yy年 mm 月 dd 日	
		CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600152	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等)：(元号)yy年 mm 月 dd 日	
	リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」 リツキシマブBS点滴静注500mg「ファイザー」	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600099	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等)：(元号)yy年 mm 月 dd 日	
		CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600100	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等)：(元号)yy年 mm 月 dd 日	
	リットフォーロカプセル50mg		本製剤の効能又は効果は「本剤投与開始時に、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6ヵ月程度毛髪に自然再生が認められない患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、頭部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪の自然再生が認められていない期間を記載すること。	830600177	頭部全体に占める脱毛部位の割合(リットフォーロカプセル50mg)：*****	
				830600178	毛髪の自然再生が認められていない期間(リットフォーロカプセル50mg)：*****	
201	リトゴビ錠4mg		本製剤の効能又は効果は「EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性の切除不能褐色細胞腫・パラグングリオーマ」及び「MBG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。 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は「EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性の切除不能褐色細胞腫・パラグングリオーマ」及び「MBG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。 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。	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	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) 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、特定機能病院、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) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携拠点病院(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) エ がん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 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)	
				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)	
				820600332	医師要件A(リプタヨ点滴静注350mg)	
				820600333	医師要件イ(リプタヨ点滴静注350mg)	
				820600334	医師要件A(リプタヨ点滴静注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
		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) 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。 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。 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) 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) ア 白金製剤(カルボプラチン又はシスプラチン)及びパクリタキセルとの併用投与 イ 白金製剤(カルボプラチン又はシスプラチン)及びベムレシセドナトリウムとの併用投与	820600331 医師要件イ(リブタヨ点滴静注350mg) 850600318 PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日(リブタヨ点滴静注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)(リブタヨ点滴静注350mg):***** 820600596 併用投与A(リブタヨ点滴静注350mg) 820600597 併用投与イ(リブタヨ点滴静注350mg)	○ ○ ○ ○ ○	
204	リベルサス錠3mg リベルサス錠7mg リベルサス錠14mg		他の経口血糖降下薬を投与していない患者に本剤を投与する場合は、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600088	他の経口血糖降下薬を投与していない患者に投与が必要と判断した理由(リベルサス錠3mg等):*****	
205	リムバーザ錠100mg 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」又はオ「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」	機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、生癌細胞系列のBRCA遺伝子変異(病的変異又は病的変異疑い)を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600101 850600102	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 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	
		相同組換え修復欠損を有する卵巣癌におけるベンシズマブ(遺伝子組換え)を含む初回化学療法後の維持療法	機能又は効果に関連する使用上の注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600103 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(リムバーザ錠100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 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	
		ミスマッチ修復機能正常(pMMR)の進行・再発の子宮体癌におけるデュルバルマブ(遺伝子組換え)を含む初回化学療法後の維持療法	機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、pMMRが確認された患者に投与すること。」とされているので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を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600319 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(リムバーザ錠100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 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 リンヴォック錠15mg リンヴォック錠30mg	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件A」又は「前治療要件イ」と記載) ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IOAスコア イ 全身又は顔面部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) 4) 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は、体重	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 IOA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 顔面部の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):*****		
207	ルクスターナ注		本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「遺伝学的検査によりRPE65遺伝子の両アレル性の変異が確認された患者に投与すること。」及び「適切な検査により十分な生存網膜細胞を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ・RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日 ・生存網膜細胞を確認した検査方法及び検査の実施年月日	850600214 830600180 850600215	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 生存網膜細胞を確認した検査方法(ルクスターナ注):***** 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	
208	ルマケラス錠120mg	がん化学療法後に増悪したKRAS G12C変異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おける検査により、KRAS G12C変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600216 850600217	KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日(ルマケラス錠120mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ルマケラス錠120mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
		がん化学療法後に増悪したKRAS G12C変異陽性の切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「フッ化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、フッ化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(ルマケラス錠120mg)との併用を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。	820600598	フッ化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(ルマケラス錠120mg)	○
				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-C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-C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)		

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
209	レクビオ皮下注300mgシリンジ		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 ① 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 ② 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 ③ 食事療法を行っている旨及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ④ HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量、なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大用量である旨もあわせて記載すること。 ⑤ 本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用の既往等によりHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者）に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 ⑥ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれかに該当するか（「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）。 ア 冠動脈疾患（安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ アテローム血行性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む）の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 ⑦ 家族性高コレステロール血症以外の患者で、⑥の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間	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）：*****	
				830600186	直近のLDL－コレステロールの検査値（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：*****	
				850600218	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
				830600187	投与継続が可能と判断した理由（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：*****	
210	レクナビ点滴静注200mg レクナビ点滴静注500mg		（本製剤を最初に投与した場合） 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 患者本人及び要介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者 イ 以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者 ・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者 ・ 本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5mm以上の脳膜小出血、脳表ヘモジドリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者 ウ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能であることが確認された患者 ② 認知機能の評価（MMSEスコア） ア 認知機能評価 実施年月日 イ 臨床認知症尺度 CDR全般スコア ③ 次に掲げる検査のうち、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）、実施年月日及び検査実施施設名 エ アミロイドPET オ 脳脊髄液（CSF）検査 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 日本神経学会の専門医 イ 日本老年医学会の専門医 ウ 日本精神神経学会の専門医 エ 日本脳神経外科学会の専門医 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件オ」から「医師要件ク」までのうち該当するものを記載） オ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の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 カ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること キ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること ク 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること ⑥ 次に掲げる項目のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設である。 イ 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設でない。 （項目） Ⅰ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っていること Ⅱ 認知機能のスコア評価（MMSEスコア）及び臨床認知症尺度（CDR全般スコア）が実施可能な者が配置されていること Ⅲ 同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能であること Ⅳ 上記の④及び⑤に該当する、常勤医師が複数名配置されていること Ⅴ CDR全般スコア評価に精通し、一定以上の評価経験を有する医療従事者がいること Ⅵ ARIAのリスク管理に必要な知識を有し、かつ、MRI読影に関する医療従事者向け研修を受講した、ARIAの鑑別を含むMRI読影が適切に行える常勤医が1名以上いること Ⅶ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること Ⅷ 製造販売業者に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	患者要件A（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600345	患者要件イ（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600346	患者要件ウ（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600347	患者要件エ（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600348	患者要件オ（レクナビ点滴静注200mg等）	
				842600041	認知機能評価MMSEスコア（レクナビ点滴静注200mg等）：*****	
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（レクナビ点滴静注200mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
				842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア（レクナビ点滴静注200mg等）：*****	
				850600220	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（レクナビ点滴静注200mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
				850600221	アミロイドPETの実施年月日（レクナビ点滴静注200mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
				830600188	アミロイドPET検査実施施設名（レクナビ点滴静注200mg等）：*****	
				850600222	脳脊髄液（CSF）検査の実施年月日（レクナビ点滴静注200mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
				830600189	脳脊髄液（CSF）検査検査実施施設名（レクナビ点滴静注200mg等）：*****	
				820600349	医師要件A（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600350	医師要件イ（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600351	医師要件ウ（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600352	医師要件エ（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600353	医師要件オ（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600354	医師要件カ（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600355	医師要件キ（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600356	医師要件ク（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600357	施設要件A（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600358	施設要件イ（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600359	施設要件ウ（レクナビ点滴静注200mg等）	
				820600360	施設要件エ（レクナビ点滴静注200mg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
			(投与開始後6か月以降の投与の場合) 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の投与施設(「施設要件ウ」又は「施設要件エ」と記載)及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 ウ 初回投与施設(初回投与施設と同一の施設) エ 連携施設(初回投与施設と連携している施設) ② 次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与施設に該当するもの(「施設要件オ」と記載) オ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できること ③ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「施設要件ケ」から「施設要件シ」までのうち該当するものを記載) ケ 日本神経学会の専門医 コ 日本老年医学会の専門医 サ 日本脳神経学会の専門医 シ 日本脳神経外科学会の専門医 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「施設要件ス」～「施設要件タ」までのうち該当するものを記載) ス 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の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 セ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること ソ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること タ 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること	830600190	連携施設名(施設要件エに該当)「(レケンビ点滴静注200mg等)」; *****	
				830600191	連携施設の所在地(施設要件エに該当)「(レケンビ点滴静注200mg等)」;*****	
				820600361	施設要件オ「(レケンビ点滴静注200mg等)」	
				820600362	施設要件ケ「(レケンビ点滴静注200mg等)」	
				820600363	施設要件コ「(レケンビ点滴静注200mg等)」	
				820600364	施設要件サ「(レケンビ点滴静注200mg等)」	
				820600365	施設要件シ「(レケンビ点滴静注200mg等)」	
				820600366	施設要件ス「(レケンビ点滴静注200mg等)」	
				820600367	施設要件セ「(レケンビ点滴静注200mg等)」	
				820600368	施設要件ソ「(レケンビ点滴静注200mg等)」	
				820600369	施設要件タ「(レケンビ点滴静注200mg等)」	
			(継続投与の場合) 次の事項を簡要欄に記載すること。 なお、本製剤は、初回投与後6か月までは、初回投与施設で投与すること。 ① 本製剤の初回投与から起算して、何日目の投与であるか。 ② 本製剤投与中、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直近の年月日 ③ 本製剤投与中、MRI検査を受けた直近の年月日	842600043	初回投与から起算しての週数「(レケンビ点滴静注200mg等)」; *****	
				850600223	臨床症状の評価を実施した直近の年月日「(レケンビ点滴静注200mg等)」:(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				850600224	MRI検査を受けた直近の年月日「(レケンビ点滴静注200mg等)」:(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
			(初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合) 次の事項を記載すること。 ① 本剤投与の継続が必要と判断した理由(CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を踏まえた有効性の観点、並びにARIAの有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を含めて具体的に)記載すること。 ② 本剤の最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)	830600192	投与の継続が必要と判断した理由「(レケンビ点滴静注200mg等)」; *****	
				820600344	患者要件ア「(レケンビ点滴静注200mg等)」	
				820600345	患者要件イ「(レケンビ点滴静注200mg等)」	
				820600346	患者要件ウ「(レケンビ点滴静注200mg等)」	
				842600041	認知機能評価MMSEスコア「(レケンビ点滴静注200mg等)」; *****	
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日「(レケンビ点滴静注200mg等)」:(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア「(レケンビ点滴静注200mg等)」; *****	
				850600220	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日「(レケンビ点滴静注200mg等)」:(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
	211	RET 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形腫瘍	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必ず試験結果の簡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。	850600105	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日「(レットヴィモカプセル40mg等)」:(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
		RET 遺伝子変異陽性の根治切除不能な甲状腺癌腫	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必ず試験結果の簡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。	850600106	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)「(レットヴィモカプセル40mg等)」:(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				850600153	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日「(レットヴィモカプセル40mg等)」:(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				850600154	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)「(レットヴィモカプセル40mg等)」:(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
			次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載) ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修を有する医師が所属する施設 2) 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 3) 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 4) HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 5) 本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者(副作用の既往等によりHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者)に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 6) 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれかに該当するか(「リスク因子」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載) ア 冠動脈疾患(冠状動脈に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴 イ アテローム血行性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む)の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 心臓病リスクスコアにて高リスク分類 7) 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6)の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600113	施設要件ア「(レバーサ皮下注140mgペン)」	
				820600114	施設要件イ「(レバーサ皮下注140mgペン)」	
				850600155	LDL－コレステロール検査の実施年月日「(レバーサ皮下注140mgペン)」:(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				830600132	LDL－コレステロール検査値「(レバーサ皮下注140mgペン)」; *****	
				820600115	食事療養を行っている「(レバーサ皮下注140mgペン)」	
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている「(レバーサ皮下注140mgペン)」	
				820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている「(レバーサ皮下注140mgペン)」	
				820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている「(レバーサ皮下注140mgペン)」	
				830600092	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名「(レバーサ皮下注140mgペン)」;*****	
				830600093	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量「(レバーサ皮下注140mgペン)」;*****	
				820600119	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である「(レバーサ皮下注140mgペン)」	
				830600094	使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由「(レバーサ皮下注140mgペン)」;*****	
				820600120	リスク因子ア「(レバーサ皮下注140mgペン)」	
				820600121	リスク因子イ「(レバーサ皮下注140mgペン)」	

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
212	レバサ皮下注140mgペン		(平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合) ③を記載できない場合は、従前のとおり次の事項を記載するとともに、投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。 ア 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 イ 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ウ 投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 エ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(冠動脈疾患、非心原性脳梗塞、末梢動脈疾患、糖尿病若しくは慢性腎臓病に罹患していること若しくはそのいずれかの既往歴を有すること、又は複数の危険因子が認められること)。 (平成 29 年 3 月 31 日以前に本製剤の使用実績がある医療医療機関の場合) ③を記載できない場合は、従前のとおり(平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合)に掲げる事項を記載するとともに、当該医療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。	820600122	リスク因子ウ(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600123	リスク因子エ(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600124	リスク因子オ(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600370	リスク因子カ(レバサ皮下注140mgペン)	
				830600095	HMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レバサ皮下注140mgペン)：*****	
				850600155	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	
				830600132	LDL－コレステロール検査値(レバサ皮下注140mgペン)：*****	
				820600115	食事療養を行っている(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レバサ皮下注140mgペン)	
				830600092	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバサ皮下注140mgペン)：*****	
				830600093	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバサ皮下注140mgペン)：*****	
				820600119	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レバサ皮下注140mgペン)	
				830600096	心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(レバサ皮下注140mgペン)：*****	
				820600125	投与中患者(レバサ皮下注140mgペン)	
213	レフィキシア静注用500 レフィキシア静注用1000 レフィキシア静注用2000		手術時における血漿凝固因子阻害剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600101	手術時に使用した理由(レフィキシア静注用500等)：*****	
214	ロープレナ錠25mg 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。 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	ロズリットレクカプセル100mg ロズリットレクカプセル200mg	NTRK 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600110	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロズリットレクカプセル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)(ロズリットレクカプセル100mg等)：(元号)yy'年' mm' 月' dd' 日	
		ROSI 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、ROSI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、ROSI融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600112	ROSI融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロズリットレクカプセル100mg等)：(元号)yy'年' mm' 月' dd' 日	
				850600113	ROSI融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ロズリットレクカプセル100mg等)：(元号)yy'年' mm' 月' dd' 日	
216	照射洗浄血小板－LR「日赤」 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、「(血漿製剤の使用指針)の一部改正について」(平成28年6月14日付付薬生発0614第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知)により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限ること」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。	830600102	使用が必要と判断した理由(照射洗浄血小板－LR「日赤」等)：*****	
217	照射洗浄血小板HLA－LRBS「日赤」 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、「(血漿製剤の使用指針)の一部改正について」(平成28年6月14日付付薬生発0614第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知)により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限ること」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を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」欄における括弧書きは、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 ~~イ~~ を算定した場合	調残 ~~A~~	「薬学管理料」欄
~~62~~	~~区分番号10の2~~	~~調剤管理料の調剤時残薬調整加算ロを算定した場合~~	~~調残B~~	~~「薬学管理料」欄~~
~~63~~	~~区分番号10の2~~	~~調剤管理料の調剤時残薬調整加算ハを算定した場合~~	~~調残C~~	~~「薬学管理料」欄~~
~~64~~	~~区分番号10の2~~	~~調剤管理料の調剤時残薬調整加算ニを算定した場合~~	~~調残D~~	~~「薬学管理料」欄~~
~~62~~ ~~65~~	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 ~~イ~~ を算定した場合	調有 ~~A~~	「薬学管理料」欄
~~66~~	~~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ロを算定した場合~~	~~調有B~~	~~「薬学管理料」欄~~
~~67~~	~~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ハを算定した場合~~	~~調有C~~	~~「薬学管理料」欄~~
~~68~~	~~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ニを算定した場合~~	~~調有D~~	~~「薬学管理料」欄~~
~~63~~ ~~69~~	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
~~70~~	~~区分番号10の2~~	~~調剤管理料1イを算定した場合：内服薬が長期処方(28日分以上)されている患者であって、減数調剤を行うことにより、実際の調剤する内服薬の投与日数が1日分以上かつ27日分以下となり、当該点数を算定する場合かつ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~~	~~調管減~~	~~「薬学管理料」欄~~
~~64~~ ~~71~~	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~~ ~~72~~	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~~ ~~73~~	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~~ ~~74~~	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~~ ~~75~~	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~~ ~~76~~	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~~ ~~77~~	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合	薬C	「薬学管理料」欄
~~71~~ ~~78~~	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
~~72~~ ~~79~~	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
~~73~~ ~~80~~	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
~~74~~ ~~81~~	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
~~75~~ ~~82~~	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（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
~~76~~ ~~83~~	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（3月を超えて又は初めて処方箋を提出した患者）	薬Dニ	「薬学管理料」欄
~~77~~ ~~84~~	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：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
~~78~~ ~~85~~	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
~~79~~ ~~86~~	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

項番	区分	項目	略称	記載欄
90 97	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才A	「薬学管理料」欄
91 98	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才B	「薬学管理料」欄
92 99	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才C	「薬学管理料」欄
93 90	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
94 91	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
95 92	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算1のロを算定した場合	特管Aロ	「薬学管理料」欄
96 93	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算2を算定した場合	特管B	「薬学管理料」欄
97 94	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算3のイを算定した場合	特管Cイ	「薬学管理料」欄
98 95	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算3のロを算定した場合	特管Cロ	「薬学管理料」欄
99 96	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
90 97	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
91 98	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
92 99	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
93 100	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
94 101	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
95 102	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
96 103	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
97 104	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
98 105	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
99 106	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
100 107	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
101 108	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
102 109	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
103 110	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
104 111	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
105 112	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
106 113	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
107 114	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
108 115	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

項番	区分	項目	略称	記載欄
409 116	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
440 117	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
441 118	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
442 119	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
443 120	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
444 121	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
445 122	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
446 123	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
447 124	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
448 125	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
449 126	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
420 127	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
421 128	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
422 129	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
423 130	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
424 131	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
425 132	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
426 133	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
427 134	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
428 135	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
429 136	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
430 137	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
431 138	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
432 139	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
433 140	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
434 141	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
435 142	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
436 143	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
437 144	区分番号40	調剤ベースアップ評価料	調べ	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
~~138~~ 145	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。

別表Ⅰ 訪問看護療養費明細書の「情報」欄への記載事項等一覧（訪問看護）

項番	区分	訪問看護療養費名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
1	－	訪問した場所	月の途中で訪問した場所に変更があった場合等、訪問した場所が複数ある場合は、訪問した場所及び変更した年月日を記載すること(3か所まで)。	利用者情報レコード 「訪問した場所2・訪問場所変更年月日」 「訪問した場所3・訪問場所変更年月日」	訪問場所変更年月日：(元号)yy年“mm”月“dd”日
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	1 自宅
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2 施設(01 社会福祉施設及び身体障害者施設)
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2 施設(02 小規模多機能型居宅介護)
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2 施設(03 複合型サービス)
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2 施設(04 認知症対応型グループホーム)
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2 施設(05 特定施設)
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2 施設(06 地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設)
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2 施設(07 有料老人ホーム(05を除く))
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2 施設(08 サービス付き高齢者向け住宅)
2	－	4か所目以降の訪問した場所	訪問した場所が4箇所以上あった場合は、4箇所目以降の訪問した場所及び当該訪問場所への変更年月日を記載すること。	利用者情報レコード 「訪問した場所2・文字データ」 「訪問した場所3・文字データ」	5 その他、*****
				850500001	訪問場所変更年月日(1 自宅)(訪問場所4箇所目以降)：(元号)yy年“mm”月“dd”日
				850500002	訪問場所変更年月日(2 施設(01 社会福祉施設及び身体障害者施設))(訪問場所4箇所目以降)：(元号)yy年“mm”月“dd”日
				850500003	訪問場所変更年月日(2 施設(02 小規模多機能型居宅介護))(訪問場所4箇所目以降)：(元号)yy年“mm”月“dd”日
				850500004	訪問場所変更年月日(2 施設(03 複合型サービス))(訪問場所4箇所目以降)：(元号)yy年“mm”月“dd”日
				850500005	訪問場所変更年月日(2 施設(04 認知症対応型グループホーム))(訪問場所4箇所目以降)：(元号)yy年“mm”月“dd”日
				850500006	訪問場所変更年月日(2 施設(05 特定施設))(訪問場所4箇所目以降)：(元号)yy年“mm”月“dd”日
				850500007	訪問場所変更年月日(2 施設(06 地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設))(訪問場所4箇所目以降)：(元号)yy年“mm”月“dd”日
				850500008	訪問場所変更年月日(2 施設(07 有料老人ホーム(05を除く)))(訪問場所4箇所目以降)：(元号)yy年“mm”月“dd”日
				850500009	訪問場所変更年月日(2 施設(08 サービス付き高齢者向け住宅))(訪問場所4箇所目以降)：(元号)yy年“mm”月“dd”日
3	－	他①、他②が指し示す記録	指定訪問看護の利用者が、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等第2の1に規定する疾病等の利用者等であって他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称を「他の訪問看護ステーション1」としてそれぞれ記載し、「特記事項」に「1 他(1)」を記載すること。 また、他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合についても、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称を「他の訪問看護ステーション1」及び「他の訪問看護ステーション2」としてそれぞれ記載し、「特記事項」に「2 他(2)」を記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード(01)」	1 他(1)
				特記事項レコード 「特記事項コード(02)」	2 他(2)
				利用者情報レコード 「他の訪問看護ステーション・1・所在地」 「他の訪問看護ステーション・2・所在地」	所在地、*****
				利用者情報レコード 「他の訪問看護ステーション・1・名称」 「他の訪問看護ステーション・2・名称」	名称、*****
4	01注8 01－2注5	特別地域訪問看護加算	特別地域訪問看護加算を算定した場合は、「特記事項」欄に「4 特地」と記載し、利用者の住所及び通常の場合訪問に要する時間(片道)を併せて記載すること。 (特別地域訪問看護加算口の場合) 指定訪問看護を行った年月日を記載すること。 (特別地域訪問看護加算口の場合) 指定訪問看護に要した時間を記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード(04)」	4 特地
				830500002	利用者の住所(特別地域訪問看護加算)：*****
				852500001	通常の場合訪問に要する時間(片道)(特別地域訪問看護加算)：mmmmmm分
				850500020	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
5	01注9 01－2注6	緊急訪問看護加算 精神科緊急訪問看護加算	複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、「特記事項」に「7 同一緊急」と記載すること。 当該加算のみを算定した日に計画に基づく指定訪問看護を行った当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を「他の訪問看護ステーション1」又は「他の訪問看護ステーション2」として記載すること。(当該所在地及び名称が「特記事項」の「1 他(1)」又は「2 他(2)」に該当する訪問看護ステーションの場合を除く)	特記事項レコード 「特記事項コード(07)」	7 同一緊急
				利用者情報レコード 「他の訪問看護ステーション・1・所在地」 「他の訪問看護ステーション・2・所在地」	所在地、*****
				利用者情報レコード 「他の訪問看護ステーション・1・名称」 「他の訪問看護ステーション・2・名称」	名称、*****
				850500014	直前に基本療養費を算定した年月日(所在地及び名称は他の訪問看護ステーション1に記載)：(元号)yy年“mm”月“dd”日
6	02注7	退院支援指導加算	退院支援指導加算を算定した場合において、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に再入院した場合は、「情報」欄に「特記事項」として「8 退支」を記載し、再入院年月日を併せて記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード(08)」	8 退支
				850500011	再入院年月日(退院支援指導加算)：(元号)yy年“mm”月“dd”日
7	02注7	退院支援指導加算	退院支援指導加算を算定した場合において、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡した場合は、「情報」欄に「特記事項」として「8 退支」を記載し、死亡年月日を併せて記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード(08)」	8 退支
				850500012	死亡年月日(退院支援指導加算)：(元号)yy年“mm”月“dd”日

項番	区分	訪問看護療養費 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
8	02注11	看護・介護職員連 携強化加算	看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、「特記事項」欄に「9 連」と記載し、介護職員等と同行訪 問した日を併せて記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード(09)」	9 連
				850500013	介護職員等と同行訪問した年月日(看護・介護職員連携強化加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
9	01注9 01-2注6	緊急訪問看護加 算 精神科緊急訪問 看護加算	「特記事項」に「10 緊急訪問看護の理由」を記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード(10)」	10 緊急訪問看護の理由
			緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。	850500016	緊急訪問年月日((精神科)緊急訪問看護加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			加算を算定する理由を詳細に記載すること。	830500003	緊急訪問看護の理由((精神科)緊急訪問看護加算):*****
10	03	訪問看護情報提 供療養費3	入院又は入所前に指定訪問看護が行われた日の属する月と保険医療機関に指定訪問看護に係る情報 を提供した月が異なる場合、入院又は入所前の最後に指定訪問看護を行った日付を記載すること。	850500017	入院又は入所前の最後に指定訪問看護を行った年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
11	04	包括型訪問看護 療養費	「特記事項」に「11 包括型」を記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード(11)」	11 包括型
			実際の単一建物居住利用者の人数を記載すること。	830500004	単一建物居住利用者の人数(包括型訪問看護療養費):*****
12	05	訪問看護ターミナ ルケア療養費	指定訪問看護が最後に行われた日の属する月と死亡月が異なる場合、死亡日及び死亡前 14 日以内に 指定訪問看護を行った日付を2日分記載すること	850500018	前回指定訪問看護実施年月日(死亡前14日以内):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500019	前々回指定訪問看護実施年月日(死亡前14日以内):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
13	07	訪問看護遠隔診 療補助料	「特記事項」に「12 訪看護診補助」を記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード(12)」	12 訪看護診補助
			算定日を記載すること。	850500021	算定日(訪問看護遠隔診療補助料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。
※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「情報」欄へ記載するものであること。

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
別表第一 A 3 0 8 回復 期リハビリテ ーション病棟 入院料（1 日 につき）	4 回復期リハビリテーション病棟入院 料 1 を算定する病棟について、別に厚 生労働大臣が定める施設基準を満た す場合は、回復期リハビリテーション 強化体制加算として、患者 1 人につき 1 日につき 80 点を所定点数に加算す る。	4 回復期リハビリテーション病棟入院 料 1 を算定する病棟について、別に厚 生労働大臣が定める施設基準を満た すものとして地方厚生局長等に届け 出た病棟に入院している患者（別に厚 生労働大臣が定める回復期リハビリ テーションを要する状態にあるもの に限る。）について、回復期リハビリ テーション強化体制加算として、患者 1 人につき 1 日につき 80 点を所定点 数に加算する。

○ 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第 70 号）

該当箇所	誤	正
第三十五の四 病棟薬剤業務 実施加算 (3) 病棟薬剤 業務実施加算 3 の施設基準	ロ 病棟薬剤業務実施加算 1 に係る施 設基準の届出を行っている保険医療 機関であること。	ロ 病棟薬剤業務実施加算 1 <u>又は 2</u> に 係る施設基準の届出を行っている保 険医療機関であること。

【令和 8 年 3 月 18 日（号外第 56 号）】

○ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件（厚生労働省告示第 97 号）

該当箇所	誤	正
------	---	---

別表第 1			薬剤	番号
		56	<u>ファビピラビル（当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量（令和 6 年 6 月 24 日に、医薬品医療機器等法第 14 条第 13 項の規定により、既に承認された効能又は効果及び用法又は用量の変更について承認されたものに限る。）に係るものに限る。）</u>	2438

【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揭示事項等 第七 療担規則 第十九条第一項ただし書及び療担基準第十九条第一項ただし書の厚生労働大臣が定める場合		一 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一条第四号及び <u>第二条第十六号</u> に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合