保医発 0930 第８号
令和８年９月 30 日

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

厚生労働省保険局医療課長
（　公　印　省　略　）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（　公　印　省　略　）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正について

「健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備に関する告示」（令和８年厚生労働省告示第 360 号）が告示され、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養が令和９年３月１日から施行されるところである。

これに伴い、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年８月７日保険発第 82 号。以下「記載要領通知」という。）の一部を別添のとおり改正し、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の診療報酬請求書における記載方法を定め、令和９年３月１日から適用する。

なお、記載要領通知の主な改正内容は下記のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に周知徹底を図られたい。

記

改正内容は以下のとおり。

・　「診療報酬請求書等の記載要領等について」別紙１「診療報酬請求書等の記載要領」Ⅱ第３の２の（20）のカの（カ）、Ⅲの第３の２の（23）のアの（テ）及び（24）のチ並びにⅣの第２の２の（21）のス及び別紙２「診療録等の記載上の注意事項」第５の７の（８）に要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性

が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の診療報酬請求書等における記載方法を規定する。

・　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成 18 年厚生労働省告示第 495 号）の告示名が厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養となったことを踏まえ、告示名の手当てを行う。

・　別表 1 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧の（医科）613 番及び（歯科）192 番に一部保険外療養に関する取扱いを追加する。

以上

別添

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

別紙１

診療報酬請求書等の記載要領

Ⅰ　一般的事項

１　診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式」（平成 20 年厚生労働省告示第 126 号）に定める様式により扱うものとするが、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（令和８年こども家庭庁・厚生労働省告示第二号）により改正のあった様式については、令和８年７月１日（６月診療分）から新様式により扱うものとし、令和８年５月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。

２　診療報酬請求書等の用紙の大きさはＡ列４番とすること。

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

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

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

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

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

６　「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

Ⅱ　診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

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

１　「令和　年　月分」欄について

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

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

２　「医療機関コード」欄について

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

３　「別記　　殿」欄について

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

（例）　別記　　全国健康保険協会理事長
　　千代田区長
　　東京都知事

４　「令和　年　月　日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

５　「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名」欄について

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

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

６　「 入・外 」欄について

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

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

７　「医療保険」欄について

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

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

に示すとおりであること。

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

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

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

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

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

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

８ 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

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

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

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

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

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

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

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

９ 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

（１） 公費負担医療のみで２種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。公費負担医療が２種の場合、例えば生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）による医療扶助に係る分と感染症法による結核患者の適正医療に係る分とを併せて請求する場合には「１２（生保）／１０（感 37 の２）」欄に記載することとし、これ以外の公費負担医療の組合せについて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

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

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

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

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

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

10 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

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

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

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

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

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

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

11 「②合計」欄について

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

12 「総件数①＋②」欄について

「①合計」欄及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

13 「備考」欄について

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

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

第２ 診療報酬請求書（医科・入院外）に関する事項（様式第１（２））

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

第２の２　診療報酬請求書（医科・歯科）に関する事項（様式第８）

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

１　「後期高齢者医療」欄について

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

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

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

２　「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

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

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

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

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

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

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

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

第３　診療報酬明細書の記載要領（様式第２）

１　診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

（１）　明細書は、白色紙黒色刷りとすること。

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

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

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

なお、初診から直ちに入院した場合は、入院分のみの明細書に記載すること。

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

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

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

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

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

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

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

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

（９） 電子計算機の場合は、以下によること。

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

イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

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

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

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

２ 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

（１） 「令和 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。

（２） 「都道府県番号」欄について

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

（３） 「医療機関コード」欄について

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

（４） 「保険種別１」、「保険種別２」及び「本人・家族」欄について

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

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険　　１ 社・国

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

２　公費

後期高齢者医療　　３　後期

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

単独　　１　単独

１種の公費負担医療との併用　　２　２併

２種以上の公費負担医療との併用　　３　３併

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

ウ　ア及びイについては、〇で囲むことを省略しても差し支えないこと。

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

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

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

１　本人入院　　１　本入

２　本人外来　　２　本外

３　未就学者入院　　３　六入

４　未就学者外来　　４　六外

５　家族入院　　５　家入

６　家族外来　　６　家外

７　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院　　７　高入一

８　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来　　８　高外一

９　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付入院　　９　高入７

０　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付外来　　０　高外７

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

オ　電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

（ア）　当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

（イ）　選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

（５）　「保険者番号」欄について

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

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

（６）　「給付割合」欄について

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

（７）　「被保険者資格に係る記号・番号」欄について

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

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

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

（８）　「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

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

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

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

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

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

(10)　「区分」欄について

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

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

０１精神（精神病棟）、０２結核（結核病棟）、０７療養（療養病棟）

(11)　「氏名」欄について

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

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

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

ウ　生年月日は以下によること。

（ア）　該当する元号を〇で囲み、生まれた年月日を記載すること。

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

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

(12)　「職務上の事由」欄について

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

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

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

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

(13)　「特記事項」欄について

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

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

		規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第 15 条第６項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
０３	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（ＣＡＰＤ）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方箋のみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
０４	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合
０７	老併	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
０８	老健	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
０９	施	平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。）
１０	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
１１	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養（平成 18 年厚生労働省告示第 495 号）第１条第２号の規定に基づく医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
１２	器治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第３号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
１３	先進	地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合（この場合にあっては、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
１４	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であって「保険外

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

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

		70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみ又は高齢受給者証情報の提供のみの場合 ②　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「３４」に該当する場合を除く。）
３０	区オ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ②　「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「３５」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ②　「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「３５」に該当する場合を除く。）
３１	多ア	以下のいずれかに該当する場合 ①　70 歳未満で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（ア））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾病医療支援又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合（以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。ただし、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業については、特記事項「３４」及び同「３５」に限る。） ②　70 歳以上で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（３割））が提示又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療資格確認書情報が提供された場合であっ

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

		区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（２割））が提示又は高齢受給者証情報が提供された場合であって、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合又は適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３５	多オ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70 歳以上で「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅱ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３６	加治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第３号の２の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（加工細胞等（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和 36 年厚生省令第１号）第 275 条の２に規定する加工細胞等をいう。以下同じ。）に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
３７	申出	別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合（この場合にあっては、当該療養の名称及び当該療養について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）

３８	医併	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
３９	医療	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
４１	区カ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））の提示のみ又は後期高齢者医療資格確認書情報の提供のみの場合 ② 課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「４３」に該当する場合を除く。）
４２	区キ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（１割））の提示のみ又は後期高齢者医療資格確認書情報の提供のみの場合 ② 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「４４」に該当する場合を除く。）
４３	多カ	後期高齢者医療で課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））かつ特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究

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

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

(14)　「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

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

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

(15)　「傷病名」欄について

ア　傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（令和６年４月 22 日付保発 0422 第２号）（本通知が改正された場合は改正後の通知によること。）別添３に規定する傷病名を用いること。別添３に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（令和８年３月 27 日医療課事務連絡）に取りまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

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

ウ　薬剤料に係る所定単位当たりの薬価が 175 円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、イに基づき記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はな

いものとすること。ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りでないこと。

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

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

(16)　「診療開始日」欄について

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

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

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

(17)　「転帰」欄について

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

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

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

(18)　「診療実日数」欄について

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

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

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

ウ　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示し

た場合（以下「電話等再診」という。）の実日数は１日として数えること。この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

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

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

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

オ　入院分については、入院日数を記載すること。

なお、入退院日は、それぞれ１日として数えること。

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

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

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

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

（ア）　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを後日聞きに来た場合

（イ）　往診等の後に薬剤のみを後日取りに来た場合

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

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

(19)　「点数」欄について

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

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

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

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

ア　通則

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

（ア）　別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）」

（イ）　別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」

（ウ）　別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）」

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

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰから別表Ⅳまでの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰから別表Ⅳにおいて、令和８年６月１日適用の旨が表示されたコードについては、令和８年 10 月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。

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

イ　「初診」欄について

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

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

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

（ウ）　機能強化加算、外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算、特定機能病院等紹介患者受入加算、電子的診療情報連携体制整備加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

ウ　「再診」欄について

（ア）　外来診療料については、本欄に所要の事項を記載すること。

（イ）　再診及び外来管理加算の項には、回数及び合計点数を記載すること。

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

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

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

エ　「医学管理」欄について

（ア）　名称、回数及び点数を記載すること。

（イ）　小児科外来診療料、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料又は外来腫瘍化学療法診療料を算定した場合において、初診料、再診料若しくは外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日若しくは深夜加算の特例、機能強化加算、特定機能病院等紹介患者受入加算、電子的診療情報連携体制整備加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数及び回数を記載すること。

オ　「在宅」欄について

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

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

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

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

①　同一の患者について、同一月内に、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」のイ、ロ、「２」のイ、ロ又は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のうち複数算定する場合には、在宅患者訪問診療の項には総点数を記載し、「摘要」欄にその内訳（それぞれの名称、回数及び総点数）を記載すること。また、乳幼児加算又は幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載すること。

②　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の在宅ターミナルケア加算のイ若しくはロを算定した場合又は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、当該加算点

数を記載し、「在宅患者訪問診療」の字句の次にそれぞれ名称を記載すること。また、看取り加算を算定した場合は、当該加算点数を記載すること。

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

（エ）　在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した場合は、その他の項に名称を記載すること。なお、在宅移行早期加算、頻回訪問加算、在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算１又は２、在宅療養移行加算、包括的支援加算、在宅データ提出加算又は在宅医療情報連携加算を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

また、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の100分の80又は60に相当する点数を算定する場合は、名称及び点数を記載すること。

（オ）　在宅がん医療総合診療料を算定した場合は、その他の項に名称、日数及び点数を記載すること。なお、在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算１又は２、小児加算、在宅データ提出加算、在宅医療ＤＸ情報活用加算又は在宅医療情報連携加算を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

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

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

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

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

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

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

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

（ク）　在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び所定点数を

記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（ツ） 在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載するこ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（リ） 入院中の患者に対して、救急搬送診療料を算定した場合は、(カ)の例により記載すること。また、入院中の患者に対して退院の日に在宅療養指導管理料を算定した場合は、「退院時在宅指導」と記載した上で(キ)から(ユ)までの例により記載すること。

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

（レ） 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第２条第

15 号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、カの（エ）の例によること。

カ　「投薬」欄について

（ア）　入院分について

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

また、調剤料を算定する場合は、調剤の項に日数及び点数を記載すること。

②　薬剤名、規格単位（%又はｍｇ等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

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

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

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

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

（イ）　入院外分について

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

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

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

④　薬剤名、規格単位（%又はｍｇ等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

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

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

⑤　１回の処方において、抗不安薬を３種類以上、睡眠薬を３種類以上、抗うつ薬を３種類以上、抗精神病薬を３種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬を４種類以上投与した場合であって、薬剤料（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係るものに限る。）を所定点数の１００分の８０に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄に、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に 精減 と表示すること。

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

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

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

⑨　調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。

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

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

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

⑬　地域支援・外来医薬品供給対応体制加算１、２又は３を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

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

（ウ）　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第４号又は第６号に係る医薬品を投与した場合は、次の例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

〔記載例〕

ラシックス錠 20 mg　　１錠

アルダクトンＡ錠 25 mg　　１錠　　２×５

リピトール錠 10 mg　　１錠　　３×５

（薬評）

エフピーＯＤ錠 2.5

（エ）　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第２条第 15 号に基づき、長期収載品を選定療養として処方した場合（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該医薬品名の後に「（選）」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（選）　　１錠

△△△錠　　１錠　　１７×５

また、長期収載品について、医療上の必要性があるため処方する場合は、その理由について、別表Ⅰに示す項目を参照して「その他」欄に記載すること。

（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。

（カ） 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第３条に基づき、対象医薬品を一部保険外療養として処方した場合（対象医薬品について特別の料金の対象とする場合）（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該対象医薬品名の後に「（類）」を記載し、所定単位につき、一部保険外療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（類）　　１錠

△△△錠　　１錠　　１７×５

また、対象医薬品について、一部保険外療養の対象とはせずに処方する場合は、その理由について、別表Ⅰに示す項目を参照して「その他」欄に記載すること。ただし、18歳に達する日以後の最初の３月31日までの間にある者又は入院時に対象医薬品を処方した場合は、一部保険外療養の対象とはならないが、この場合において理由の記載は不要である。

キ 「注射」欄について

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

（イ） 看護師等遠隔診療注射実施料を算定した場合は、「摘要」欄に実施した注射の区分番号を記載すること。

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

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

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

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

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

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

（カ） 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期

間が１年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数が上限点数を超える場合は、当該上限点数から合算点数を控除して得た点数を「注射」欄のその他の項の「摘要」欄に「その他薬剤」と表示して△書きにより記載し、その合計点数をその他の項に記載すること。

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

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

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

（コ） 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第４号又は第６号に係る医薬品を投与した場合は、カの(ウ)の例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

（サ） 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第２条第15号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、カの（エ）の例によること。

ク 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

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

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

ａ 手術、処置、検査等の名称は告示名又は通知名を使用する。

ｂ 手術、処置、検査等の手技料については、必ず点数を明記する。

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

なお、告示の名称又は通知の名称については（ ）書きとすること。

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

ｅ 処置、手術等の名称、手技の加算、処置（手術）医療機器等加算、薬剤、特定保険医

療材料等の順に処置、手術等ごとに記載すること。

〔記載例〕

例１　手術以外に使用された特定保険医療材料等

①処置名　　人工腎臓　４　その他の場合

手技の加算　導入期加算１　　１，５８０×１

②薬剤料　　使用薬剤　　点数×１

③特定保険医療材料〔商品名〕○○○○　１．４㎡

（ダイアライザー（Ｉａ型））１，４４０円）　１個

１４４×１

例２　手術に使用された特定保険医療材料

(1)　③特定保険医療材料〔商品名〕○○○○

（ペースメーカー（デュアルチャンバ（Ⅳ型））５６１，０００円）　１個

５６，１００×１

(2)　③特定保険医療材料〔商品名〕△△△△

（輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）２，５００円）　１個

２５０×１

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

〔記載例（単価０．１９円の場合の酸素購入価格）〕

処置名　　酸素吸入　　６５×１

酸素の加算（液化酸素ＣＥ）　　７×１

（請求単価）　（使用量）　（補正率）

（０．１９円　×　３００㍑　×　１．３）　÷　１０　＝　７点

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

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

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

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

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

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

(ク)　ＨＩＶ抗体陽性の患者に対して観血的手術を行った場合は、観血的加算を算定した旨の

表示は省略すること。

（ケ） 人工腎臓について導入期加算又は腎代替療法診療体制充実加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載すること。

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

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

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

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

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

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

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

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

（セ） 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算定した場合には、各区分ごとの麻酔時間を「摘要」欄に記載すること。

（ソ） 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第２条第 11 号に規定する「白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給」に係る診療報酬の請求を行う場合については、その旨を「摘要」欄へ記載すること。

（タ） 看護師等遠隔診療処置実施料を算定した場合は、「摘要」欄に実施した処置の区分番号を記載すること。

（チ） 外科医療確保特別加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

ケ 「検査・病理」欄について

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

ては「摘要」欄に記載すること。

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

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

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

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

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

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

〔記載例〕

基検	（１５日）	２，１００
判	基	６０４

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

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

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

（コ） 看護師等遠隔診療検査実施料を算定した場合は、「摘要」欄に実施した検査の区分番号を記載すること。

コ 「画像診断」欄について

（ア） 画像診断の種類（撮影部位を含む。）、回数及び点数を記載すること。

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

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

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

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

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

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

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

〔記載例〕

摘要	点数
基エ （１５日）	８２５

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

サ 「その他」欄について

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

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

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

疾患別リハビリテーション料について、特定の患者に対し離床を伴わない個別療法を行い 100 分の 90 に相当する点数により算定する場合は、「摘要」欄に 離床減 と表示して、合計点数を記載すること。

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

（エ） リハビリテーション総合計画評価料の「１」・「２」、リンパ浮腫複合的治療料の「１」

・「２」を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

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

(カ)　精神科専門療法を算定した場合は、名称、回数及び合計点数を記載すること。抗精神病特定薬剤治療指導管理料の持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合、治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定した場合は、名称を記載すること。通院・在宅精神療法の 100 分の 50 に相当する点数を算定した場合は、精多剤減と記載して、点数を表示すること。通院・在宅精神療法の 100 分の 60 に相当する点数を算定した場合は、精非指減と記載して、点数を表示すること。精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの早期加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。精神科デイ・ナイト・ケアの疾患別等診療計画加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

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

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

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

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

精神科地域移行支援加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

精神科退院前訪問指導料について、必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合は 複職 と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

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

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

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

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

精神科在宅患者支援管理料を算定した場合は、名称を記載すること。

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

(ク)　放射線治療管理料を算定した場合は、名称及び所定点数を記載すること。

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

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

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

(シ)　小児放射線治療加算を算定した場合は、新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、

３歳以上６歳未満の幼児又は６歳以上 15 歳未満の小児の区分について、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

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

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

（ソ） 施設入所者共同指導料を算定した場合は、名称及び点数を記載すること。

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

診療科		
内科	心臓血管外科	心療内科
精神科	小児外科	アレルギー科
神経科	皮膚泌尿器科	リウマチ科
神経内科	皮膚科	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科
呼吸器科	泌尿器科	
消化器科	性病科	
胃腸科	こう門科	
循環器科	産婦人科	
小児科	産科	
外科	婦人科	
整形外科	眼科	
形成外科	耳鼻いんこう科	
美容外科	気管食道科	
脳神経外科	放射線科	
呼吸器外科	麻酔科	

シ 「入院」欄について

（ア） 病院・診療所別の該当する文字を〇で囲み、入院基本料について、該当する入院基本料の種類別を病院・診療所別欄の下の空欄（以下「入院基本料種別欄」という。）に別表Ⅴ

の略号を用いて記載すること。なお、入院基本料種別欄に書ききれない場合は「摘要」欄に記載し、また、電子計算機で該当する文字のみを印字する場合は、様式の区分、配字等を変更することとして差し支えないこと。

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

（ウ） 医科点数表第１章第２部通則第９号により、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない場合又は同通則第 10 号により、身体的拘束最小化に関する基準を全て満たすことができない場合若しくは身体的拘束最小化に関する基準において、身体的拘束最小化の体制に係る基準のみ満たす場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に 栄４０減 拘４０減 拘２０減と記載すること。

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

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

（カ） 「入院基本料・加算」の項について

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

なお、入院基本料と入院基本料等加算を区分して、同項において行を改めて、同様に記載することも差し支えない。また、名称については、別表Ｖの略号を参照すること。

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

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

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

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

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

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

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

欄に 特別 と表示すること。

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

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

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

（セ） 「特定入院料・その他」の項について

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

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

(21) 「療養の給付」欄について

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

ただし、第１公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る合計

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

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

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

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

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

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

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

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

（ウ）　健康保険法施行令第 43 条第１項並びに同条第５項、国民健康保険法施行令（昭和 33 年政令第 362 号）第 29 条の４第１項並びに同条第３項又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項並びに同条第３項の規定が適用される者の場合は、「負担金額」及び「一部負担金額」の項には、これらの規定により算定した額（この額に１円未満の端数がある場合にお

いて、その端数金額が 50 銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が 50 銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

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

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

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

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

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

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

よる精神通院医療等、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用の場合（入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合に限る。）には、10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

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

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

(22)　「食事・生活」欄について

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

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

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

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

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

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

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

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

カ　「基準（生）」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養

に係る１食当たりの所定金額及び回数を記載すること。ただし、算定した所定金額が複数の場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

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

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

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

(23)　「食事・生活療養」欄について

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

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

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

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

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

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

オ　平成 28 年３月 31 日において、１年以上継続して精神病床に入院していた者であって、平成 28 年４月１日以後引き続き医療機関に入院している者（当該者が一の医療機関を退院した日に

おいて他の医療機関に入院する場合を含む。）として、平成 28 年厚生労働省告示第 23 号附則第３項に規定する同告示による改正前の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を適用した場合は、「摘要」欄に、「標準負担額経過措置（精神）入院年月日：　　年　　月　　日」と記載し、入院年月日については、同項に規定する者に該当することとなった起算日となる精神病床への入院年月日を記載すること。

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

(24)　「摘要」欄について

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

イ　特別養護老人ホームの入所者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）について、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師が看取り、死亡日から遡って 30 日間に行われた診療行為に限り医療保険から給付する場合には、「摘要」欄に死亡日を記載すること。

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

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

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

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

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

キ　特別養護老人ホーム等に入所中の患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診

療日以外の日に当該施設の看護師等が、当該患者に対し、点滴若しくは処置等を実施又は検査のための検体採取等を実施した場合においては、これに用いた薬剤若しくは特定保険医療材料が使用された日又は当該検体採取が実施された日を「摘要」欄に記載すること。また、当該保険医の診療日を「摘要」欄に記載すること。

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

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

(25)　「公費分点数」欄について

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

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

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

(26)　その他

ア　３種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について

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

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

（イ）　「職務上の事由」欄は記載しないこと。

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

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

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

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

区分すること及び当該請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

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

イ　医療保険と３種の公費負担医療の併用の者に係る記載要領の特例について

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

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

公３（公費負担者番号）、受（受給者番号）、実（診療実日数）

ウ　高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長２」と記載すること。

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

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

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

なお、当該診療が同通知に規定する配置医師による場合は、「摘要」欄に「配」と表示して診療日を記載すること。また、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

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

キ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第２号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求については、次に掲げる方法によること。

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

（イ） 「特記事項」欄に「薬治」と記載すること。

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

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

ａ 治験の依頼者の氏名及び連絡先

ｂ 治験薬等の名称及び予定される効能効果

ｃ 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

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

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

ａ 治験責任医師の氏名及び連絡先

ｂ 治験薬等の名称及び予定される効能効果

ｃ 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

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

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

ク 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第３号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬請求については、次に掲げる方法によること。

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

（イ） 「特記事項」欄に「器治」と記載すること。

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

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

ａ 治験の依頼者の氏名及び連絡先

ｂ 治験機器の名称

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

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

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

ａ 治験責任医師の氏名及び連絡先

ｂ 治験機器の名称

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

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

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

ケ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第５号、第７号又は第８号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第５号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の診療報酬請求項目と区別して記載すること。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第２条第 12 号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「器選」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

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

サ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。また、実施した検査、リハビリテーション又は精神科専門療法ごとに、「摘要」欄に「検選」、「リハ選」又は「精選」と記載し、併せて当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載すること。

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

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

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

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

タ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第３号

の２の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（加工細胞等に係るものに限る。）に係る診療報酬請求については、次に掲げる方法によること。

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

（イ）　「特記事項」欄に「加治」と記載すること。

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

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

ａ　治験の依頼者の氏名及び連絡先

ｂ　治験製品の名称

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

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

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

ａ　治験責任医師の氏名及び連絡先

ｂ　治験製品の名称

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

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

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

チ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第５号の２又は第７号の２に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。

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

高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

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

ト　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は70歳以上の場合であって、「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

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

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

ヌ　70 歳未満で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（ア））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（３割））が提示又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療資格確認書情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多ア」と記載すること。

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

ノ　70 歳未満で「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（ウ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（ウ）の記載のある特

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

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

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

フ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））が提示若しくは後期高齢者医療資格確認書情報が提供された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 20

0 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示若しくは後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区カ」と記載すること。

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

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

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

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

ミ　別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合には、

「特記事項」欄に「申出」と記載するとともに、当該療養の名称及び当該療養について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

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

(27)　後期高齢者医療におけるその他

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

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

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

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

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

オ　その他は、(26)のア、イ、オからサまで及びセ、ソと同様であること。

Ⅲ　歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

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

Ⅱの第１の例による。

第２　診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載要領（様式第１(３)）

１　「令和　年　月分」欄について

診療年月を記載する。

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

２　「医療機関コード」欄について

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

３　「別記　殿」欄について

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

（例）　別記　　全国健康保険協会理事長
　　千代田区長
　　東京都知事

4　「令和　年　月　日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載する。

5　「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名」欄について

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

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

6　「医療保険」欄について

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

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

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

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

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

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

7　「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

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

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

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

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

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

８　「公費負担」欄の「公費単独」欄について

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

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

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

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

（５）　「区分」欄の「③計」欄は、「公費単独」欄の件数を合計して記載する。

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

10　「総件数①＋②＋③」欄について

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

11　「明細書枚数①＋③」欄について

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

第２の２　診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要領（様式第８）

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

１　「後期高齢者医療」欄について

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

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

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

２ 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

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

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

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

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

第３ 診療報酬明細書の記載要領（様式第３）

１ 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

（１） 明細書は、白色紙黒色刷りとする。

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

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

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

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

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

か予め印刷する。

（５） 電子計算機の場合は次による。

ア　欄の名称を簡略化して記載しても差し支えない。

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

イ　枠をその都度印刷しても差し支えない。

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

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

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

２　診療報酬明細書の記載要領に関する事項

（１） 「令和　年　月分」欄について

診療年月を記載する。

（２） 「都道府県番号」欄について

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

（３） 「医療機関コード」欄について

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

（４） 「保険種別１」、「保険種別２」及び「本人・家族」欄について

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

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

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

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

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

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

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

方を〇で囲む。

なお、「２　本外」（若しくは「２　本」）、「４　六外」（若しくは「４　六」）、「６　家外」（若しくは「６　家」）、「８　高外一」（若しくは「８　高一」）又は「０　高外７」（若しくは「０　高７」）の項のみを印刷したものを使用しても差し支えない。

２　本人外来	２　本外
４　未就学者外来	４　六外
６　家族外来	６　家外
８　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得外来	８　高外一
０　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付外来	０　高外７

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

エ　電子計算機の場合は、次のいずれかの方法による。

（ア）　当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

（イ）　選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

（５）　「保険者番号」欄について

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

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

（６）　「給付割合」欄について

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

（７）　「被保険者資格に係る記号・番号」欄について

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

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

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

（８）　「公費負担者番号」欄について

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

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

ウ　保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負

担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第１公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第２公費として取り扱う。

（９）「公費負担医療の受給者番号」欄について

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

(10)「氏名」欄について

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

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

ウ　生年月日は次による。

（ア）該当する元号を〇で囲み、生まれた年月日を記載する。

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

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

(11)「職務上の事由」欄について

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

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載も差し支えない。

１　職上（職務上）、　２　下３（下船後３月以内）、　３　通災（通勤災害）

(12)「特記事項」欄について

次に掲げるもののほかは、Ⅱの第３の２の(13)と同様とする。

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

(13)「届出」欄について

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

(14)「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

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

(15)　「傷病名部位」欄について

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

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

　また、健全歯を支台としてブリッジを製作するに当たり、なんらかの理由により健全歯に対し抜髄処置を必要とした場合は、当該歯を◎で囲む。

ウ　歯冠修復による隙の補綴は、当該歯冠修復歯に△を付記する。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ス　傷病名が当該欄に書ききれない場合は、「摘要」欄に記載する。

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

いて」に取りまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

(16)　「診療開始日」欄について

ア　当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載する。ただし、「傷病名部位」欄が単一部位の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月中に治癒又は死亡したものは、記載を省略しても差し支えない。

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

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

(17)　「診療実日数」欄について

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

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

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

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

ウ　電話等再診の実日数は１日として数え、その回数を「摘要」欄に再掲する。

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

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

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

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

(18)　「転帰」欄について

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

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

「初診」、「再診」、「管理・リハ」、「投薬・注射」、「Ｘ線・検査」、「処置・手術」、「麻酔」、「歯冠修復及び欠損補綴」、全体の「その他」及び「摘要」欄の記載事項等は、(20)から(31)まで、別表Ｉ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）」、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）」及び別表Ⅳ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（材料価格基準）」のとおりであること。各項目の末尾に（項番〇）

と付したものについては別表Ⅰの当該項目を参照すること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰ、別表Ⅱ及び別表Ⅳにおいて、令和８年６月１日適用の旨が表示されたコードについては、令和８年10月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。書面による請求の場合の診療行為名称等の略号については、別表Ⅴ「診療行為名称等の略号一覧（歯科）」を参照し記載すること。

(20)　「初診」欄について

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

また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に点数を記載して差し支えない。

イ　乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科診療特別対応地域支援加算、歯科外来診療医療安全対策加算１、歯科外来診療医療安全対策加算２、歯科外来診療感染対策加算１、歯科外来診療感染対策加算２、歯科外来診療感染対策加算３、歯科外来診療感染対策加算４は、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特連」、「特地」、「外安全」又は「外感染」の項に当該加算点数を記載する。（項番５、６）

ウ　歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２、歯科診療特別対応加算３は、全体の「その他」欄に点数（加算を含む。）を記載する。（項番７、８）

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

オ　地域歯科医療加算は、全体の「その他」欄に点数を記載する。（項番４）

(21)　「再診」欄について

ア　再診は、「再診」の項に点数及び回数を記載する。（項番９、10）

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

また、時間外加算の特例は、通常の時間外加算と同様に記載する。

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

エ　明細書発行体制等加算は、再診料と当該加算を加算した合計点数を記載する。

オ　以下の（ア）から（ウ）までについては、全体の「その他」欄に記載する。

（ア）　歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２、歯科診療特別対応加算３は点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 11、12）

（イ）　情報通信機器を用いて再診を行った場合は、点数及び回数を記載する。（項番 13）

（ウ）　地域歯科医療加算は点数及び回数を記載する。

(22)　「管理・リハ」欄について

ア　歯科疾患管理料は、「歯管」の項に点数を記載する。

なお、フッ化物洗口指導加算、文書提供加算、総合医療管理加算及び長期管理加算は、項中の「＋　」欄にそれぞれ左から文書提供加算、フッ化物洗口指導加算、総合医療管理加算、長期管理加算の順に当該加算点数を記載する。なお、特別管理加算は、「その他」欄に加算点数を記載する。（項番 16）

イ　新製有床義歯管理料は、「義管」の項の左欄に局部義歯、右欄に総義歯の点数及び回数を記載する。（項番 42）

ウ　歯科衛生実地指導料１又は２は、「実地指」の項に点数を記載する。

エ　口腔機能実地指導料は、「口指導」の項に点数を記載する。

オ　歯周病患者画像活用指導料の「１　口腔内画像」は、「Ｐ画像」の項に点数及び回数を記載する。なお、「２　顕微鏡画像」は、「その他」欄に点数を記載する。

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

キ　周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)の「１　手術前」、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の「１　手術前」、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)又は周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した場合は、「その他」欄に点数（加算を含む。）を記載する。なお、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、(Ⅱ)の「２　手術後」又は（Ⅳ）（３月以内の場合）を算定した場合はそれぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 17、18、19、20、21）

ク　回復期等口腔機能管理計画策定料又は回復期等口腔機能管理料を算定した場合は、「その他」欄にそれぞれ点数を記載する。（項番 22、23）

ケ　根面う蝕管理料は、「根管」の項に点数（加算を含む。）を記載する。

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

サ　歯科治療時医療管理料は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番 27）

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

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

（ア）　がん性疼痛緩和指導管理料（加算を含む。）、がん患者指導管理料、入院栄養食事指導料、外来緩和ケア管理料（加算を含む。）、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、介護支援等連携指導料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、こころの連携指導料（Ⅰ）、退院時共同指導料１、退院時共同指導料２、退院時薬剤情報管理指導料、がんゲノムプロファイリング評価提供料及び医療機器安全管理料は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番 14、40、43、44）

（イ）　歯科特定疾患療養管理料は、点数及び回数を記載する。また、共同療養指導計画加算は、点数を記載する。なお、情報通信機器を用いて行った場合は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 24）

（ウ）　退院前訪問指導料は、点数を記載する。（項番 30）

（エ）　特定薬剤治療管理料は、点数（加算を含む。）を記載する。（項番 25）

（オ）　悪性腫瘍特異物質治療管理料は、点数を記載する。（項番 26）

（カ）　外来腫瘍化学療法診療料は点数（加算を含む。）を記載する。

（キ）　遺伝性疾患療養指導管理料は点数を記載する。

（ク） 手術前医学管理料及び手術後医学管理料は、それぞれ点数を記載する。

（ケ） 開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)は、合計点数及び回数を記載する。（項番 28）

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

（サ） 歯科遠隔連携診療料は、点数を記載する。（項番 29）

（シ） 薬剤管理指導料の「１」又は「２」は、それぞれ点数及び回数を記載する。また、麻薬管理指導加算は、加算した点数を記載する。（項番 31、32、33）

（ス） 薬剤総合評価調整管理料は、点数(加算を含む。)を記載する。（項番 34）

（セ） 診療情報提供料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)又は連携強化診療情報提供料は、点数を記載する。診療情報提供料(Ⅰ)の加算は当該加算を合算した点数を記載する。（項番 35、36、37、39）

（ソ） 診療情報等連携共有料１又は２は、点数を記載する。（項番 38）

（タ） 電子的診療情報評価料は、点数及び回数を記載する。

（チ） 栄養情報連携料は、点数を記載する。

（ツ） 傷病手当金意見書交付料は、点数を記載する。（項番 41）

（テ） 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、点数及び回数を記載する。

（ト） 開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は、点数及び回数を記載する。

（ナ） 摂食機能療法は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 85、86）

（ニ） 歯科口腔リハビリテーション料１（２　舌接触補助床の場合）は、点数及び回数を記載する。

（ヌ） 歯科口腔リハビリテーション料１（３　小児保隙装置の場合）は、点数及び回数を記載する。

（ネ） 歯科口腔リハビリテーション料１(４　その他の場合)は、点数及び回数を記載する。

（ノ） 歯科口腔リハビリテーション料３は点数及び回数を記載する。

（ハ） リハビリテーションを算定した場合は、（ナ）、（ニ）、（ヌ）、（ネ）及び（ノ）を除き、全体の「その他」欄に、当該項目、回数・算定単位数及び合計点数を記載するとともに、実施日数を記載すること。（項番 84）

(23) 在宅医療について

ア 全体の「その他」欄に記載する。

（ア） 歯科訪問診療料は、歯科訪問診療１、歯科訪問診療２、歯科訪問診療３、歯科訪問診療４及び歯科訪問診療５の点数及び回数を記載する。緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算若しくは深夜歯科訪問診療加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２、歯科診療特別対応加算３又は地域医療連携体制加算がある場合は、当該加算を加算した点数及び回数を記載する。訪問診療時の歯科訪問診療補助加算は、点数及び回数を記載する。（項番 45、46、47）

また、特別歯科訪問診療料を算定した場合は、点数及び回数を記載する。（項番 48）

（イ） 区分番号Ｃ０００の注 16 に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数を記載する。

（ウ） 在宅療養支援歯科診療所加算及び在宅療養支援歯科病院加算は、加算点数及び回数を記載する。

（エ） 歯科訪問診療移行加算は、加算点数及び回数を記載する。（項番 49）

（オ） 通信画像情報活用加算は、加算点数及び回数を記載する。（項番 50）

（カ） 区分番号Ｃ０００の注 20 に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数を記載する。

（キ） 医科連携訪問加算は、加算点数及び回数を記載する。

（ク） 訪問歯科衛生指導料はそれぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 51）

（ケ） 区分番号Ｃ００１の注４に規定する訪問歯科衛生指導料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数を記載する。

（コ） 歯科疾患在宅療養管理料は、点数を記載する。

また、文書提供加算、在宅総合医療管理加算、在宅歯科医療連携加算１又は２、在宅歯科医療情報連携加算は、点数を記載する。（項番 52、53）

（サ） 在宅患者歯科治療時医療管理料は、点数及び回数を記載する。（項番 54）

（シ） 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数及び回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数及び回数を記載する。在宅歯科医療連携加算１又は２、在宅歯科医療情報連携加算を算定する場合は、点数を記載する。（項番 55）

（ス） 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数及び回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数及び回数を記載する。小児在宅歯科医療連携加算１又は２、在宅歯科医療情報連携加算を算定する場合は、点数を記載する。（項番 56）

（セ） 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料１、２、３又は４は、点数を記載する。（項番 57）

（ソ） 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、総点数及び回数を記載する。

（タ） 在宅患者連携指導料は、点数を記載する。（項番 58）

（チ） 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、点数及び回数を記載する。（項番 59）

（ツ） 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第２条第 15 号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、(24)のタの例によること。

（テ） 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第３条に基づき、一部保険外療養として対象医薬品を処方した場合の記載については、（24）のチの例によること。

(24) 「投薬・注射」欄について

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

また、皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合は「注」欄に点数及び回数をそれぞれ記載し、その他の注射を行った場合は全体の「その他」欄に、点数及び回数を記載する。（項番 80）

イ 血漿成分製剤加算は、加算点数を点数欄に記載する。（項番 81、82）

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

数を記載する。

エ　使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL 又は mg 等）及び使用量を記載する。（項番 78、83）

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

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

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

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

ケ　無菌製剤処理料の「１」又は「２」は、「摘要」欄にそれぞれ点数及び算定回数を記載する。また、投与時閉鎖式接続器具使用加算は、「摘要」欄に点数及び回数を記載する。

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

サ　薬剤情報提供料は、「情」の項に点数及び回数を記載する。なお、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、点数及び回数は「摘要」欄に記載する。また、手帳加算を算定した場合は、当該加算を算定した点数及び回数を記載する。

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

ス　外来化学療法加算は、当該点数を加算した点数及び算定回数を記載する。

セ　バイオ後続品導入初期加算は、加算点数を記載する。

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

タ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第２条第 15 号に基づき、長期収載品を選定療養として処方した場合（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該医薬品名の後に「（選）」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（選）	１錠	
△△△錠	１錠	１７×５

また、長期収載品について、医療上の必要性があるため処方する場合は、その理由について、別表Ⅰに示す項目を参照して「その他」欄に記載すること。

チ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第３条に基づき、対象医薬品を一部保険外療養として処方した場合（対象医薬品について特別の料金の対象とする場合）（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該対象医薬品名の後に「（類）」を記載し、所定単位につき、一部保険外療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（類）	１錠	
△△△錠	１錠	１７×５

また、対象医薬品について、一部保険外療養の対象とはせずに処方する場合は、その理由に

ついて、別表Ｉに示す項目を参照して「その他」欄に記載すること。ただし、18 歳に達する日以後の最初の３月 31 日までの間にある者又は入院時に対象医薬品を処方した場合は、一部保険外療養の対象とはならないが、この場合において理由の記載は不要である。

(25)　「Ｘ線・検査」欄について

ア　全顎撮影（アナログ撮影）を行った場合は「全顎」の項にフィルム使用枚数及びその合計点数を記載し、全顎撮影以外で標準型フィルムを使用して撮影を行った場合は「標」の項のうち所定点数を算定した場合は左欄に、所定点数の合計の１００分の５０に相当する点数で算定した場合は右欄にそれぞれ点数及び回数を記載し、パノラマＸ線撮影を行った「パ」の項のうちオルソパントモ型フィルムであって、15 センチメートル×30 センチメートルの場合は左欄に、20.3 センチメートル×30.5 センチメートルの場合は右欄にそれぞれの点数及び回数を記載する。

イ　歯冠補綴時色調採得検査は、「色調」の項に点数及び回数を記載する。（項番 65）

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

エ　細菌簡易培養検査は、「Ｓ培」の項に点数及び回数を記載する。

オ　顎運動関連検査は、「顎運動」の項に点数及び回数を記載する。（項番 64）

カ　歯周病検査における歯周基本検査及び歯周精密検査は、それぞれ「基本検査」の項及び「精密検査」の項のうち、左欄の上から１歯以上 10 歯未満、10 歯以上 20 歯未満、20 歯以上の順にそれぞれ点数を記載する。また、１回目の混合歯列期歯周病検査は「Ｐ混検」の項の左欄に点数を記載し、歯周病部分的再評価検査は「Ｐ部検」の項に点数及び回数を記載する。歯周病検査を２回以上行った場合は、２回目以後の混合歯列期歯周病検査は「Ｐ混検」の項の右欄に点数及び回数を記載し、その他の歯周病検査はそれぞれ該当する検査の項のうち右欄に点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた点数及び回数を、下段に２回以上行った場合の２回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載して差し支えない。（項番 62）

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

ク　「その他」欄について

（ア）　標準型以外のフィルムを使用して撮影（アナログ撮影）を行った場合は、点数及び回数を、診断のみの場合は点数及び回数をそれぞれ記載する。その他の画像診断は、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載する。（項番 74、77）

（イ）　全顎撮影（デジタル撮影）の場合は、枚数及びその合計点数を記載する。歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）の場合、歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）の場合歯科部分パノラマ断層撮影の場合及び歯科用３次元エックス線断層撮影の場合は、点数及び回数を記載する。その他の画像診断は、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載する。なお、電子画像管理加算を算定したデジタル撮影は、（ク）の電子画像管理加算に係る規定により記載する。（項番 74、77）

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

（エ） 遠隔画像診断を行った場合は、点数を記載する。

（オ） 新生児、３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対する加算を算定した場合は、アにかかわらず、当該加算後の点数及び回数を記載する。（項番 74）

（カ） 記載欄が示されていない各種の検査は、当該欄に点数及び回数を記載する。検査に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載する。（項番 60）

（キ） 時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数を記載する。（項番 75）

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

（ケ） 口腔細菌定量検査２を算定する場合は、点数を記載する。（項番 63）

（コ） 有床義歯咀嚼機能検査を算定する場合は、点数を記載する。（項番 66）

（サ） 咀嚼能力検査１若しくは２、咬合圧検査１若しくは２、口腔粘膜湿潤度検査、小児口唇閉鎖力検査又は舌圧検査を算定した場合は点数及び回数を記載する。（項番 67、68、69、70、71、72）

（シ） 精密触覚機能検査を算定した場合は、点数及び回数を記載する。

（ス） 睡眠時歯科筋電図検査を算定した場合は、点数及び回数を記載する。

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

(26) 「処置・手術」欄について

ア 単純処置は、「単純」の項に点数及び回数を記載する。

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

ウ 象牙質レジンコーティングは、「Ｒコ」の項に点数及び回数を記載する。

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

オ 知覚過敏処置は、「Ｈｙｓ」の項のうち、３歯までの場合は左欄に、４歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

カ 咬合調整は、「咬調」の項のうち、１歯から 10 歯未満の場合は左欄に、10 歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 90）

キ 残根削合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。

ク 歯髄温存療法、直接歯髄保護処置、生活歯髄切断又は抜髄のために表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔に用いた場合は、使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL 又は mg 等）及び使用量を「その他」欄に記載する。（項番 111）

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

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

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

提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合は、「その他」欄に点数を記載する。（項番 91、92）

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

また、手術用顕微鏡加算及びＮｉ―Ｔｉロータリーファイル加算は、「加圧根充」の項の「＋　×　＋　×　」欄に左から手術用顕微鏡加算の点数及び回数並びにＮｉ―Ｔｉロータリーファイル加算の点数及び回数を記載する。（項番 93、94、95）

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

ス　機械的歯面清掃処置は、「歯清」の項に点数を記載する。（項番 109）

セ　歯冠修復物又は補綴物の除去は、「除去」の項のうち、簡単なものは上欄に、困難なものは中欄に、著しく困難なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 105）

ソ　フッ化物歯面塗布処置は、「Ｆ局」の項に点数を記載する。（項番 110）

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

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

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

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

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

テ　歯周病継続支援治療は、「ＳＰＴ」の項に点数（加算を含む。）を記載する。なお、口腔管理体制強化加算及び重症化予防連携強化加算は、項中の「＋　」欄にそれぞれ左から口腔管理体制強化加算、重症化予防連携強化加算の順に当該加算点数を記載する。（項番 98、99）

ト　歯周病処置は、「Ｐ処」の項に点数及び回数を記載する。（項番 97）

ナ　口腔内消炎手術は、「切開」の項のうち、歯肉膿瘍等は左欄に、骨膜下膿瘍、口蓋膿瘍等は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、智歯周囲炎の歯肉弁切除等は、「その他」の欄に点数及び回数を記載する。（項番 122）

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

また、前歯及び臼歯の難抜歯加算は、「前」又は「臼」の項の「＋　×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載し、下顎完全埋伏智歯（骨性）及び下顎水平埋伏智歯に係る加算は、「埋」の項の「＋　×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載する。（項番 117）

ヌ　区分「Ｉ１００」又は「Ｊ３００」により特定薬剤を算定する場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番 112、130）

ネ　「その他」欄について

（ア）　処置又は手術のうち、該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 87、100、107、113、125）

（イ） 診療時間以外、休日若しくは深夜加算を算定する処置又は手術は、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例の場合も、点数及び回数を記載する。（項番 88、114）

（ウ） 口腔内装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び口腔内装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。（項番 101）

（エ） 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。（項番 102）

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

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

（キ） 口腔内装置調整・修理を行った場合は、点数を記載する。

（ク） 根管内異物除去は、点数及び回数を記載する。また、手術用顕微鏡を用いて当該処置を行った場合は、加算後の点数及び回数を記載する。（項番 106）

（ケ） 歯の破折片除去は、点数及び回数を記載する。

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

周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は（Ⅳ）を算定した患者に対して当該処置を行った場合は、点数を記載する。また、周術期等専門的口腔衛生処置２は、点数を記載する。（項番 108）

（サ） 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置は、点数を記載する。

（シ） 口腔粘膜処置は、点数を記載する。

（ス） 非経口摂取患者口腔粘膜処置は、点数及び回数を記載する。

（セ） 摘便は、点数及び回数を記載する。

（ソ） ハイフローセラピーを算定した場合は、動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果、点数及び回数を記載する。（項番 96）

（タ） 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は、点数及び回数を記載する。

（チ） 留置カテーテル設置は、点数及び回数を記載する。

（ツ） 超音波ネブライザは、点数及び回数を記載する。

（テ） 回復期等専門的口腔衛生処置は、点数及び回数を記載する。

（ト） 口腔バイオフィルム除去処置は、点数及び回数を記載する。

（ナ） 口腔リンパ管腫局所注入は、点数（加算を含む。）を記載する。

（ニ） 入院を必要とするＨＩＶ抗体陽性の患者に対する観血的手術加算は、加算後の点数及び回数を記載する。（項番 116）

（ヌ） メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）感染症患者に対する加算は、加算後の点数及び回数を記載する。

（ネ） 内視鏡下加算は、加算後の点数及び回数を記載する。

（ノ） 歯根端切除手術における、「２　歯科用３次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合」を行う場合は、点数及び回数を記載する。（項番 118）

（ハ） 歯の再植術又は歯の移植手術は、点数及び回数を記載する。（項番 119、120、121）

（ヒ） 歯周ポケット掻爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離掻爬手術、歯周組織再生誘導手術及び歯肉歯槽粘膜形成手術は、点数を記載する。（項番 123）

（フ） 手術時歯根面レーザー応用加算は、点数及び回数を記載する。（項番 124）
（ヘ） 広範囲顎骨支持型装置埋入手術は、点数及び回数を記載する。（項番 126）
（ホ） 広範囲顎骨支持型装置掻爬術は、点数を記載する。（項番 127）
（マ） 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法は、点数を記載する。（項番 128）
（ミ） レーザー機器加算は、点数及び回数を記載する。（項番 129）
（ム） 口腔粘膜蛍光観察評価加算は、点数を記載する。
（メ） 「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。（項番 131）

ノ 乳幼児加算、歯科診療特別対応加算、歯科訪問診療時の加算等を伴う処置及び手術は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載する。（項番 89、115）

(27) 「麻酔」欄について

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

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

ウ 「その他」欄について

（ア） 区分「Ｋ１００」による麻酔薬剤は、点数及び回数を記載する。（項番 139）
（イ） 吸入鎮静法は、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。（項番 135）
（ウ） 静脈内鎮静法は、点数及び回数を記載する。なお、使用薬剤は、点数を記載する。（項番 136）
（エ） 歯科麻酔管理料は点数及び回数を記載する。
（オ） 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔は、麻酔名、点数及び回数を記載する。なお、使用薬剤は、点数を記載する。（項番 137、138）
（カ） 伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔は、麻酔名、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。（項番 132）
（キ） 診療時間以外、休日又は深夜加算等を算定する麻酔料は、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例も同様に、点数及び回数を記載する。（項番 133）

(28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

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

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

イ 補綴時診断料は、「補診」の項のうち、欠損補綴物を新たに製作する場合は左欄に、有床義歯修理又は有床義歯内面適合法を実施した場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、歯科技工士連携加算１及び２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 141、142）

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

エ　「印象」の項について

印象採得の「１　歯冠修復」の「イ　単純印象」、「１　歯冠修復」の「ロ　連合印象」、「２　欠損補綴」の「二　ブリッジ　（１）　５歯以下の場合」及び「２　欠損補綴」の「二　ブリッジ　（２）　６歯以上の場合」は、「印象」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。「２　欠損補綴」の「イ　単純印象　（１）　簡単なもの」、「２　欠損補綴」の「イ　単純印象　（２）　困難なもの」、「２　欠損補綴」の「ロ　連合印象」及び「２　欠損補綴」の「ハ　特殊印象」は、「印象」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。また、歯科技工士連携加算１及び２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。なお、「印象」の項に書ききれない場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番 148、149）

オ　咬合採得の「１　歯冠修復」、「２　欠損補綴」の「イ　ブリッジ　（１）　５歯以下の場合」及び「２　欠損補綴」の「イ　ブリッジ　（２）　６歯以上の場合」は、「咬合」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。咬合採得の「２　欠損補綴」の「ロ　有床義歯　（１）　少数歯欠損」、「２　欠損補綴」の「ロ　有床義歯　（２）　多数歯欠損」及び「２　欠損補綴」の「ロ　有床義歯　（３）　総義歯」は、「咬合」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。なお、「２　欠損補綴」の「ハ　口蓋補綴、顎補綴」については、「その他」欄に点数及び回数を記載する。また、歯科技工士連携加算１及び２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 153、154）

カ　ブリッジの試適の「５歯以下の場合」及び「６歯以上の場合」は「試適」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。仮床試適の「少数歯欠損」、「多数歯欠損」及び「総義歯」は、「試適」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。また、仮床試適における歯科技工士連携加算１及び２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 155）

キ　「歯冠形成」欄について

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

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

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

（エ）　ブリッジに対する失活歯歯冠形成は「(失ブ)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の４分の３冠、高強度硬質レジンブリッジ及びチタンブリッジ（レジン前装を行う場合に限る。）の場合は「前」の項に、その他の金属冠の場合は「金」の項に、それぞれ点数（加

算を含む。）及び回数を記載する。また、ブリッジ支台歯形成加算は、項中の「＋　×」欄の右欄にその加算点数及び回数を記載する。

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

また、う蝕歯無痛的窩洞形成加算は、ブリッジ支台歯形成加算の下欄に点数及び回数を記載する。なお、ＣＡＤ／ＣＡＭインレーのための窩洞形成に係る加算は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 144）

（カ）　即時充填形成は、「充形」の項に点数及び回数を記載し、う蝕歯無痛的窩洞形成加算は、項中の「＋　×」欄に点数及び回数を記載する。（項番 145）

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

（ク）　補綴前処置は、「前処」の項に点数及び回数を記載する。修理を行った有床義歯に対して再度、義歯修理を行う場合についても、「前処」の項に点数及び回数を記載する。（項番 146）

（ケ）　生活歯歯冠形成のために表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔に用いた場合は、使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL 又は mg 等）及び使用量を「その他」欄に記載する。（項番 176）

ク　「充填」の項について

（ア）　充填に係る技術料は、「充填１」又は「充填２」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。（項番 156）

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

ケ　「支台築造」の項について

（ア）　間接法において、メタルコアによる支台築造は、「メタル」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を部位ごとにそれぞれ記載する。（項番 147）

（イ）　直接法において、その他の支台築造は、「その他」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を部位ごとにそれぞれ記載する。（項番 147）

（ウ）　支台築造印象は「支台印象」の項に点数及び回数を記載する。

コ　「金属歯冠修復」の項について

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

（イ） 前歯及び小臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「前小パ」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯部の４分の３冠及び接着冠、臼歯部の５分の４冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載する。（項番 157）

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

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

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

（カ） 装着材料料は、「装着材料」の項に点数及び回数を記載する。

サ 「仮着」の項について

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

シ 暫間歯冠補綴装置は、「ＴｅＣ」の項に点数及び回数を記載する。（項番 150）

ス 「硬ジ」の項、「乳」の項及び「ＣＡＤ冠」の項について

（ア） 硬質レジンジャケット冠は、「硬ジ」の項のうち、光重合硬質レジンを左欄に、加熱重合硬質レジンを右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 160）

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

（ウ） ＣＡＤ／ＣＡＭ冠の「１　２以外の場合」は、「ＣＡＤ冠」の項のうち、小臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅰ）を用いた場合は「（Ⅰ）」の項、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅱ）を用いた場合は「（Ⅱ）」の項に、大臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合は「（Ⅲ）」の項、前歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅳ）を用いた場合は「（Ⅳ）」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。なお、小臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合は「（Ⅰ）」又は「（Ⅱ）」の項に点数及び回数を記載する。また、後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に使用する場合は、後継永久歯に準じて「（Ⅰ）」、「（Ⅱ）」又は「（Ⅳ）」の項に点数及び回数を記載する。（項番 161）

セ 「ＣＡＤＩｎ」の項、「チ冠」の項及び「前チ」の項について

（ア） ＣＡＤ／ＣＡＭインレーは、「ＣＡＤＩｎ」の項のうち、小臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅰ）を用いた場合は「（Ⅰ）」の項、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅱ）を用いた場合は「（Ⅱ）」の項に、大臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合は「（Ⅲ）」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、小臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合、後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に使用する場合は「（Ⅰ）」又は「（Ⅱ）」の項に点数及び回数を記載する。

（イ） チタン冠は、「チ冠」の項に点数及び回数を記載する。

（ウ） レジン前装チタン冠は、「前チ」の項に点数及び回数を記載する。

ソ 「根板」の項について

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

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

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

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

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

タ 「ポンティック」の項について

（ア） 鋳造ポンティックは、「鋳造」の項のうち、大臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、小臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、銀合金を用いた製作は「銀」の項に、点数及び回数を記載する。（項番 165）

（イ） レジン前装鋳造ポンティックは、「前装」の項のうち、前歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ前」の項に、小臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、大臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、前歯に対する銀合金を用いた製作は「銀前」の項に、小臼歯に対する銀合金を用いた製作は「銀小」の項に、大臼歯に対する銀合金を用いた製作は「銀大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 165）

チ 「Br 装着」の項について

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

ツ 「装着」の項について

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

テ 「HRBr」の項について

高強度硬質レジンブリッジは、「HRBr」の項に点数及び回数を記載する。

ト 「TiBr」の項について

チタンブリッジは、「TiBr」の項に点数及び回数を記載する。なお、レジン前装を行った場合は、項中の「＋　×」欄の右欄にその加算点数及び回数を記載する。

ナ 「有床義歯」の項について

有床義歯は、点数及び床数を記載する。（項番 167、169）

ニ 「床適合」の項について

硬質材料を用いた有床義歯内面適合法は、点数及び床数を記載する。なお、軟質材料を用いた有床義歯内面適合法は、「その他」欄に点数を記載する。また、有床義歯内面適合法に伴う歯科技工加算１又は２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 173、174）

ヌ 「床修理」の項について

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

工加算２は項中の「＋　×」欄の右欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 171、172）

ネ　「人工歯」の項について

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

ノ　「バー」の項について

（ア）　大連結子について、鋳造バーのうち、鋳造用コバルトクロム合金を用いた製作は「コバ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

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

ハ　「鉤」の項について

（ア）　鋳造鉤のうち、鋳造用コバルトクロム合金を用いた製作は、「コバ」の項に、それぞれ上から双子鉤、二腕鉤の点数及び回数を記載する。

（イ）　線鉤のうち、不銹鋼及び特殊鋼を用いた製作は、「不・特」の項に、それぞれ上から双子鉤、二腕鉤（レスト無し）の点数及び回数を記載する。

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

ヒ　「間接」の項について

間接支台装置は、「間接」の項に点数及び回数を記載する。

フ　「磁性アタッチメント」の項について

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

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

ヘ　「修理」の項について

歯冠補綴物修理は、点数及び回数を記載する。

ホ　「その他」欄について

（ア）　クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生（支）局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合は、所定点数の 100 分の 70 に相当する点数及び回数を記載する。（項番 140）

（イ）　咬合印象は、点数及び回数を記載する。

（ウ）　光学印象は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 151）

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

（オ）　小児保隙装置は、点数及び回数を記載する。（項番 163、164）

（カ）　３次元プリント有床義歯や熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、名称、部位、点数及び回数を記載する。（項番 168、169）

（キ）　レジンインレー又は既製金属冠等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、点数及び回数を記載する。

なお、接着ブリッジの装着を行った場合の装着料は、加算を合算した点数及び回数を記

載する。（項番 140）

（ク） 鋳造用金銀パラジウム合金による鋳造バーは、点数及び回数を記載する。

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

（コ） 不銹鋼及び特殊鋼による線鉤のうち、二腕鉤（レスト付き）は点数及び回数を記載する。

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

（シ） 歯科鋳造用 14 カラット金合金及び鋳造用金銀パラジウム合金による鋳造鉤は、点数及び回数を記載する。

（ス） 有床義歯補強加算は、点数及び回数を記載する。

（セ） 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して６月以内の当該有床義歯の修理及び有床義歯内面適合法は、それぞれの点数の 100 分の 50 に相当する点数及び装着料を合算した点数を記載する。（項番 171、172、173、174）

（ソ） 脱離した歯冠修復物の再装着は、点数及び回数を記載する。なお、それに伴い内面処理加算を行った場合は点数及び回数を記載する。（項番 152）

（タ） 脱離又は修理したブリッジを再装着した場合の装着料は、ブリッジ１装置について、支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合又は支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合に分けて、点数及び回数を記載する。（項番 152）

（チ） 歯科鋳造用 14 カラット金合金を用いた金属歯冠修復は、点数及び回数を記載する。（項番 157）

（ツ） 広範囲顎骨支持型補綴物管理料、広範囲顎骨支持型補綴診断料、広範囲顎骨支持型補綴（ブリッジ形態のもの）に用いたリテーナー、広範囲顎骨支持型補綴又は広範囲顎骨支持型補綴物修理は、それぞれ点数を記載すること。（項番 175）

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

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

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

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

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

（ネ） 歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して１月以上患者が来院しない場合の当該歯冠修復物又は欠損補綴物は、該当する記載欄に装着料を含まない点数及び回数を記載する。（項番 140）

(29) 歯科矯正について

全体の「その他」欄に記載する。（項番 178～188）

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

イ　植立は点数を記載する。また、アンカースクリュー脱落後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合は、点数を記載する。（項番 184）

(30)　その他について

全体の「その他」欄に記載する。

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

(31)　その他の項目について

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

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

ウ　電子的歯科診療情報連携体制整備加算又は在宅医療ＤＸ情報活用加算は、全体の「その他」欄に点数を記載する。

(32)　「点数」欄について

「初診」欄から全体の「その他」欄までのそれぞれの合計点数を記載する。

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

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

また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様とする。

(33)　「合計」欄について

請求する医療保険に係る合計点数を記載する。

(34)　「一部負担金額」欄について

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(35)　「公費分点数」欄について

ア　「請求」の項は、第１公費に係る合計点数を記載する。なお、第２公費に係る合計点数があ

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

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

(36)　「患者負担額（公費）」欄について

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

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

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

(37)　その他

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

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

また、その記載に当たっては、医科の記載要領に準拠して記載し、「歯冠修復及び欠損補綴」等歯科独自の診療行為は「摘要」欄に診療行為名、点数及び必要事項を記載する。

イ　「処置・手術」等のうち、該当する記載欄を設けていないが頻度の高いものは、「処置・手

術」等の「その他」欄に予め印刷しても差し支えない。

ウ　平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と表示する。なお、同月内に同患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分し「摘要」欄に記載する。

エ　公費負担医療のみの場合において、請求点数を後期高齢者医療の診療報酬点数表による場合は、「特記事項」欄に「後保」と表示する。

オ　高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えた場合は、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長２」と記載する。ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に健康保険法施行令第 42 条第６項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えて受領している場合で現物給付化することが困難な場合を除く。

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

キ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第５号、第７号又は第８号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載する。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第５号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の診療報酬請求項目と区別して記載すること。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第２条第 12 号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「器選」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

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

ケ　「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求は、「特記事項」欄に「制超」と記載する。

　また、実施したリハビリテーションごとに、「摘要」欄に「リハ選」と記載し、併せて「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載する。

コ　自己負担限度額特例対象被扶養者等は、「特記事項」欄に「高半」と記載する。

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

シ　電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合は、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求し、各規定により「摘要」欄に算定日（初回算定日及び前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く。）を記載する点数は、その記録を省略しても差し支えない。ただし、平成 24 年３月診療以前分は、「摘要」欄に算定日を記載する点数の各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記載する。

ス　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第５号の２又は第７号の２に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。

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

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

タ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得

145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

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

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

テ　70 歳未満で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（ア））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（３割））が提示又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療資格確認書情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多ア」と記載すること。

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

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

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

ヌ　70 歳未満で「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減

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

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

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

ハ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））かつ特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医

療資格確認書情報が提供かつ特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多カ」と記載すること。

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

※　ネからヒまでについては、令和４年 10 月１日から適用する。令和４年９月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあってはチ及びニに従い、従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

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

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

Ⅳ　調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第１　調剤報酬請求書に関する事項（様式第４）

１　「令和　年　月分」欄について

調剤年月又は外来服薬支援料１、服用薬剤調整支援料２、服薬情報等提供料３若しくは退院時共同指導料を算定した年月（以下「調剤年月等」という。）を記載すること。したがって、調剤年月等の異なる調剤報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの調剤年月分等について調剤報酬請求書を作成すること。なお、調剤年月等の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

２　「薬局コード」欄について

それぞれの薬局について定められた薬局コード７桁を記載すること（別添２「設定要領」の第４を参照）。

３　「別記　　殿」欄について

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

（例）　別記　　全国健康保険協会理事長
　　千代田区長
　　東京都知事

４　「令和　年　月　日」欄について

調剤報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

５　「保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名」欄について

（１）　保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名については、保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については開設者から調剤報酬につき委任を受けている場合は、保険薬局の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

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

６　「医療保険」欄について

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

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

（２）　「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「処方箋受付回数」欄には明細書の受付回数の合計を、「点数」欄には明細書の「請求」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「一部負担金」欄の「保険」の項に係る「一部負担金」の項の合計を記載すること。

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

（３）　「①合計」欄には、「医保（７０以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（７０以上７割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（６歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。なお、処方箋受付回数及び点数については、記載を省略して差し支えない。

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

７　「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

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

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

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

に記載すること。したがって、医療保険と２種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、１枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は２件となること。

（３） 「処方箋受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（４） 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。

（５） 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

８ 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

（１） 公費負担医療のみで２種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。

公費負担医療が２種の場合、例えば、感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法による医療扶助に係る分とを併せて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載して当該公費負担医療に係る分を記載すること。

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

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

（３） 「処方箋受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（４） 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

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

９ 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

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

なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添２の別表１「法別番号及び制度の

略称表」により示すとおりであること。

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

（３） 「処方箋受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「①」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（４） 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

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

10 「②合計」欄について

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

11 「総件数①＋②」欄について

「①合計」及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

12 その他

（１） 請求に係る月の処方箋受付回数を「備考」欄に記載すること。

（２） 服薬管理指導料４ロ、服薬管理指導料４ハ、服用薬剤調整支援料、服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料を算定した月とその基となる調剤月が異なる場合は、「処方箋受付回数」は調剤月について計上すること。また、14 日分を超える投薬若しくは後発医薬品に係る分割調剤の調剤基本料を算定する場合、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤を行う場合、調剤管理料（在宅協力薬局が当該分析、評価を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）又は服薬管理指導料４ロ、服薬管理指導料４ハ、服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、服用薬剤調整支援料、外来服薬支援料１、外来服薬支援料２（在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）、退院時共同指導料、経管投薬支援料、調剤後薬剤管理指導料１、調剤後薬剤管理指導料２若しくは在宅移行初期管理料のみの算定を行っている場合は、「件数」としては１件、「受付回数」としては０件として計上すること。

第１の２　調剤報酬請求書に関する事項（様式第９）

調剤報酬請求書に関する事項については、次に掲げる事項を除き、第１の例によること。

なお、「３　「別記　　殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えるものであること。

１　「後期高齢者医療」欄について

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

（２） 「件数」欄、「処方箋受付回数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄については、第１の６の（２）と同様であること。この場合、第１の６の（２）中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と読み替えるものであること。

（３） 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあっては、「後期高齢一般・低所得」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢一般・低

所得」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

２　「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

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

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

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

（３）　「処方箋受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（４）　「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。

（５）　「一部負担金」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

第２　調剤報酬明細書の記載要領（様式第５）

１　調剤報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

（１）　明細書は、白色紙黒色刷りとすること。

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

（３）　同一患者につき、同一医療機関の保険医が交付した処方箋に係る調剤分については、一括して１枚の明細書に記載すること。ただし、歯科と歯科以外の診療科の処方箋については、それぞれ別の明細書に記載すること。また、外来服薬支援料１、服用薬剤調整支援料２、服薬情報等提供料３及び退院時共同指導料に係る明細書については、処方箋に基づく調剤分に係る明細書とは別とし、それぞれ単独の明細書とすること。

（４）　１枚の処方箋の使用期間が次月にまたがる場合については、当該処方箋に係る調剤実行為を行った月の調剤分として請求すること。

（５）　服用薬剤調整支援料２は、服用中の薬剤の調整について処方医に文書を用いて提案した月の分として請求すること。

（６）　服薬情報等提供料は、算定の対象となる情報提供を実施した月の分として請求すること。

（７）　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、算定の対象となる訪問薬剤管理指導を実施した月の分として請求すること。

（８）　在宅移行初期管理料は、当該患者について初めて在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理

指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を算定する月の分として請求すること。

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

(10) １枚の明細書に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、調剤年月等、薬局コード、患者氏名、保険種別（例：１社・国　１単独　２本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担者番号）、被保険者資格に係る記号・番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

(11) 電子計算機の場合は、以下によること。

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

イ　枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

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

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

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

２　調剤報酬明細書に関する事項

（１）「令和　年　月分」欄について

調剤年月等を記載すること。

（２）「都道府県番号」欄について

別添２の設定要領の別表２に掲げる都道府県番号表に従い、保険薬局の所在する都道府県の番号を記載すること。

（３）「薬局コード」欄について

それぞれの薬局について定められた薬局コード７桁を記載すること（別添２「設定要領」の第４を参照）。

（４）「保険種別１」、「保険種別２」及び「本人・家族」欄について

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

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険　　１　社・国

公費負担医療（健康保険、国民健康保険又は後期高齢者医療との併用の場合を除く。）　　２　公費

後期高齢者医療　　３　後期

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

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

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

ウ　「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち１つを〇で囲むこと。なお、未就学者である患者は「４」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「８」又は「０」を〇で囲むこととする。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

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

なお、「２　本外」（若しくは「２　本」）、「４　六外」（若しくは「４　六」）、「６　家外」（若しくは「６　家」）、「８　高外一」（若しくは「８　高一」）又は「０　高外７」（若しくは「０　高７」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

２　本人外来	２　本外
４　未就学者外来	４　六外
６　家族外来	６　家外
８　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来	８　高外一
０　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付外来	０　高外７

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

エ　電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

（ア）　当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

（イ）　選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

（５）　「保険者番号」欄について

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

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

（６）　「給付割合」欄について

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

（７）　「被保険者資格に係る記号・番号」欄について

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

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

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

（８）「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

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

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

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

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

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

(10)　「氏名」欄について

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

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

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

ウ　生年月日は以下によること。

（ア）　該当する元号を〇で囲み、生まれた年月日を記載すること。

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

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

(11)　「職務上の事由」欄について

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

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、それぞれ１枚の明細書の取扱いとすること。

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

１　職上（職務上）、　２　下３（下船後３月以内）、　３　通災（通勤災害）

(12)　「特記事項」欄について

該当するものについては、Ⅱの第３の２の(13)と同様とすること。

(13)　「保険薬局の所在地及び名称」欄について

ア　保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。また、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

イ　麻薬を調剤した場合は、麻薬小売業の免許番号を欄の下部に「麻：〇〇〇〇〇〇〇〇〇号」と記載すること。

(14)　「保険医療機関の所在地及び名称」欄、「都道府県番号」欄、「点数表番号」欄及び「医療機関コード」欄について

処方箋を発行した保険医（以下「処方医」という。）が診療に従事する保険医療機関の所在地、名称、都道府県番号、点数表番号及び医療機関コードを処方箋に基づいて記載すること。また、外来服薬支援料１、服用薬剤調整支援料２、服薬情報等提供料３及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に所在地及び名称をカタカナで記載しても差し支えないこと。

(15)　「保険医氏名」欄について

処方医である医師又は歯科医師の姓名を記載すること。

なお、同一医療機関で同一患者に対し、異なる医師又は歯科医師が処方箋を発行した場合には、当該欄に当該処方医の姓名を１の項から順番に記載すること。処方箋を発行した医師又は歯科医師の数が 10 人を超えた場合は、「摘要」欄に１１以降の番号を付して医師又は歯科医師の姓名を記載すること。また、外来服薬支援料１、服用薬剤調整支援料２、服薬情報等提供料３及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

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

(16)　「受付回数」欄について

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

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

イ　同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に交付された処方箋を同一日に受け付けた場合は、複数診療科に係るものであっても枚数にかかわらず受付回数は１回となること。ただし、歯科診療に係る処方箋とそれ以外の処方箋についてはこの限りでない。また、以

下に掲げる調剤又は薬学管理料を算定すべき薬学管理のみを行った場合については、受付回数としては計上しないこと。

（ア） 14 日分を超える投薬又は後発医薬品に係る分割調剤に係る調剤基本料を算定すべき調剤

（イ） 医師の指示による分割調剤に係る当該保険薬局における２回目以降の調剤

（ウ） 調剤管理料（在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）

（エ） 服薬情報等提供料

（オ） 在宅患者訪問薬剤管理指導料

（カ） 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

（キ） 在宅患者緊急時等共同指導料

（ク） 服薬管理指導料４ロ及び４ハ

（ケ） 服用薬剤調整支援料

（コ） 外来服薬支援料１

（サ） 外来服薬支援料２（在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）

（シ） 退院時共同指導料

（ス） 経管投薬支援料

（セ） 調剤後薬剤管理指導料

（ソ） 在宅移行初期管理料

（タ） 訪問薬剤管理医師同時指導料

（チ） 複数名薬剤管理指導訪問料

(17) 「医師番号」欄から「加算料」欄について

「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合であっても、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法による医療扶助との併用の場合は、生活保護法による医療扶助に係る調剤が該当するものであること。

(18) 「医師番号」欄について

当該処方箋を発行した医師又は歯科医師の「保険医氏名」欄の該当番号を記載すること。ただし、処方箋を発行した医師又は歯科医師が１枚の明細書において１名の場合は、番号の記載を省略しても差し支えないこと。

(19) 「処方月日」欄について

処方箋が交付された月日を記載すること。

(20) 「調剤月日」欄について

保険薬剤師が調剤した月日を記載すること。

なお、「処方月日」欄の月と調剤した月とが同一の場合は、月の記載を省略しても差し支えないこと。

(21) 「処方」欄について

ア 所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあっては１剤１日分、湯薬にあっては内服薬に準じ１調剤ごとに１日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬に

あっては１調剤分）ごとに調剤した医薬品名、用量（内服薬及び湯薬については、１日用量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬（ただし、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。以下同じ。）を除く。）については、投薬全量、屯服薬については１回用量及び投薬全量）、剤形及び用法（注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。）を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せて記載すること。また、貼付剤の用量については、貼付剤の枚数としての投薬全量を記載するとともに、貼付剤の枚数としての１日用量又は投与日数を併せて記載すること。

ただし、服用時点が同一であっても投薬日数が異なる内服薬に係る調剤及び同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数１回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、それぞれ別の欄（線により区切られた部分をいう。以下同じ。）に記載すること。

イ　特別調剤基本料Ａ又は特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局において、１処方につき７種類以上の内服薬の調剤を行い、薬剤料を所定点数の 100 分の 90 に相当する点数で算定した場合は、該当の「処方」欄の薬剤名の下に「薬剤料逓減（90/100）（内服薬）」と表示すること。

ウ　異なる調剤日に調剤を行った場合又は同一処方を異なった医師が発行した場合であっても、調剤数量以外の処方内容が同一である場合には１欄の記載のみで差し支えないこと。ただし、この場合であっても、前イに該当する調剤日と該当しない調剤日の調剤については、それぞれ別の「処方」欄として記載すること。

エ　医薬品名は原則として調剤した薬剤の名称、剤形及び含量を記載すること。

オ　剤形は「内服」、「内滴」、「屯服」、「浸煎」、「湯」、「注射」、「外用」と記載すること。

カ　医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局については、所定単位当たりの薬剤料が 175 円以下の場合は医薬品名、規格、用量の記載を省略しても差し支えないが、剤形及び用法は記載すること。

なお、次の場合は医薬品名、規格、用量、剤形、用法を記載するものであること。

（ア）　自家製剤加算（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合を含む。以下同じ。）、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、計量混合調剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）及び外来服薬支援料２（在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合を除く。）を算定した場合

（イ）　同一処方箋により、２以上の医薬品を用いて内服薬を調剤した場合であって、別剤として薬剤調製料及び調剤管理料を算定した場合

（ウ）　前イの薬剤料逓減に該当する場合

キ　特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針及び「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成 20 年３月厚生労働省告示第 61 号）の別表のⅠに規定されている特定保険医療材料）を支給した場合は、他の処方とは別の欄に名称及びセット数等を記載すること。この場合、剤形は「材料」とすること。また、支給月日は「調剤月日」欄に、支給回数は「調剤数量」欄に、単位材料料は「単位薬剤料」欄に、材料料は「薬剤料」欄にそれぞれ記載すること。

ク　同一明細書の同一「処方」欄において、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、

当該「処方」欄の公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。

ケ　電子計算機の場合は、カタカナで記載しても差し支えないこと。

コ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第４号又は第６号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第３の２の(20)のカの(ウ)の例により「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

サ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第２条第 15 号に基づき、長期収載品を選定療養として調剤した場合は、当該医薬品名の後に「（選）」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（選）	１錠	
△△△錠	１錠	１７×５

また、長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合は、理由について、別表Ⅰに示す項目を参照して記載すること。

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。

ス　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第３条に基づき、対象医薬品を一部保険外療養として調剤した場合（対象医薬品について特別の料金の対象とする場合）は、当該対象医薬品名の後に「（類）」を記載し、所定単位につき、一部保険外療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（類）	１錠	
△△△錠	１錠	１７×５

(22)　「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の１単位（内服薬にあっては１剤１日分、湯薬にあっては内服薬に準じ１調剤ごとに１日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあっては１調剤分）当たりの薬剤料を記載すること。

なお、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、行を改めて公費負担医療に係る薬剤料を記載し、当該薬剤料にアンダーラインを付すか、又はその左側に「＊」を付すこと。

(23)　「調剤数量」欄について

ア　「処方」欄記載の処方内容に係る調剤の単位数（内服薬及び湯薬にあっては投薬日数、内服用滴剤、浸煎薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあっては調剤回数）を調剤月日ごとに記載すること。

イ　分割調剤の場合は以下によること。

（ア）　14 日分を超える投薬に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に 分 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、分 に代えて「Ｂ」と記載することも差し支えないものであること。

（イ）　後発医薬品に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に 試 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、試 に代えて「Ｔ」と記載することも差し支えないものであること。

（ウ）　医師の分割指示に係る分割調剤を行う場合は、単位数及び医の記号を付した総単位数を

記載すること。なお、電子計算機の場合は、医に代えて「Ｄ」と記載することも差し支えないものであること。

(24)　「薬剤調製料　調剤管理料」欄について

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

なお、内服薬及び湯薬について、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。

(25)　「薬剤料」欄について

「処方」欄の所定単位当たりの薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数を記載すること。なお、前(21)のイの薬剤料逓減に該当する場合は、薬剤料の所定点数の下に、算定点数から所定点数を控除して得た点数を△書きにより記載すること。この場合、薬剤料の逓減に該当する場合であっても、控除して得た点数が０点となるものについては記載しない。

(26)　「加算料」、「調剤基本料」、「時間外等加算」及び「薬学管理料」欄について

ア　通則

各欄又は「摘要」欄への調剤行為等の名称（以下この項において単に「名称」という。）、回数及び点数の記載方法は、次のイからオまでのとおりであること。また、名称、回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は、別表Ⅰ「調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」の
とおりであること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰ（令和８年６月１日適用の旨が表示されたコードに限る。）のコードについては、令和８年 10 月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。

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

イ　「加算料」欄について

（ア）　麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、自家製剤加算、計量混合調剤加算、予製剤加算、無菌製剤処理加算又は外来服薬支援料２を算定した場合は、当該名称を記載して加算点数（無菌製剤処理加算においては加算点数に日数を乗じた点数）の合計点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあっては「０」）を記載すること。

また、外来服薬支援料２の算定対象となる剤が複数ある場合は、外来服薬支援料２を算定する点数に対応する投薬日数が分かるように、原則として、当該日数が「調剤数量」欄

に記載されている剤の欄に（当該日数の剤が複数ある場合は、いずれかの１欄にのみ）、外来服薬支援料２に係る点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあっては「０」）を記載すること。

ただし、同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数１回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、これに該当する場合であっても、これらの加算又は外来服薬支援料２はどちらか１欄にのみ記載すること。

（イ） 外来服薬支援料２については、上記（ア）のほか、外来服薬支援料２の算定対象となる剤が複数ある場合は、一包化を行った全ての剤の「加算料」欄に名称を記載すること。

（ウ） 調剤基本料に対応する加算点数、夜間・休日等加算に係る点数については本欄には記載しないこと。

（エ） 電子計算機の場合は、麻 等の□を省略して記載しても差し支えないこと。以下、麻 等の略号を使用する場合について同様であること。

（オ） １行で記載できない場合は、同欄において行を改めて記載しても差し支えないこと。

ウ 「調剤基本料」欄について

（ア） 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公費及び第２公費に係る調剤基本料（地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準の届出を行った場合等にあっては、調剤基本料に地域支援・医薬品供給対応体制加算１、地域支援・医薬品供給対応体制加算２、地域支援・医薬品供給対応体制加算３、地域支援・医薬品供給対応体制加算４若しくは地域支援・医薬品供給対応体制加算５、連携強化加算、バイオ後続品調剤体制加算、在宅薬学総合体制加算１、在宅薬学総合体制加算２イ若しくは在宅薬学総合体制加算２ロ、又は区分番号００の注３、注４、注８若しくは門前薬局等立地依存減算を適用して算出した点数。）に処方箋受付回数を乗じた点数、電子的調剤情報連携体制整備加算については月１回分の点数、14 日分を超える投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を行った場合は算定可能な分割調剤の回数に５点を乗じた点数を記載すること。また、記載した点数の上部に該当する調剤基本料及びその加算等について、名称を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

（イ） 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する調剤基本料及びその加算等の名称及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「調剤基本料」欄に記載すること。

（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。

エ 「時間外等加算」欄について

（ア） 調剤基本料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算若しくは時間外加算の特例又は薬剤調製料に係る夜間・休日等加算を算定した場合（ただし、医師の指示による分割調剤の場合を除く。）は、名称を「保険」の項の上欄に記載すること。

（イ） リフィル処方箋による調剤については、「リ１／２」のように、リフィル処方箋の総使用回数に対する当該調剤を行う回数を「時間外等加算」欄に記載すること。なお、電子計算機の場合は、それぞれの回数に対応するものを記載すること。

（ウ） 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公費及び第２公費に係る時間外等の加算点数を記載

すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

オ　「薬学管理料」欄について

（ア）　医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の上欄には、算定した薬学管理料（薬学管理料の加算及びその他の項目を含む。以下同じ。）の名称と回数を下記により記載すること。

①　調剤管理料の加算である調剤時残薬調整加算又は薬学的有害事象等防止加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

②　服薬管理指導料の「１」のイ若しくはロ、「２」のイ若しくはロ、「３」、「４」のイ、ロ、ハ若しくはニ又は注 17 の特例を算定した場合は該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。また、麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算１、特定薬剤管理指導加算２、特定薬剤管理指導加算３、乳幼児服薬指導加算、小児特定加算又は吸入薬指導加算、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算又はかかりつけ薬剤師訪問加算を算定した場合は、服薬管理指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

③　外来服薬支援料１を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

④　施設連携加算を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑤　服用薬剤調整支援料１又は服用薬剤調整支援料２を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数を記載すること。

⑥　調剤後薬剤管理指導料の「１」又は「２」を算定した場合は、該当する名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

⑦　在宅患者訪問薬剤管理指導料の「１」、「２」又は「３」を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、乳幼児加算、小児特定加算又は在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

⑧　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の「１」又は「２」を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、乳幼児加算、小児特定加算、在宅中心静脈栄養法加算、夜間訪問加算、休日訪問加算又は深夜訪問加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

⑨　在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、乳幼児加算、小児特定加算又は在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

⑩　退院時共同指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑪　服薬情報等提供料の「１」、「２」のイ、ロ若しくはハ又は「３」を算定した場合は、該当する名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

⑫　経管投薬支援料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑬　在宅移行初期管理料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑭　訪問薬剤管理医師同時指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑮　複数名薬剤管理指導訪問料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑯　在宅基幹薬局が、在宅協力薬局で行われた調剤に係る調剤管理料及び外来服薬支援料２を算定する場合、本欄に該当する名称及びその回数をそれぞれ記載すること。なお、その際の時間外等加算については、前エのとおり記載すること。

⑰　調剤ベースアップ評価料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑱　調剤物価対応料を算定した場合は、名称を記載すること。

（イ）　医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公費及び第２公費に係る薬学管理料の合計点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のエを参照すること。

（ウ）　本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する薬学管理料又は加算の名称及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「薬学管理料」欄に記載すること。

（エ）　前(ア)の⑯の場合を除き、調剤管理料及び外来服薬支援料２に係る点数については本欄に記載せず、前(24)及び前(26)のイのとおり記載すること。

(27)　「摘要」欄について

ア　介護保険に相当するサービスを行った場合について、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費により訪問指導を行った日を「摘要」欄に記載すること。その場合、当該請求月の最終算定時の要支援度又は要介護度を記載すること。

イ　その他請求内容について特記する必要があればその事項を記載すること。

ウ　「摘要」欄に記載しきれない場合においては、「処方」欄下部の余白部分に必要事項を記載しても差し支えないこと。

(28)　「公費分点数」欄について

ア　「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る調剤報酬点数を記載することとするが、調剤報酬点数が「薬剤調製料　調剤管理料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

イ　前(21)のイの薬剤料逓減に該当する場合は、各公費負担医療の調剤報酬点数の下に前(25)において△書きにより記載した点数のうち、当該公費に係る算定点数から所定点数を控除して得た点数を△書きにより記載すること。この場合、薬剤料の逓減に該当する場合であっても、控除して得た点数が０点となるものについては記載しない。

ウ　医療保険と併用される公費負担医療において、医療保険単独の処方の場合は「公費分点数」欄には、「０」と記載すること。なお、公費負担医療の併用の場合も同様とすること。

エ　「薬剤調製料　調剤管理料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と異なる公費負担医療が２種以上あるときは、「公費分点数」欄を縦に区分し、左から順次「第１公費」、「第２公費」の順で当該公費に係る調剤報酬点数を記載すること。なお、「薬剤調製料　調剤管理料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ調剤報酬点数の公費負担医療がある場合は、縦に区分すること及び調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(29)　「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

ア　「請求」欄には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公

費及び第２公費に係る合計点数（分割調剤に係るものについては当該分割調剤の分割調剤技術料、薬剤料及び特定保険医療材料料の合計点数を、それ以外については「調剤報酬点数」欄、「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄の合計点数を計算し、それぞれ合算したものをいう。(30)において同じ。）を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

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

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

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

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

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

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

（イ）　健康保険法施行令第 43 条第１項並びに同条第５項、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項並びに同条第３項又は高齢者医療確保法施行令（昭和 57 年政令第 293 号）第 16 条第１項並びに同条第３項の規定が適用される者の場合は、これらの規定により算定した額（この額に１円未満の端数がある場合において、その端数金額が 50 銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が 50 銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

（ウ）　健康保険法施行令第 43 条第１項第２号ニ、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号ニに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項第１号ニに掲げる者の場合

は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。

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

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

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

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

エ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第１公費及び第２公費に係る調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合はウの(ア)により記載した額を、金額の記載を要しないものの場合は 10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法との併用の場合には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載すること。

また、障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額については、10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用（高額療養費が現物給付された場合に限る。）の場合に 10 円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

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

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、難病法による特定医療又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係

る患者の負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の２割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該２割相当の額(「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入する前の額。)を「一部負担金額」の項に記載すること。

(30)　その他

ア　高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長２」と記載すること。

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

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

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

（イ）　「職務上の事由」欄は記載しないこと。

（ウ）　生活保護法による医療扶助に係る処方箋受付回数は「受付回数」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「受付回数」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「受付回数」欄の「公費②」の項に記載すること。

（エ）　生活保護法による医療扶助に係る調剤基本料は「調剤基本料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「調剤基本料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「調剤基本料」欄の「公費②」の項に記載すること。

（オ）　生活保護法による医療扶助に係る調剤基本料の時間外等加算は「時間外等加算」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「時間外等加算」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「時間外等加算」欄の「公費②」の項に記載すること。

（カ）　生活保護法による医療扶助に係る薬学管理料は「薬学管理料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「薬学管理料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「薬学管理料」欄の「公費②」の項に記載すること。

（キ）　「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、生活保護法による医療扶助に係る医師番号等を記載すること。

（ク）　「公費分点数」欄は縦に２区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者総合支援法による精神通院医療等に係る調剤報酬点数を記載することとするが、生活保護法による医療扶助に係る調剤報酬点数と同じものがある場合は、縦に２区分するこ

と及び当該調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

（ケ） 生活保護法による医療扶助に係る合計点数は「請求」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数は「請求」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る合計点数は「請求」欄の「公費②」の項に記載すること。

ウ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第５号、第７号又は第８号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第５号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の調剤報酬請求項目と区別して記載すること。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第２条第 12 号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「器選」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

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

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

カ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第１条第５号の２又は第７号の２に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。

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

ク　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示若しくは限度額適用

認定証情が提供された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。

ケ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

コ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。

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

シ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））が提示若しくは後期高齢者医療資格確認書情報が提供された場合、又は「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他

の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示若しくは後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区カ」と記載すること。

ス　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（１割））が提示若しくは後期高齢者医療資格確認書情報が提供された場合、又は「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示若しくは後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区キ」と記載すること。

※　シ及びスについては、令和４年 10 月１日から適用する。令和４年９月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあってはコに従い、従前どおり「区エ」を使用されたい。

セ　医師の分割指示に係る分割調剤を行った場合は、「医師番号」欄、「処方月日」欄及び「調剤月日」欄に当該分割調剤に係る医師番号、処方月日及び調剤月日を記載すること。また、「処方」欄に指示された分割回数及び当該分割調剤が何回目の分割調剤に相当するかを記載するほか、当該分割調剤における調剤基本料及びその加算等の名称及び点数、薬剤調製料及びその加算並びに調剤管理料及びその加算等の名称及び点数、薬学管理料及びその加算の名称及び点数を記載するとともに、分割調剤技術料（当該分割調剤における調剤基本料及びその加算等、薬剤調製料及びその加算並びに薬学管理料の点数を合算し、当該合算点数を分割指示回数で除し、小数点以下第一位を四捨五入して得た点数をいう。）を併せて記載すること。ただし、服薬情報等提供料については、分割指示回数で除さず、「薬学管理料」欄に名称、回数及び点数を記載すること。

ソ　電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合については、調剤基本料及び薬学管理料を算定した年月日を記録して請求すること。

別表Ⅰ　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧　（医科）

項番	区分	診療行為名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和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部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			（注5のただし書に規定する2つ目の診療料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つ目の診療料(初診料)：******		※
				830100002	2つ目の診療料(初診料)：******		
			（情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合） 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100990	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(初診料)		
			（情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100816	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(初診料)		
2	A001	再診料	（再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			（同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合） 同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある旨を記載すること。	112008350	同日再診料	○	
				112024950	同日再診料(情報通信機器)	○	
				112016850	同日特定妥結率再診料	○	
				112025150	同日特定妥結率再診料(情報通信機器)	○	
				112008850	同日電話等再診料	○	
				112023450	同日電話等再診料(30年3月以前継続)	○	
				112016950	同日電話等特定妥結率再診料	○	
				112023750	同日電話等特定妥結率再診料(30年3月以前継続)	○	
			（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つ目の診療料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つ目の診療料(再診料)：******		※
				830100003	2つ目の診療料(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)		※
			（再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			（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。	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つ目の診療料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つ目の診療料(外来診療料)：******		※
				830100004	2つ目の診療料(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） [記載例1] 入院元であるXXX病院は急性期一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100006	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(救急・在宅等支援病床初期加算);******		
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100007	直近の入院医療機関名及び退院年月日(救急・在宅等支援病床初期加算);******		
7	A101	療養病棟入院基本料	（必要があって患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100008	他の病棟又は病床へ移動させた医療上の必要性(療養病棟入院基本料);******		
			（患者の急性増悪により、療養病棟入院基本料を算定する病棟において、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合であって、療養病棟入院基本料の入院料27を算定した場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100009	医療上の必要性(療養病棟入院基本料);******		
			（回復期リハビリテーション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);******		
				830100011	入院元(在宅患者支援療養病床初期加算);******		
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100012	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(急性期患者支援療養病床初期加算);******		
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100015	直近の入院医療機関名及び退院年月日(在宅患者支援療養病床初期加算);******		
9	A103	精神病棟入院基本料の重度認知症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。 （月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。）	830100016	算定根拠となる評価(重度認知症加算(精神病棟入院基本料));******		
				850100013	評価年月日(重度認知症加算(精神病棟入院基本料));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
10	A104	特定機能病院入院基本料の重度認知症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。 （月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。）	830100455	算定根拠となる評価(重度認知症加算(特定機能病院精神病棟入院基本料));******		
				850100386	評価年月日(重度認知症加算(特定機能病院精神病棟入院基本料));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
11	A106	障害者施設等入院基本料	（一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当する場合） 「特」と記載すること。	190161210	特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)	○	
				190161310	特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)(夜勤時間超過減算)	○	
			（一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当しない場合） 「特外」と記載し、その理由（悪性新生物に対する治療を行っている、など）を簡潔に記載すること。	830100472	「特外」理由(障害者施設等入院基本料);******		
12	A109	有床診療所療養病床入院基本料	（必要があって患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100018	他の病棟又は病床へ移動した医療上の必要性(有床診療所療養病床入院基本料);******		
			（患者の急性増悪により、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病室において、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合であって、有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Eを算定した場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100019	同一の保険医療機関の療養病床以外又は別の保険医療機関の一般病棟等以外へ転院する医療上の必要性(有床診療所療養病床入院基本料);******		
13	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所急性期患者支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100800	入院元(有床診療所急性期患者支援病床初期加算);******		
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100801	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(有床診療所急性期患者支援病床初期加算);******		
14	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所在宅患者支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100802	入院元(有床診療所在宅患者支援病床初期加算);******		
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100803	直近の入院医療機関名及び退院年月日(有床診療所在宅患者支援病床初期加算);******		
15	A109	有床診療所療養病床入院基本料の有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100020	入院元(有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算);******		
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100021	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算);******		
16	A109	有床診療所療養病床入院基本料の有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100779	入院元(有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算);******		
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100022	直近の入院医療機関名及び退院年月日(有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算);******		
17	A200	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
			(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):******		
				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		
18	A205の1	救急医療管理加算1	以下の内容について、記載すること。 ア「基本診療料の施設基準等」の別表七の三(以下この項において「別表」という。)別表の一から十二までのうち該当する状態 イ　別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標(P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びに FiO2 を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。) ウ　当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの エ　重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であってJCS(Japan Coma Scale)0の状態、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の状態、別表の四に掲げる状態であってNYHA Ⅰ 度の状態、又は別表の八に掲げる状態(顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。)であってBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	820100411	五　急性薬物中毒(救急医療管理加算1)		
				820100412	六　ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg以上		
				820100413	六　ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg未満		
				820100414	六　ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用なし		
				820100415	六　ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用あり		
				842100001	七　重篤な代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)AST値:******		
				842100002	七　重篤な代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)ALT値:******		
				842100003	七　重篤な代謝障害(腎不全)(救急医療管理加算1)eGFR値:******		
				842100004	七　重篤な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)JDS値:******		
				842100005	七　重篤な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)NGSP値:******		
				842100006	七　重篤な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)随時血糖値:******		
				830100023	七　重篤な代謝障害(その他)(救急医療管理加算1)具体的な状態:******		
				820100416	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index　9以上		
				820100417	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index　4以上9未満		
				820100418	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index　1以上4未満		
				820101049	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index　0		
				820100419	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷なし		
				820100420	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷あり		
				820100421	九　外傷、破傷風等で重篤な状態(救急医療管理加算1)		
				820100808	十　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt－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0427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)NGSP値:******		
				842100012	七　重篤な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)随時血糖値:******		
				830100025	七　重篤な代謝障害(その他)(救急医療管理加算2)具体的な状態:******		
				820100445	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index　9以上		
				820100446	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index　4以上9未満		
				820100447	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index　1以上4未満		
				820101055	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index　0		
				820100448	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2):気道熱傷なし		
				820100449	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2):気道熱傷あり		
				830100642	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2)Burn Index　0：顔面熱傷又は気道熱傷なしの場合は、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠:******		
				820100450	九　外傷、破傷風等で重篤な状態(救急医療管理加算2)		
				820100451	十　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt－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　エムポックス(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101060	エ　重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101061	オ　腎症候性出血熱(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101062	カ　ニパウイルス感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101063	キ　ハンタウイルス肺症候群(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101064	ク　ヘンドラウイルス感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101065	ケ　インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101066	コ　後天性免疫不全症候群(ニューモシスチス肺炎に限る。)(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101067	サ　麻しん(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101068	シ　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		

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　カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101071	ソ　感染性胃腸炎(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101072	タ　急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101073	チ　新型コロナウイルス感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101074	ツ　侵襲性髄膜炎菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101075	テ　水痘(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101076	ト　先天性風しん症候群(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101077	ナ　バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101078	ニ　バンコマイシン耐性腸球菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101079	ヌ　百日咳(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101080	ネ　風しん(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101081	ノ　ペニシリン耐性肺炎球菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101082	ハ　無菌性髄膜炎(特定感染症入院医療管理加算)		
				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　基質特異性拡張型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　エムポックス(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101090	エ　重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101091	オ　腎症候性出血熱(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101092	カ　ニパウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101093	キ　ハンタウイルス肺症候群(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101094	ク　ヘンドラウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101095	ケ　インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101096	コ　麻しん(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101097	サ　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101098	シ　RSウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101099	ス　カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101100	セ　感染性胃腸炎(病原体がノロウイルスであるものに限る。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101101	ソ　急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101102	タ　新型コロナウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101103	チ　侵襲性髄膜炎菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101104	ツ　水痘(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101105	テ　先天性風しん症候群(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101106	ト　バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101107	ナ　バンコマイシン耐性腸球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101108	ニ　百日咳(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101109	ヌ　風しん(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101110	ネ　ペニシリン耐性肺炎球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101111	ノ　無菌性髄膜炎(病原体がパルボウイルスB19 によるものに限る。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101112	ハ　薬剤耐性アシネトバクター感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101113	ヒ　薬剤耐性緑膿菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		

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 流行性耳下腺炎(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101115	ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(急性灰白髄炎)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101116	ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(結核)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101117	ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(ジフテリア)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101118	ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(重症急性呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。))(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101119	ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。))(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101120	ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(特定鳥インフルエンザ)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101121	ホ 感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101122	マ 感染症法第6条第8項に規定する指定感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				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))		※
				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))		
23	A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算の陰圧室加算	陰圧室管理を必要とする原因となった感染症について、記載すること。	820101129	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(ジフテリア)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101130	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(重症急性呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。))(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101131	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。))(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101132	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(特定鳥インフルエンザ)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101133	カ 感染症法同法第6同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101134	キ 感染症法同法第6同条第8項に規定する指定感染症(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
24	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部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)	○	
				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)		
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。	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)		
			算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	

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
30	A230-4	精神科リエゾンチーム加算	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)		※
				820101342	自殺企図(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	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100026	加算を算定した入院年月日(褥瘡ハイリスク患者ケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算の(3)のアからケまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100826	ア ショック状態のもの		
				820100902	イ 重度の末梢循環不全のもの		
				820100827	ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの		
				820100903	エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの		
				820100828	オ 特殊体位による手術を受けたもの		
				820100904	カ 強度の下痢が続く状態であるもの		
				820100829	キ 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等)であるもの		
				820100830	ク 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの		
				820100831	ケ 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があって既に褥瘡を有するもの		
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	せん妄ハイリスク患者ケア加算	せん妄のリスク因子の確認結果について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別紙様式7の3に規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	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	ハイリスク患者に対するせん妄対策:認知機能低下に対する介入(見当識の維持等)		
				820100909	ハイリスク患者に対するせん妄対策:脱水の治療・予防(適切な補液と水分摂取)		
				820100837	ハイリスク患者に対するせん妄対策:リスクとなる薬剤(特にベンゾジアゼピン系薬剤)の漸減・中止		
				820100838	ハイリスク患者に対するせん妄対策:早期離床の取組		
				820100839	ハイリスク患者に対するせん妄対策:疼痛管理の強化(痛みの客観的評価の併用等)		
				820100840	ハイリスク患者に対するせん妄対策:適切な睡眠管理(非薬物的な入眠の促進等)		
				820100841	ハイリスク患者に対するせん妄対策:本人及び家族へのせん妄に関する情報提供		
				820100842	ハイリスク患者に対するせん妄対策:その他		
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(クロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量)を記載すること。	842100014	調整前の内服薬の種類数(薬剤調整加算):******		
				842100015	調整前の内服薬の種類数(クロルプロマジン換算量(mg)X(薬剤調整加算):******		
				842100016	調整後の内服薬の種類数(薬剤調整加算):******		
				842100017	調整後の内服薬の種類数(クロルプロマジン換算量(mg)X(薬剤調整加算):******		
			(当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合) 当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。	830100030	他の保険医療機関名(薬剤調整加算):******		
				842100018	当該保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤調整加算):******		
				842100019	他の保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤調整加算):******		
				842100020	当該保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤調整加算):******		
				842100021	他の保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤調整加算):******		
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	急性薬毒物中毒加算 1	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物を記載すること。	820101135	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):バルビタール系薬物		
				820101136	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):ブロムバレリル尿素		
				820101137	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):三環系・四環系抗うつ薬		
				820101138	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):アセトアミノフェン		
				820101139	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):サリチル酸		
				820101140	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):有機リン系農薬		
				820101141	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):カーバメート系農薬		
				820101142	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):グルホシネート		
				820101143	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):パラコート		
				820101144	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):メタンフェタミン		
				820101145	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):メタノール		
				820101146	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):青酸化合物		
				820101147	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):ヒ素化合物		
				830100811	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):その他:******		
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		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A302新生児特定集中治療室管理料の(1)のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	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部A302-2新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の(1)のアからケまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820101148	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ア 体外式膜型人工肺を実施している状態		
				820101149	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):イ 腎代替療法(血液透析、腹膜透析等)を実施している状態		
				820101150	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ウ 交換輸血を実施している状態		
				820101151	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):エ 低体温療法を実施している状態		
				820101152	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):オ 人工呼吸器を使用している状態(出生時体重が七百五十グラム未満である場合に限る。)		
				820101153	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):カ 人工呼吸器を使用している状態であって、一酸化窒素吸入療法を実施している状態		
				820101154	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):キ 人工呼吸器を使用している状態であって、胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している状態		
				820101155	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ク 手術術後に人工呼吸器を使用してる状態		
				820101156	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ケ 新興感染症や先天性感染症等の感染症患者であって、陰圧個室管理など厳重な感染対策を行いながら人工呼吸器を使用している状態(合併症として発生した感染症は除く。)		
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部A303総合周産期特定集中治療室管理料の(2)のアからキまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100487	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ア 合併症妊娠		
				820100488	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):イ 妊娠高血圧症候群		
				820100489	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ウ 多胎妊娠		
				820100490	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):エ 胎盤位置異常		
				820100491	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):オ 切迫流早産		
				820100492	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの		
				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の2	総合周産期特定集中治療室管理料 2 新生児集中治療室管理料	（新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合） 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重 1，500g以上		
				820100028	出生時体重 1，000g以上1，500g未満		
				820100029	出生時体重 1，000g未満		
				820101040	出生時体重 500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重 500g未満		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A302新生児特定集中治療室管理料の(1)のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100493	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ア 高度の先天奇形		
				820100494	該当するもの(新生児集中治療室管理料):イ 低体温		
				820100495	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ウ 重症黄疸		
				820100496	該当するもの(新生児集中治療室管理料):エ 未熟児		
				820100497	該当するもの(新生児集中治療室管理料):オ 意識障害又は昏睡		
				820100498	該当するもの(新生児集中治療室管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100499	該当するもの(新生児集中治療室管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100500	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ク 急性薬物中毒		
				820100501	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ケ ショック		
				820100502	該当するもの(新生児集中治療室管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		
				820100503	該当するもの(新生児集中治療室管理料):サ 大手術後		
				820100504	該当するもの(新生児集中治療室管理料):シ 救急蘇生後		
				820100505	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
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部A303-2新生児治療回復室入院医療管理料の、(2)のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100506	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ア 高度の先天奇形		
				820100507	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):イ 低体温		
				820100508	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ウ 重症黄疸		
				820100509	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):エ 未熟児		
				820100510	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):オ 意識障害又は昏睡		
				820100511	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100512	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100513	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ク 急性薬物中毒		
				820100514	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ケ ショック		
				820100515	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		
				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	（必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合） その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100031	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特殊疾患入院医療管理料):******		
53	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料	対象となる疾患の発症年月日、手術年月日又は損傷年月日及び入棟年月日並びに退棟年月日を記載すること。	850100029	対象疾患の発症年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100030	対象疾患の手術年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100031	対象疾患の損傷年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100032	入棟年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100033	退棟年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（入院までの間に算定開始日数控除対象入院料等において1日6単位以上の重点的なリハビリテーションが提供された場合） 当該日数を記載すること。	842100023	1日6単位以上のリハビリテーション提供日数(回復期リハビリテーション病棟入院料):******		
			（回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟から転院してきた患者であって、転院後継続して回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する場合） 転院前の保険医療機関における当該入院料の算定日数を記載すること。	842100024	転院前の算定日数(回復期リハビリテーション病棟入院料):******		
			（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第1章第2部第3節A308回復期リハビリテーション病棟入院料の(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） 当該患者の入棟月の診療報酬明細書に、実績指数の算出から除外する旨及びその理由を記載すること。	830100032	実績指数算出から除外する理由(回復期リハビリテーション病棟入院料):******		
			（必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合） その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100033	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(回復期リハビリテーション病棟入院料):******		
54	A308-3	地域包括ケア病棟入院料	（必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合） その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100034	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(地域包括ケア病棟入院料):******		
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病院は急性期一般入院料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	(必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100041	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特殊疾患病棟入院料);*******		
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)であった者が、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"		
			(当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合) 投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A311精神科救急急性期医療入院料の(3)のアヌはイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100040	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急急性期医療入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100519	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急急性期医療入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100520	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急急性期医療入院料):イ 患者事由により、投与を中止		
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100041	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急急性期医療入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100025	クロザピンの投与中止回数(精神科救急急性期医療入院料);*******		
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(精神科急性期治療病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合) 投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A311－2精神科急性期治療病棟入院料の(4)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100043	当該病棟におけるクロザピンの投与中止日(精神科急性期治療病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100521	クロザピンの投与中止の理由(精神科急性期治療病棟入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100522	クロザピンの投与中止の理由(精神科急性期治療病棟入院料):イ 患者事由により、投与を中止		
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100044	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科急性期治療病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100026	クロザピンの投与中止回数(精神科急性期治療病棟入院料);*******		
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"		
			(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)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	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"		
				820100523	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100524	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):イ 患者事由により、投与を中止		
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100047	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急・合併症入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100027	クロザピンの投与中止回数(精神科救急・合併症入院料);*******		
62	A312	精神療養病棟入院料	(必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100048	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(精神療養病棟入院料);*******		
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	(必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100050	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(認知症治療病棟入院料);*******		
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"		
			(必要があって患者を他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100054	患者を他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特定一般病棟入院料)(地域包括ケア);*******		
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・躯幹軟部腫瘍摘出術 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(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)		
				820101003	対象手術(短手1):緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術		
				820100533	対象手術(短手1):水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの		
				820101157	対象手術(短手1):水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの		
				820101158	対象手術(短手1):水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合		
				820101159	対象手術(短手1):水晶体再建術 3 計画的後嚢切開を伴う場合		
				820100534	対象手術(短手1):乳腺腫瘍摘出術 1 長径五センチメートル未満		
				820101160	対象手術(短手1):乳腺腫瘍摘出術 2 長径五センチメートル以上		
				820100535	対象手術(短手1):気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)		
				820100536	対象手術(短手1):気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)		
				820101004	対象手術(短手1):経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回(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。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)		
				820101012	対象手術(短手1):肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)		
				820101013	対象手術(短手1):尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)		
				820101014	対象手術(短手1):顕微鏡下精索静脈瘤手術		
				820100539	対象手術(短手1):経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの		

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
				820101161	対象手術(短手1):経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの		
				820101162	対象手術(短手1):経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの		
			(短期滞在手術等基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合) 短期滞在手術等基本料を算定しない理由を記載すること。	830100056	非算定理由(短手1):******		
			(短期滞在手術等基本料1を算定する患者について、当該手術とは別の目的で実施した、検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目の費用を算定する場合) その旨を記載すること。	820100540	対象手術とは別目的で実施した検査等(短手1)		
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	○	
				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)	○	
			(「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」の九のいずれかに該当する場合) 「選外」と記載し、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」第九のイからワまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100030	イ 通算対象入院料算定患者以外の患者		
				820100031	ロ 難病患者等入院診療加算を算定する患者		
				820100032	ハ 重症者等療養環境特別加算を算定する患者		
				820100033	ニ 厚生労働省告示に規定する難病患者等		
				820100034	ホ 悪性新生物に対する腫瘍用薬を投与している状態にある患者		
				820100035	ヘ 悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態にある患者		
				820100036	ト ドレーン法等を実施している状態にある患者		
				820100037	チ 人工呼吸器を使用している状態にある患者		
				820100038	リ 人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態にある患者		
				820100039	ヌ 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術患者		
				820100040	ル 15歳未満の患者		
				820100041	ヲ 小児慢性特定疾病児童等患者又は育成医療給付患者		
				820100042	ワ ロからヌまでに掲げる状態に準ずる状態にある患者		
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部第1節B001の2特定薬剤治療管理料の(1)のアの(イ)から(ナ)までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。 また、初回の算定年月を記載すること。ただし、抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月目以降の特定薬剤治療管理料1を算定する場合又は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者について特定薬剤治療管理料1を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。	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	(ヌ) 留意事項通知に規定する患者でタクロリムス水和物を投与		
				820100565	(ル) 若年性関節リウマチ等の患者でサリチル酸系製剤を継続投与		
				820100566	(ヲ) 悪性腫瘍の患者でメトトレキサートを投与		
				820100567	(ワ) 留意事項通知に規定する患者でエベロリムスを投与		
				820100568	(カ) 入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質等を数日間以上投与		

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	(ヨ) 重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与		
				820100570	(タ) イマチニブを投与		
				820100062	(レ) リンパ脈管筋腫症の患者でシロリムス製剤を投与		
				820100063	(ソ) 腎細胞癌の患者で抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与		
				820100572	(ツ) 片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与		
				820100843	(ネ) 統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与		
				820101163	(ナ) 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必要性を記載すること。	830100058	ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の必要性(特定薬剤治療管理料1):******		
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	850100050	エベロリムスの初回投与年月日(特定薬剤治療管理料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(エベロリムスの初回投与から3月の間に算定する場合) エベロリムスの血中濃度測定の必要性	830100059	エベロリムスの血中濃度測定の必要性(特定薬剤治療管理料1):******		
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ロ):******		※
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) 痒疹の発症年月を記載すること。	850100494	痒疹の発症年月日:(元号)yy"年"mm"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シング機能付き植込型除細動器移植術を行った年月日を記載すること。	850100053	導入期加算(心臓ペースメーカー指導管理料)移植年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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部第1節B001の12心臓ペースメーカー指導管理料の(5)のアヌはイに規定するもののうち該当するものを選択して記載すること。	850100054	直近の算定年月日(植込型除細動器移行期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100055	使用開始年月日(植込型除細動器移行期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100064	ア 留意事項通知に規定する患者でICD適否確定までの間使用		
				820100065	イ 留意事項通知に規定する患者でICD植え込みまでの間使用		
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"		
87	B001の14	高度難聴指導管理料のイ	人工内耳植込術を行った年月日を記載すること。	850100056	人工内耳植込術実施年月日(高度難聴指導管理料(術後3月以内)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
88	B001の14	高度難聴指導管理料のロ	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850100488	前回算定年月日(高度難聴指導管理料(その他の患者)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190488	初回(高度難聴指導管理料(その他の患者))		
89	B001の14	高度難聴指導管理料の人工内耳機器調整加算	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190043	前回算定年月日(人工内耳機器調整加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190043	初回(人工内耳機器調整加算)		
90	B001の15	慢性維持透析患者外来医学管理料	(慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した場合) その必要性を記載すること。	830100061	管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した必要性(慢性維持透析患者外来医学管理料):******		
			(慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査であって特例として算定を認められた検査を別に算定した場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の15慢性維持透析患者外来医学管理料の(10)のアからカまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100066	ア 出血性合併症患者の退院月翌月の月2回目以後の末梢血液一般検査		
				820100067	イ パルス療法施行時の月2回目以後のカルシウム等の検査		
				820100068	ウ 副甲状腺切除を行った患者の月2回目以後のカルシウム等の検査		
				820100069	エ シナカルセト塩酸塩投与患者の月2回目以後のカルシウム等の検査		
				820100070	オ 透析アミロイド症の月2回目以後のβ2ーマイクログロブリン検査		
				820100071	カ デフェロキサミンメシル酸塩投与患者のアルミニウムの検査		
91	B001の16	喘息治療管理料1の重度喘息患者治療管理加算	当該加算に係る第1回目の治療管理を行った年月日を記載すること。	850100058	第1回目の治療管理を行った年月日(重度喘息患者治療管理加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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	ヘモグロビンA1c値(糖尿病透析予防指導管理料):******		
				820100574	内服薬やインスリン製剤使用(糖尿病透析予防指導管理料)		
97	B001の28	小児運動器疾患指導管理料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190002	前回算定年月(小児運動器疾患指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"		
				820190002	初回(小児運動器疾患指導管理料)		
98	B001の29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	842100029	乳腺炎重症化予防ケア・指導料1の通算実施回数:******		
				842100111	乳腺炎重症化予防ケア・指導料2の通算実施回数:******		
99	B001の31	腎代替療法指導管理料	(腎代替療法指導管理料を2回算定する場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100065	2回算定する医療上の必要性(腎代替療法指導管理料):******		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(2)のアに該当する場合) 直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(6)の(イ)から(ハ)のうちいずれか該当するものを選択して記載すること。	820100575	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(イ) 25mL／min／1．73m2以上 30mL／min／1．73m2未満		
				820100576	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ロ) 15mL／min／1．73m2以上 25mL／min／1．73m2未満		
				820100577	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ハ) 15mL／min／1．73m2未満		

項番	区分	診療行為名称等	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腎代替療法指導管理料の(2)のイに該当する場合) 腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由を記載すること。	830100066	腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由:******		
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	前回算定年月(一般不妊治療管理料):(元号)yy"年"mm"月"		
				820190049	初回(一般不妊治療管理料)		
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。	830100478	生殖補助医療の開始日における年齢(生殖補助医療管理料):******		
				820190061	初回(生殖補助医療管理料)		
			治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で、当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日を記載すること。	830100479	治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計(生殖補助医療管理料):******		
				850100403	胚移植術の実施回数を確認した年月日(生殖補助医療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			治療計画を作成し、又は見直した場合における当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。	850100404	治療計画の同意を得た年月日(生殖補助医療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合) 当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。	850100405	治療計画の同意を得た年月日(2回目以降)(生殖補助医療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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。	830100067	夜間緊急の受診等やむを得ない院内投与理由(小児科外来診療料):******		
			(他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定しているため小児科外来診療料を算定しない場合) 他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定している旨記載すること。	820100578	小児科外来診療料非算定理由:他の保険医療機関で在宅療養指導管理料算定		
			(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。	820101347	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。	算定日情報	(算定日)	○	
			(所定点数の100分の50に相当する点数により算定する場合) 算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			(100分の50に相当する点数を算定したにもかかわらず、その後も治療を継続する場合) 治療を継続する医学的理由を記載すること。	830100070	治療を継続する医学的理由(外来放射線照射診療料):******		
			(外来放射線照射診療料を算定したにもかかわらず予定の期間よりも早期に外来放射線照射を終了する場合) 早期に治療終了となった医学的理由を記載すること。	830100071	早期に治療終了となった医学的理由(外来放射線照射診療料):******		
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	手術実施年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100066	手術予定年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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。	850100067	退院年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100073	手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):******		
			(地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関において算定する場合) 入院中に当該指導管理料を算定した保険医療機関名及び実施した手術名を記載すること。	830100074	入院中にリンパ浮腫指導管理料(入院外)を算定した保険医療機関名(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):******		
				830100075	入院中に実施した手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):******		
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	前回算定年月(療養・就労両立支援指導料):(元号)yy"年"mm"月"		
				820190003	初回(療養・就労両立支援指導料)		
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のイ 検査又は病理診断を実施した年月日を記載すること。	850100496	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"		※
		遺伝性疾患療養指導管理料の2のロ	前回遺伝性疾患に係る療養指導管理を実施した年月日を記載すること。	850100497	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"		※
		遺伝性疾患療養指導管理料(BRCA1／2遺伝子検査を行った保険医療機関と「注1」から「注3」までに掲げる行為を行った保険医療機関が異なる場合)	【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。	830100928	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):******		※
				850100498	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（Ⅰ）	ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った年月日を記載すること。	850100076	医学管理を行った年月日(ハイリスク妊産婦共同管理料(1))：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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定回数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること。	850100082	排尿自立支援加算の初回算定年月日(外来排尿自立指導料)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100030	排尿自立支援加算及び外来排尿自立指導料の通算算定回数(外来排尿自立指導料)：******		
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、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関からの紹介で治療する場合や心筋梗塞等の救急治療で入院後に当該医療機関において一定期間外来でフォローする場合）） 当該医療機関でアプリを活用して治療を行う具体的な理由について記載するとともに、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関での治療が可能かどうか検討を行い、その検討結果について記載すること。	830100812	当該保険医療機関においてアプリを活用して治療を行う理由(プログラム医療機器等指導管理料)：******		
				830100813	地域のかかりつけ医機能を担う保険医療機関での治療が可能かどうかの検討結果(プログラム医療機器等指導管理料)：******		
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（Ⅰ）	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
			情報提供先を記載すること。	830100080	情報提供先(診療情報提供料(1))：******		
146	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の注8に規定する加算	退院年月日を記載すること。	850100087	退院年月日(注8加算(診療情報提供料(1)))：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
147	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の検査・画像情報提供加算のイ	退院年月日を記載すること。	850100088	退院年月日(検査・画像情報提供加算イ(診療情報提供料(1)))：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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) 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;(元号)yy"年"mm"月"		
				820190062	初回		
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結と表示し、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結と表示し、遺族等自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を「傷病名」欄に記載すること。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)	○	
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)	○	
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、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。		
				820100588	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。		
				820100589	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):自傷や自殺を企てたことがある。		
				820100590	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):家族への暴力、暴言、拒絶がある。		
				820100591	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):警察・保健所介入歴がある。		
				820100592	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。		
				820100593	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):外来受診をしないことが2か月以上あった。		
				820100594	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。		
				820100595	精神科退院時共同指導料1のロの対象患者:直近の入院は措置入院である。		
				820100596	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。		
				820100597	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。		
				820100598	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):支援をする家族がいない。		
				820100599	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。		
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、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。		
				820100607	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。		
				820100608	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自傷や自殺を企てたことがある。		
				820100609	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家族への暴力、暴言、拒絶がある。		
				820100610	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):警察・保健所介入歴がある。		
				820100611	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。		

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、患家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	患家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	患家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	往診料の患家診療時間加算	診療時間を記載すること。	114000970	患家診療時間加算(往診料)	○	
				114002470	患者診療時間加算(特別往診)	○	
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。	830100990	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求めがあった診療内容について、(7)のア又はイのうち、該当するものを記載すること。また、6月を超えて訪問診療を行った場合は、継続的な訪問診療の必要性を記載すること。	820100072	ア その診療科の医師でなければ困難な診療		
				820100073	イ 既に診療した傷病等とは明らかに異なる傷病に対する診療		
				830100089	継続的な訪問診療の必要性(在宅患者訪問診療料2):******		
			(「2」の在宅患者訪問診療料2について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の(8)の規定により、他の保険医療機関からの求めがあった月から6月を超えて算定する場合) 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を使用している状態の患者の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100074	末期の悪性腫瘍		
				820100075	多発性硬化症		
				820100076	重症筋無力症		
				820100077	スモン		
				820100078	筋萎縮性側索硬化症		
				820100079	脊髄小脳変性症		
				820100080	ハンチントン病		
				820100081	進行性筋ジストロフィー症		
				820100082	パーキンソン病関連疾患(留意事項通知に規定するもの)		
				820100083	多系統萎縮症(留意事項通知に規定するもの)		
				820100084	プリオン病		
				820100085	亜急性硬化性全脳炎		
				820100086	ライソゾーム病		
				820100087	副腎白質ジストロフィー		
				820100088	脊髄性筋萎縮症		
				820100089	球脊髄性筋萎縮症		
				820100090	慢性炎症性脱髄性多発神経炎		
				820100091	後天性免疫不全症候群		
				820100092	頸髄損傷の患者		
				820100093	人工呼吸器を使用している状態の患者		
168	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の患家診療時間加算	診療時間を記載すること。	114001470	患家診療時間加算(在宅患者訪問診療料(1)・(2))	○	

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。	850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（当該患者が在宅以外で死亡した場合） 死亡前24時間以内に行った訪問診療の年月日及び時刻を記載すること。	850100100	死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100038	死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻(在宅ターミナルケア加算)		
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（患家との距 離が16kmを超えた場 合等）	訪問地域（距離）、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。	830100090	訪問地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間(在宅患者訪問診療料(1)):******		
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）の患家診療時間 加算	診療時間を記載すること。	114001470	患家診療時間加算(在宅患者訪問診療料(1)・(2))	○	
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。	850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（当該患者が有料老人ホーム等以外で死亡した場合） 死亡前24時間以内に行った訪問診療の年月日及び時刻を記載すること。	850100100	死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100038	死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻(在宅ターミナルケア加算)		
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、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、A000初診料又はA001再診料又はA002外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合） その旨を記載すること。	820100847	2人目患者診療時間が1時間超		
			（在宅時医学総合管理料について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合、また、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて施設入居時等医学総合管理料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合） 「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」、「在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
				820100095	在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100096	当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下		
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部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M 3　頻回の訪問看護を受けている状態 4　訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 5　介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 6　麻薬投薬を受けている状態 〔7　その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態〕 　7－1　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	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Ⅲa		
				820100632	該当する状態(包括的支援加算):2－2　ランクⅢb		
				820100633	該当する状態(包括的支援加算):2－3　ランクⅣ		
				820100634	該当する状態(包括的支援加算):2－4　ランクM		
				820100635	該当する状態(包括的支援加算):3　頻回の訪問看護を受けている状態		
				820100636	該当する状態(包括的支援加算):4　訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態		
				820100637	該当する状態(包括的支援加算):5　施設に入居し、看護職員による処置を受けている状態		
				820101318	該当する状態(包括的支援加算):6　麻薬投薬を受けている状態		
				820100638	該当する状態(包括的支援加算):7－1　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)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者		
				820100641	該当する状態(包括的支援加算):7－4　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):******		
				830100093	訪問看護の指示を行った在宅療養支援診療所名(同一建物居住者訪問看護・指導料):******		
			(月の初日が週の途中にある場合) 前月の最終の週における訪問回数を記載すること。	842100037	前月最終週の訪問回数(在宅患者訪問看護・指導料):******		
				842100038	前月最終週の訪問回数(同一建物居住者訪問看護・指導料):******		
			(保健師、助産師、看護師又は准看護師のそれぞれが別に当該月に在宅患者訪問看護・指導を行った場合) それぞれの回数を記載すること。	842100039	指導回数(在宅患者訪問看護・指導料):******		
				842100040	指導回数(同一建物居住者訪問看護・指導料):******		
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。	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ロの場合) 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ロの場合):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			(特別地域訪問看護加算ロの場合) 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ロの場合)		※
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家への訪問の必要性について記載すること。	830100933	看護師等による患家への訪問の必要性(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、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、A000初診料又はA001再診料又はA002外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合) その旨を記載すること。	820100847	2人目患者診療時間が1時間超		※
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		
				算定日情報	(算定日)	○	

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
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。	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つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100104	管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100105	当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下		
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
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つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の 10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で指導料を算定する者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100106	指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100107	当該建築物の戸数が20戸未満で指導料を算定する者が2人以下		
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
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):d0(皮膚損傷・発赤なし)		
				820100645	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d1(持続する発赤)		
				820100646	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d2(真皮までの損傷)		
				820100647	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D3(皮下組織までの損傷)		
				820100648	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D4(皮下組織を越える損傷)		
				820100649	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D5(関節腔、体腔に至る損傷)		
				820100650	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):DU(深さ判定が不能の場合)		
				820100651	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):ア　重度の末梢循環不全のもの		
				820100652	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):イ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの		
				820100653	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):ウ　強度の下痢が続く状態であるもの		
				820100654	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):エ　極度の皮膚脆弱であるもの		
				820100655	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):オ　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの		
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"		
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"		

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
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部C102在宅自己腹膜灌流指導管理料の（1）のアからオまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100110	ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの（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（連続携行式腹膜灌流に限る。）を算定した場合（院外処方の場合を除く。）） 算定した日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
				算定日情報	（算定日）	○	
			（在宅自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
			（他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合） J038人工腎臓を算定している他の保険医療機関名	830100096	人工腎臓を算定している他の保険医療機関名(在宅自己腹膜灌流指導管理料1);******		
			（他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合） 他の保険医療機関での実施の必要性	830100097	他の保険医療機関で人工腎臓を実施する必要性(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部C102在宅自己腹膜灌流指導管理料の（1）のアからオまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820101354	ア 在宅自己連続携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）		※
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部C102-2在宅血液透析指導管理料の（3）のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	850100137	初回算定年月日(在宅血液透析指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100115	ア 在宅血液透析の導入期にあるもの		
				820100116	イ 合併症の管理が必要なもの		
				820100117	ウ その他医師が特に必要と認めるもの		
			（人工腎臓を算定した場合） 算定した日を記載すること。	算定日情報	（算定日情報）	○	
			（在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
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ーの実施日及び無呼吸低呼吸指数を記載すること。	850100139	終夜睡眠ポリグラフィーの実施年月日(在宅酸素療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100045	無呼吸低呼吸指数(在宅酸素療法指導管理料);******		
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。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
221	C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	（15歳以上の患者であって経口摂取が著しく困難である状態が15歳未満から継続しているもの（体重が20キログラム未満である場合に限る。）に算定した場合） 体重を記載すること。	842100046	患者体重(kg)(在宅小児経管栄養法指導管理料);******		
			（在宅小児経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	

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
222	C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	胃瘻造設年月日及び初回算定年月日を記載すること。	850100141	胃瘻造設年月日(在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100142	初回算定年月日(在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(在宅半固形栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
			(半固形状の流動食(市販されているものに限る。)に係る指導管理を行った場合) 当該流動食の製品名を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
223	C106	在宅自己導尿指導管理料	(在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
224	C107-2 C107-2 注3	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、直近の無呼吸低呼吸指数、睡眠ポリグラフィー上の所見、睡眠ポリグラフィーの実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見を記載すること。ただし、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)のイに該当する場合は、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載は不要である。 また、当該管理料の(3)のウに該当する場合は、直近3月のうちCPAP1日平均使用時間が1時間以上であったいずれか1月のCPAP1日平均使用時間を記載すること。ただし、当該保険医療機関においてCPAP療法を開始してから3月以内の患者についての記載は不要である。 ※注3における「初診日」は一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日を指す。	850100143	一連の治療期間における初回の指導管理年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100047	直近の無呼吸低呼吸指数(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);******		
				852100017	前月のCPAP1日平均使用時間		※
				852100018	2月前のCPAP1日平均使用時間		※
				852100019	3月前のCPAP1日平均使用時間		※
				830100099	睡眠ポリグラフィー上の所見(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);******		
				850100144	睡眠ポリグラフィー実施年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100100	算定日の自覚症状(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);******		
			(注4を算定する場合) CPAP 療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した日を記載すること。	850190214	症状が改善していることを対面診療で確認した年月日(情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合) その理由を記載すること。	830100101	療法の継続が可能であると認める理由(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);******		
225	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	850100145	遠隔モニタリング加算(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料)前回算定年月;(元号)yy"年"mm"月"		
226	C108	在宅麻薬等注射指導管理料	(在宅麻薬等注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
227	C108-2	在宅腫瘍化学療法注射指導管理料	(在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
228	C108-3	在宅強心剤持続投与指導管理料	(在宅強心剤持続投与に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
229	C108-4	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	在宅麻薬等注射指導管理料(悪性腫瘍の場合)又は在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する保険医療機関と連携して指導管理を行った年月日及び連携して指導管理を行った保険医療機関名を記載すること。	850100146	連携指導管理年月日(在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100102	連携指導保険医療機関名(在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料);******		
			(在宅麻薬注射又は在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。))薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
230	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	(在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
231	C110-2 注2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の導入期加算	植込術を行った年月日を記載すること。	850100147	植込術実施年月日(導入期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
	C110-2 注3	情報通信機器を用いた在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	(情報通信機器を用いた指導管理を実施する場合) 一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日及び植込型脳・脊髄電気刺激装置の植込手術後の初回の指導日を記載すること。	850100501	一連の治療期間における初回の指導管理年月日(情報通信機器を用いた在宅振戦等刺激装置治療指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100502	植込型脳・脊髄電気刺激装置の植込手術後の初回の指導管理年月日(情報通信機器を用いた在宅振戦等刺激装置治療指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
232	C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の導入期加算	植込術を行った年月日を記載すること。	850100147	植込術実施年月日(導入期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
233	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	(在宅難治性皮膚疾患処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
234	C116	在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	(在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料に用いる特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
235	C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	(在宅腫瘍治療電場療法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
236	C150	血糖自己測定器加算	(「7間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの」以外を算定する場合) 1月の血糖自己測定の回数を記載すること。	842100048	1月の血糖自己測定回数(血糖自己測定器加算);******		
			(1型糖尿病の患者等に対し算定する場合) 1型糖尿病の患者等である旨を記載すること。	114009910	血糖自己測定器加算(20回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114046110	血糖自己測定器加算(30回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114010010	血糖自己測定器加算(40回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114010110	血糖自己測定器加算(60回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114010210	血糖自己測定器加算(90回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114015610	血糖自己測定器加算(120回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				820100122	当月分		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
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回分又は3回分の算定を行う場合） 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれかを算定したのかを選択して記載すること。	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)のア又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100120	ア 糖尿病等で1日概ね4回以上自己注射が必要		
				820100121	イ 血友病で自己注射が必要		
240	C163	特殊カテーテル加算「2」の「イ」親水性コーティング	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C163の「特殊カテーテル加算」の(3)のアからエまでの中から該当するものを選択して記載するとともに、要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100104	ア 脊髄障害の要件を満たす医学的根拠:********		
				830100105	イ 二分脊椎の要件を満たす医学的根拠:********		
				830100106	ウ 他の中枢神経を原因とする神経因性膀胱の要件を満たす医学的根拠:********		
				830100107	エ その他の要件を満たす医学的根拠:********		
241	C165の1	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1	（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第2部第2節C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)のアⅩはイの要件に該当する患者に対し算定する場合） (3)のアⅩはイのうち該当するものを選択して記載すること。 また、イの要件を根拠に算定する場合は、当該患者に対するASV療法の実施開始日も併せて記載すること。	820100127	ア 留意事項通知アの慢性心不全患者にASV療法を実施した場合		
				820100128	イ 留意事項通知イの心不全患者にASV療法を実施した場合		
				850100148	留意事項通知イの心不全患者 ASV療法開始年月日(在宅持続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「非固着性シリコンガーゼ」を支給した場合	（在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて特定保険医療材料のうち「皮膚欠損用創傷被覆材」又は「非固着性シリコンガーゼ」を支給した場合（在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を除く。）） 特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数を記載すること。	特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
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	トリプシノーゲン2（尿）	急性膵炎を疑う医学的根拠について記載すること。	830100481	急性膵炎を疑う医学的根拠(トリプシノーゲン2(尿)):******		
250	D001の18	プロスタグランジンE主要代謝物（尿）	（医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合） その詳細な理由及び検査結果を記載すること。	830100820	1月に1回行う詳細な理由(プロスタグランジンE主要代謝物(尿)):******		
				830100821	検査結果(プロスタグランジンE主要代謝物(尿)):******		
251	D001の20	L型脂肪酸結合蛋白（L－FABP）（尿）	（3月に2回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100112	3月に2回以上算定した詳細な理由(L型脂肪酸結合蛋白(L－FABP)(尿)):******		
252	D001の20	好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（NGAL）（尿）	（医学的必要性から4回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100113	医学的必要性から4回以上算定した詳細な理由(好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン(NGAL)(尿)):******		
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） 要旨を記載すること。	830100116	慢性的な炎症性腸疾患の診断補助を目的として測定した要旨(カルプロテクチン(糞便)要旨):******		
			（潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定する場合で医学的な必要性から1月に1回行う場合） 詳細な理由及び検査結果を記載すること。	830100117	詳細理由(カルプロテクチン(糞便)):******		
				830100118	検査結果(カルプロテクチン(糞便)):******		

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
254	D004の15	アミロイドβ42/40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β42／40比(髄液):******		
			認知機能スコア MMSEスコアを記載すること。（他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		
			臨床認知症尺度 CDR全般尺度の評価を記載すること（他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0．5又は1		
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		
			検査の結果におけるAβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101172	検査の結果、Aβ 病理を示唆する所見あり(アミロイドβ42／40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β42／40比(髄液))		
255	D004の15	リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42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β42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β42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β42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。）	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β42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β42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β42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β42比(髄液))		※
			検査の結果におけるAβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。	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β42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β42比(髄液))		※
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部D004-2悪性腫瘍組織検査の（2）から（4）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	820100663	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるALK融合遺伝子検査		
				820100664	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100665	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるBRAF遺伝子検査(次世代シーケンシング)		
				820100666	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):膵癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100667	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるRAS遺伝子検査		
				820100668	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるBRAF遺伝子検査		
				820100669	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるEGFR遺伝子検査		
				820100670	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100671	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):リンチ症候群におけるマイクロサテライト不安定性検査		
				820100672	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):乳癌におけるHER2遺伝子検査		
				820100673	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査		
				820100674	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS－Fli1遺伝子検査		
				820100675	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるTLS－CHOP遺伝子検査		
				820100676	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるSYT－SSX遺伝子検査		
				820100677	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):消化管間葉系腫瘍におけるc－kit遺伝子検査		
				820100678	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査		
				820100680	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査		
				820100803	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるEGFR遺伝子検査		
				820100804	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるROS1融合遺伝子検査		
				820100848	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるBRAF遺伝子検査(次世代シーケンシングを除く。)		
				820100849	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるMETex14遺伝子検査(次世代シーケンシングを除く。)		
				820100850	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):濾胞性リンパ腫におけるEZH2遺伝子検査		
				820100853	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるMETEX14遺伝子検査(次世代シーケンシング)		
				820100854	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるRET融合遺伝子検査		
				820100855	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査(リアルタイムPCR法)		
				820100856	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査		
				820100857	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査		
				820101174	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるKRAS遺伝子変異(G12C)検査		
				820101175	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるHER2遺伝子検査(次世代シーケンシング)		
				820101176	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査(PCR－rSSO法)		
				820101177	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):甲状腺癌におけるRET融合遺伝子検査		

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
				820101178	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):甲状腺髄様癌におけるRET遺伝子変異検査		
				820101179	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形腫瘍(肺癌及び大腸癌を除く。)におけるBRAF遺伝子検査(PCR－rSSO法)		
				820101180	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性リンパ腫におけるBRAF遺伝子検査(PCR－rSSO法)		
				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FGFR3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プラシズマブ製剤による治療を行った際に治療の継続の要否を判定することを目的として測定を行った場合) 30日間を超え1週間に1回に別に算定する、その医学的な必要性を記載すること。	830100823	医学的な必要性(ADAMTS13活性):******		
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インヒビター	(後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内に算定する場合) 後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断した年月日又はその再発を確認した年月日を記載すること。	850100153	後天性血栓性血小板減少性紫斑病の診断年月日(ADAMTS13インヒビター):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100154	後天性血栓性血小板減少性紫斑病の再発年月日(ADAMTS13インヒビター):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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。	830100825	遺伝子疾患の名称:******		
			(2回以上実施する場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100119	遺伝学的検査を2回以上実施する医療上の必要性(遺伝学的検査):******		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D006－4遺伝学的検査の(1)のオに掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する場合) 臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性を記載すること。	830100120	臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性(遺伝学的検査):******		
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。	830100122	必要理由(FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査):******		
			(本検査を再度実施した場合) その理由を記載すること。	830100123	再実施理由(FIP1L1－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な理由を記載すること。	830100124	肺癌の組織検体検査が実施困難である医学的理由(EGFR遺伝子検査(血漿)):******		
266	D006-14	FLT3遺伝子検査	(本検査を再度実施した場合) 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。	830100125	上皮内癌(CIS)と診断された病理所見(膀胱がん関連遺伝子検査):******		
			K803膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施年月日を記載すること。	850100155	膀胱悪性腫瘍手術(経尿道的手術)の実施年月日(膀胱がん関連遺伝子検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(本検査を過去に算定している場合) 過去の算定日を記載すること。	850100156	過去の算定年月日(膀胱がん関連遺伝子検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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"		
				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"		

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。	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PIK3CA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"		※
				850100506	乳癌におけるPTEN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"		※
				850100507	固形癌における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"		※
				850100508	乳癌におけるESR1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"		※
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));******		※
271	D006-20	角膜ジストロフィー遺伝子検査	その医学的な必要性を記載すること。	830100127	医学的な必要性(角膜ジストロフィー遺伝子検査);******		
272	D006-22	RAS遺伝子検査（血漿）	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100483	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(RAS遺伝子検査(血漿));******		
273	D006-25	CYP2C9遺伝子多型	必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100484	必要と判断した医学的根拠(CYP2C9遺伝子多型);******		
274	D006-26	染色体構造変異解析	検査を実施する医学的な理由を記載すること。	830100485	検査を実施する医学的な理由(染色体構造変異解析);******		
275	D006-27の1	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） ROS1融合遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100486	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(ROS1融合遺伝子検査);******		
276	D006-27の2	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） ALK融合遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100487	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(ALK融合遺伝子検査);******		
277	D006-27の3	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） METex14遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100488	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(METex14遺伝子検査);******		
278	D006-27の4	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） NTRK融合遺伝子検査	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100489	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(NTRK融合遺伝子検査);******		
279	D006-27の5	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） RAS遺伝子検査	本検査の実施に当たっては、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節D006-27イ(6)に該当する医学的な理由を記載すること。	830100828	医学的な理由(イの(イ)に該当)(RAS遺伝子検査);******		
				830100829	医学的な理由(イの(ロ)に該当)(RAS遺伝子検査);******		
				830100830	医学的な理由(イの(ハ)に該当)(RAS遺伝子検査);******		
280	D006-27の6	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） BRAF遺伝子検査	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100831	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(BRAF遺伝子検査);******		
281	D006-27の8	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） HER2遺伝子検査（肺癌に係るもの）	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100832	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(HER2遺伝子検査(肺癌に係るもの));******		
282	D006-27の9	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） マイクロサテライト不安定性検査	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100833	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(マイクロサテライト不安定性検査);******		
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。	830100834	患者1人につき2回以上実施した理由(乳癌悪性度判定検査);******		
			本検査の実施に当たっては、ホルモン受容体、HER2の検査結果及びリンパ節転移の状況について記載すること。	830100835	ホルモン受容体の検査結果(乳癌悪性度判定検査);******		
				830100836	HER2の検査結果(乳癌悪性度判定検査);******		
				830100837	リンパ節転移の状況(乳癌悪性度判定検査);******		
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);******		
286	D007の56	ロイシンリッチα2グリコプロテイン	前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190049	前回実施年月日(ロイシンリッチα2グリコプロテイン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190054	初回(ロイシンリッチα2グリコプロテイン)		
			医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を記載すること。	830100490	1月に1回行う詳細な理由(ロイシンリッチα2グリコプロテイン);******		
				830100491	検査結果(ロイシンリッチα2グリコプロテイン);******		
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)	○	

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
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（ucOC）	（2回目を算定した場合） 前回算定年月日を記載すること。	850100161	前回算定年月日(ucOC)：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
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	抗ミュラー管ホルモン（AMH）	前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190050	前回実施年月日(抗ミュラー管ホルモン(AMH))：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190055	初回(抗ミュラー管ホルモン(AMH))		
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(PSA)	（前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原(PSA)を2回以上算定する場合） 「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	850100164	検査の実施年月日(前立腺特異抗原(PSA))：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100049	未確　検査値(前立腺特異抗原(PSA))：******		
296	D009の30	可溶性メソテリン関連ペプチド	（悪性中皮腫の診断の補助を目的として実施する場合） 本検査が必要である理由を記載すること。	820100809	(イ) 石綿曝露歴があり、胸水、腹水等の貯留が認められる患者(可溶性メソテリン関連ペプチド)		
				820100810	(ロ)体腔液細胞診で悪性中皮腫が疑われる患者(可溶性メソテリン関連ペプチド)		
				820100811	(ハ)画像診断で胸膜腫瘍、腹膜腫瘍等の漿膜腫瘍が認められる患者(可溶性メソテリン関連ペプチド)		
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。	850190220	前回実施年月日(S2，3PSA%)：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190494	初回(S2，3PSA%)		
			前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。	850190221	前立腺特異抗原(PSA)の測定年月日(S2，3PSA%)：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100838	前立腺特異抗原(PSA)の測定結果(S2，3PSA%)：******		
			（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	830100839	2回以上算定する必要性(S2，3PSA%)：******		
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))：*******		
			（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	830100495	2回以上算定する必要性(プロステートヘルスインデックス(phi))：******		
299	D009の35	アポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォーム	本検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100840	必要と判断した医学的根拠(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム)：******		
			（本検査を、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節D009腫瘍マーカーの(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)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム)：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100841	CA19－9の測定結果(アの(イ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム)：******		
			（本検査を、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節D009腫瘍マーカーの(24)アの（ロ）及び（ハ）に実施する場合） 癌胎児性抗原（CEA）及びCA19－9の測定年月日並びに測定結果を、記載すること。	850190223	癌胎児性抗原(CEA)の測定年月日(アの(ロ)(ハ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム)：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850190224	CA19－9の測定年月日(アの(ロ)(ハ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム)：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100842	癌胎児性抗原(CEA)の測定結果(アの(ロ)(ハ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム)：******		
				830100843	CA19－9の測定結果(アの(ロ)(ハ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム)：******		
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。	820100137	輸血歴あり		
				820100138	妊娠歴あり		
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。	850100165	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1，2抗体定性)：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100166	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1，2抗体半定量)：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100167	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1，2抗原・抗体同時測定定性)：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
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″		※
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回目以上算定する場合） その理由を記載すること。	830100844	2回目以上算定する理由(単純ヘルペスウイルス抗原定性(皮膚))：******		
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)：*******		

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
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。	830100496	医学的な必要性(白癬菌抗原定性):******		
			（KOH直接鏡検が実施できない場合） KOH直接鏡検を実施できない理由を記載すること。	830100497	KOH直接鏡検を実施できない理由(白癬菌抗原定性):******		
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・RSウイルス抗原同時検出定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はRSウイルス感染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・RSウイルス抗原同時検出定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19、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（AAVrh74）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。	850100171	検査の実施年月日(抗シトルリン化ペプチド抗体定性:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100172	検査の実施年月日(抗シトルリン化ペプチド抗体定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100050	未確　検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定性):******		
				842100051	未確　検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定量):******		
			（再度治療薬を選択する必要があり抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定する場合） その医学的な必要性を記載すること。	830100128	検査を2回以上算定する医学的な必要性(抗シトルリン化ペプチド抗体定性):******		
				830100129	検査を2回以上算定する医学的な必要性(抗シトルリン化ペプチド抗体定量):******		
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	前回実施年月日(抗アクアポリン4抗体):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100130	再度実施する医学的な必要性(抗アクアポリン4抗体):******		
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）	（反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認めない患者を対象として実施する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100504	医学的な必要性(抗P／Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体(抗P／Q型VGCC抗体)):******		
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。	850100437	実施年月日(インターロイキン－6(IL－6)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（3回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100762	3回以上算定する詳細な理由(インターロイキン－6(IL－6)):******		
326	D015の27	sFlt－1／PlGF比	リスク因子のいずれに該当するかを記載すること。	820100860	(イ)　収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上(sFlt－1／PlGF比)		
				820100861	(ロ)　蛋白尿(sFlt－1／PlGF比)		
				820100862	(ハ)　妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見(sFlt－1／PlGF比)		
				820100863	(ニ)　子宮内胎児発育遅延(sFlt－1／PlGF比)		
				820100864	(ホ)　子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見(sFlt－1／PlGF比)		
			((ハ)　妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見に該当する場合） 医学的根拠を記載すること。	830100506	(ハ)に該当する医学的根拠(sFlt－1／PlGF比):******		
			((ホ)　子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見に該当する場合） 医学的根拠を記載すること。	830100507	(ホ)に該当する医学的根拠(sFlt－1／PlGF比):******		
			（リスク因子を2つ以上有する妊婦において算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	830100508	医学的必要性(リスク因子を2つ以上有する妊婦)(sFlt－1／PlGF比):******		
			（一連の妊娠につき2回以上算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	830100509	医学的必要性(一連の妊娠につき2回以上算定)(sFlt－1／PlGF比):******		
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):******		
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－蛍光M、位相差M、暗視野M):******		
				830100134	検体の種類(S－M):******		
				830100135	検体の種類(S－保温装置使用アメーバM):******		
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)		

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
				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)のアからクまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載し、併せて、該当するものに応じ、以下の事項を記載すること。 ・アに該当する場合、臓器移植の実施年月日 ・イに該当する場合、造血幹細胞移植の実施年月日 ・ウに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日 ・エのうち移植後リンパ増殖性疾患の経過経過観察を目的として実施する場合、移植後リンパ増殖性疾患と診断された年月日及び医学的根拠 ・オのうちEBウイルス陽性が確認された後の経過観察を目的として実施する場合、EBウイルス陽性を確認した年月日及び医学的根拠 ・カに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日 ・キに該当する場合、医学的根拠	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 上咽頭癌の患者		
				850100175	臓器移植実施年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100176	造血幹細胞移植実施年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100177	移植後リンパ増殖性疾患と診断された年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100178	EBウイルス陽性を確認した年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100179	抗胸腺細胞グロブリンの投与開始年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100136	移植後リンパ増殖性疾患と診断した医学的根拠(EBウイルス核酸定量):******		
				830100137	EBウイルス陽性を確認した医学的根拠(EBウイルス核酸定量):******		
				830100848	留意事項通知キに該当する医学的根拠(EBウイルス核酸定量):******		
333	D023の17	HTLV－1核酸検出	HTLV-Ⅰ抗体(ウエスタンブロット法及びラインブロット法)の判定保留を確認した年月日を記載すること。	850100180	HTLV－1抗体判定保留確認年月日(HTLV－1核酸検出):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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・RSウイルス核酸同時検出	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100849	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2・RSウイルス核酸同時検出):******		
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・RS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。	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"		※
			(「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)のアの(ロ)に該当する場合) 治療内容を記載すること。	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。	850100181	検査実施年月日(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS－CoV－2核酸検出を含まないもの)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D023の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。	830100140	治療内容(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出):******		
			(「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。	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。	850190225	あらかじめ行われた組織診断の実施日(HPVジェノタイプ判定):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100146	CIN1		
				820100147	CIN2		
			(当該検査の2回目以降を算定した場合) 前回実施年月日を記載すること。	850100182	前回実施年月日(HPVジェノタイプ判定):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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):******		
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		
			(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:********		
348	D215-2	肝硬度測定	(3月に2回以上算定する場合) その理由及び詳細な医学的根拠を算定すること。	830100145	3月に2回以上算定する理由・医学的根拠(肝硬度測定):******		
			(肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100147	別に算定する理由及び医学的根拠(肝硬度測定):******		

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
349	D215-3	超音波エラストグラフィー	（3月に2回以上算定する場合） その理由及び詳細な医学的根拠を算定すること。	830100146	3月に2回以上算定する理由・医学的根拠(超音波エラストグラフィー);******		
			（肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合） その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100148	別に算定する理由及び医学的根拠(超音波エラストグラフィー);******		
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ー及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合） その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100619	別に算定する理由及び医学的根拠(超音波減衰法検査);******		
			（脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、肝臓の脂肪量を評価した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190052	前回実施年月日(超音波減衰法検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190057	初回(超音波減衰法検査)		
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。	850100186	算定開始年月日(呼吸心拍監視等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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部D231-2皮下連続式グルコース測定の（2）のアヌはイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100151	ア　留意事項通知に規定する1型糖尿病患者(検査)		
				820100152	イ　留意事項通知に規定する2型糖尿病患者(検査)		
353	D236-2の1	光トポグラフィー 1　脳外科手術の術前検査に使用するもの	手術実施年月日又は手術実施予定年月日を記載すること。	850100187	手術実施年月日(光トポグラフィー(脳外科手術前検査));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100188	手術予定年月日(光トポグラフィー(脳外科手術前検査));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（手術が行われなかった場合） その理由を記載すること。	830100149	手術が行われなかった理由(光トポグラフィー(脳外科手術前検査));******		
354	D236-2の2	光トポグラフィー 2　抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの	当該検査が必要な理由及び前回の実施年月日（該当する患者に限る。）を記載すること。	830100150	検査の必要理由(光トポグラフィー(抑うつ症状の鑑別診断));******		
				850100189	前回実施年月日(光トポグラフィー(抑うつ症状の鑑別診断));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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。	850100190	手術実施日(脳磁図(自発活動を測定するもの));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100191	手術実施予定日(脳磁図(自発活動を測定するもの));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（手術が行われなかった場合） その理由を記載すること。	830100151	手術が行われなかった理由(脳磁図(その他のもの));******		
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。	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));******		
357	D237の3のイ	終夜睡眠ポリグラフィー　3 1及び2以外の場合　イ 安全精度管理下で行うもの	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D237終夜睡眠ポリグラフィーの(3)の(イ)から(ホ)までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100154	(イ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
				830100155	(ロ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
				830100156	(ハ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
				830100157	(ニ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
				830100778	(ホ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
			次の事項を記載すること。	830100521	安全精度管理を要した患者の診断名(疑い病名を含む。)(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
				830100522	検査中の安全精度管理に係る検査結果の要点(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
			（合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合） 継続的な治療の内容、BMI又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性について記載すること。	830100523	継続的な治療の内容(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
				830100524	BMI(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
				830100525	医学的な必要性(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
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。）	830100158	正中神経(誘発筋電図);******		
				830100159	尺骨神経(誘発筋電図);******		
				830100160	腓腹神経(誘発筋電図);******		
				830100161	脛骨神経(誘発筋電図);******		
				830100162	腓骨神経(誘発筋電図);******		
				830100163	顔面神経(誘発筋電図);******		
				830100164	橈骨神経(誘発筋電図);******		
				830100165	三叉神経(誘発筋電図);******		
				830100166	腋窩神経(誘発筋電図);******		
				830100167	その他(誘発筋電図);******		
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記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	850190226	検査実施年月日(単線維筋電図);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100852	実施医療機関の名称(単線維筋電図);********		
				830100853	診断名(疑いを含む。)(単線維筋電図);********		
				830100854	検査を行う医学的必要性(単線維筋電図);********		
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"		

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
				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) 医学的な必要性から4月に2回以上算定するときはその理由を記載すること。	830100763	新たな他の病変で4月に2回以上算定する理由(ダーモスコピー);********		
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 イ 簡易なもの	(3月以内に2回以上算定する場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100171	その理由及び医学的根拠(認知機能検査1　簡易なもの);********		
			前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190053	前回実施年月日(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なものイ簡易なもの);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190058	初回(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なものイ簡易なもの)		
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ピーでは回盲部まで到達できなかった患者		
				820100157	イ 器質的異常により大腸ファイバースコピーが困難と判断された患者		
				820100805	ウ 身体的負担により大腸ファイバースコピーが実施困難であると判断された患者		
				850100196	大腸内視鏡検査の実施年月日(大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100173	大腸内視鏡検査が困難な理由(大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡));******		
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(ミオイノシトール(尿));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190009	初回(ミオイノシトール(尿))		
				850190227	前回実施年月日(プロスタグランジンE主要代謝物(尿));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190495	初回(プロスタグランジンE主要代謝物(尿))		
				850190010	前回実施年月日(4型コラーゲン(尿));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190010	初回(4型コラーゲン(尿))		
				850190011	前回実施年月日(シュウ酸(尿));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190011	初回(シュウ酸(尿))		
				850190012	前回実施年月日(L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP(尿)));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190012	初回(L-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"		
				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))		

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	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(ELFスコア):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190496	初回(ELFスコア)		
				850190023	前回実施年月日(MDA－LDL):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190023	初回(MDA－LDL)		
				850190054	前回実施年月日(β－CTX(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190059	初回(β－CTX(尿))		
				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(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190028	初回(トランスフェリン(尿))		
				850190029	前回実施年月日(HIVジェノタイプ薬剤耐性):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190029	初回(HIVジェノタイプ薬剤耐性)		
				850190030	前回実施年月日(肝硬度測定):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190030	初回(肝硬度測定)		
				850190031	前回実施年月日(超音波エラストグラフィー):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190031	初回(超音波エラストグラフィー)		
				850190032	前回実施年月日(骨塩定量検査(DEXA法による腰椎撮影)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190032	初回(骨塩定量検査(DEXA法による腰椎撮影))		
				850190229	前回実施年月日(骨塩定量検査(REMS法(腰椎)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190497	初回(骨塩定量検査(REMS法(腰椎))		
				850190033	前回実施年月日(骨塩定量検査(MD法、SEXA法等)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190033	初回(骨塩定量検査(MD法、SEXA法等))		
				850190034	前回実施年月日(骨塩定量検査(超音波法)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190034	初回(骨塩定量検査(超音波法))		
				850190035	前回実施年月日(経皮的酸素ガス分圧測定):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190035	初回(経皮的酸素ガス分圧測定)		
				850190036	前回実施年月日(皮下連続式グルコース測定(診療所)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190036	初回(皮下連続式グルコース測定(診療所))		
				850190037	前回実施年月日(網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190037	初回(網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図))		
				850190038	前回実施年月日(ダーモスコピー):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190038	初回(ダーモスコピー)		
				850190039	前回実施年月日(イヌリンクリアランス測定):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190039	初回(イヌリンクリアランス測定)		
				850190041	前回実施年月日(内服・点滴誘発試験):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190041	初回(内服・点滴誘発試験)		

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
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「検選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他の検査と区別して記載すること。 〔記載例〕 末梢血液一般検査　21×1 末梢血液像(鏡検法)　25×1 （検選） AFP　1,070円×1	830100457	検選:******		
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	撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔を除く。)		
				820183620	撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔に限る。)		
				820181100	撮影部位(単純撮影):頸部(頸椎を除く。)		
				820181220	撮影部位(単純撮影):胸部(肩を除く。)		
				820181300	撮影部位(単純撮影):腹部		
				820181340	撮影部位(単純撮影):骨盤(仙骨部・股関節を除く。)		
				820181120	撮影部位(単純撮影):頚椎		
				820181240	撮影部位(単純撮影):胸椎		
				820181310	撮影部位(単純撮影):腰椎		
				820181320	撮影部位(単純撮影):仙骨部		
				830181200	撮影部位(単純撮影):肩__:******		
				830181400	撮影部位(単純撮影):上腕　:******		
				830181410	撮影部位(単純撮影):肘関節__:******		
				830181420	撮影部位(単純撮影):前腕__:******		
				830181430	撮影部位(単純撮影):手関節__:******		
				830181440	撮影部位(単純撮影):手__:******		
				830181370	撮影部位(単純撮影):股関節　:******		
				830181500	撮影部位(単純撮影):膝__:******		
				830181510	撮影部位(単純撮影):大腿__:******		
				830181520	撮影部位(単純撮影):下腿__:******		
				830181530	撮影部位(単純撮影):足関節__:******		
				830181540	撮影部位(単純撮影):足　:******		
				830189000	撮影部位(単純撮影):その他:******		
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、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。	820100696	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):ア　GCS≦14		
				820100697	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候		
				820100698	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):ウ　意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)		
				820100699	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):エ　受診後の症状所見の悪化		
				820100700	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):オ　家族等の希望		
				820100701	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):カ　その他		
				830100187	詳細な理由及び医学的な必要性(新生児頭部外傷撮影加算(カ　その他)):******		
379	E	コンピューター断層撮影診断料 通則4　乳幼児頭部外傷撮影加算	医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。	820100702	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):ア　GCS≦14		
				820100703	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候		
				820100704	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):ウ　意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)		
				820100705	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):エ　受診後の症状所見の悪化		
				820100706	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):オ　家族等の希望		
				820100707	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):カ　その他		
				830100188	詳細な理由及び医学的な必要性(乳幼児頭部外傷撮影加算(カ　その他)):******		
				820100708	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):ア　GCS≦14		
				820100709	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候		

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
380	E	コンピューター断層撮影診断料 通則4　幼児頭部外傷撮影加算	医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。	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	ポジトロン断層撮影 5　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合	(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(ポジトロン断層撮影(5　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合)):******		
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1		
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		
			画像診断の結果におけるAβ　病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101186	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり		
				820101187	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし		
382	E101-2の6	ポジトロン断層撮影 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(ポジトロン断層撮影　6　PSMAイメージング剤を用いた場合):******		※
383	E101-3の4	ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影　4　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合	(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(ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影(4　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合)):******		
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1		
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		
			画像診断の結果におけるAβ　病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101186	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり		
				820101187	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし		
384	E101-3の5	ポジトロン断層・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(ポジトロン断層・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	ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影　3　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合	(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(ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(3　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合)):******		
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1		
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		
			画像診断の結果におけるAβ　病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101186	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり		
				820101187	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし		
386	E101-2の4	ポジトロン断層・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(ポジトロン断層・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)	○	
			(別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合) 画診共同と表示すること。	170901510	CT撮影(128列以上)共同利用施設(画診共同)	○	
				170901610	CT撮影(128列以上)共同利用施設・頭部外傷(画診共同)	○	
				170901910	CT撮影(128列以上)(その他)(画診共同)	○	
				170902010	CT撮影(128列以上)(その他)頭部外傷(画診共同)	○	
				170040210	CT撮影(64列以上128列未満)共同利用施設(画診共同)	○	
				170040310	CT撮影(64列以上128列未満)共同利用施設・頭部外傷(画診共同)	○	
				170040410	CT撮影(64列以上128列未満)(その他)(画診共同)	○	
				170040510	CT撮影(64列以上128列未満)(その他)頭部外傷(画診共同)	○	
				170040610	CT撮影(16列以上64列未満)(画診共同)	○	
				170040710	CT撮影(16列以上64列未満)頭部外傷(画診共同)	○	

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		170040810	CT撮影(4列以上16列未満)(画診共同)	○	
				170040910	CT撮影(4列以上16列未満)頭部外傷(画診共同)	○	
				170041010	CT撮影(イ、ロ又はハ以外)(画診共同)	○	
				170041110	CT撮影(イ、ロ又はハ以外)頭部外傷(画診共同)	○	
				170041210	脳槽CT撮影(造影含む)(画診共同)	○	
				170041310	脳槽CT撮影(造影含む)頭部外傷(画診共同)	○	
			撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。	820182000	撮影部位(CT撮影):頭部(副鼻腔を除く)		
				820182800	撮影部位(CT撮影):頭部(副鼻腔)		
				820182110	撮影部位(CT撮影):頸部		
				820182210	撮影部位(CT撮影):胸部・肩		
				820182300	撮影部位(CT撮影):腹部		
				820182350	撮影部位(CT撮影):骨盤・股関節		
				820182600	撮影部位(CT撮影):四肢		
				820182700	撮影部位(CT撮影):全身		
				820182250	撮影部位(CT撮影):心臓		
				820182230	撮影部位(CT撮影):脊椎		
				830189100	撮影部位(CT撮影)(その他):*******		
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部E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)の(8)のアからオまでの該当するものを選択して記載すること。なお、オに該当する場合はその詳細な理由を記載する。	820100723	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常		
				820100724	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):イ 急性冠症候群		
				820100725	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ウ 狭心症		
				820100726	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子が認められる場合		
				820100727	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):オ その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合		
				830100191	その詳細な理由(冠動脈CT撮影加算):******		
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) 画診共同と表示すること。	170041410	MRI撮影(3テスラ以上)共同利用施設(画診共同)	○	
				170041510	MRI撮影(3テスラ以上)(その他)(画診共同)	○	
				170041610	MRI撮影(1．5テスラ以上3テスラ未満)(画診共同)	○	
				170041710	MRI撮影(1又は2以外)(画診共同)	○	
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)		
393	F100 F400	処方料 処方箋料	(診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第5部第2節F100処方料の(3)のアの(イ)から(ニ)に定める内容に該当し、処方料又は処方箋料について「1」の点数を算定しない場合) その理由を記載すること。	830100193	1を算定しない理由(処方料):*******		
				830100194	1を算定しない理由(処方箋料):*******		
			(精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間の場合) 当該保険医療機関の初診年月日を記載すること。	850100200	初診年月日(処方料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100201	初診年月日(処方箋料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間の場合) 薬剤の切り替えの開始年月日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。	850100202	薬剤切替開始年月日(処方料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100203	薬剤切替開始年月日(処方箋料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100195	切替対象薬剤名(処方料):******		
				830100196	切替対象薬剤名(処方箋料):******		
				830100197	新しく導入する薬剤名(処方料):******		
				830100198	新しく導入する薬剤名(処方箋料):******		
			(向精神薬多剤投与に関する臨時に投与した場合) 臨時の投与の開始年月日を記載すること。	850100204	臨時投与開始年月日(処方料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100205	臨時投与開始年月日(処方箋料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合) その旨を記載すること。	820100741	複数診療科で処方		

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
			（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療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第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）：*********		※
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）		
			（入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者に対してビタミン剤を投与した場合） 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	830100201	ビタミン剤の投与趣旨（薬剤）：******		
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・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合） 所定単位当たりの薬剤名、貼付剤の枚数としての投与量を記載した上で、貼付剤の枚数としての1日用量又は投与日数を記載すること。	830100204	鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤の1日用量又は投与日数（薬剤料）：******		
			（1回の処方において、63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合） 当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。	830000052	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した理由：******		
			（緊急やむを得ず、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を処方せんにより投薬した場合） その年月日及び理由を記載すること。	850100206	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100205	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った理由（処方箋料）：******		
			（長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬を14日を超えて投与した場合） 当該長期投与の理由を記載すること。	830100206	長期投与理由（薬剤料・処方箋料）：******		
			（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、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（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）：******		
			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)	○	※
			疾患名及び治療開始年月日を記載すること。	830100208	疾患名（心大血管疾患リハビリテーション料）：******		
				850100209	治療開始年月日（心大血管疾患リハビリテーション料）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和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	（標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等（平成20年3月5日厚生労働省告示第63号）別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）） ①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure:FIM）、基本的日常生活活動度（Barthel Index:BI）、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあっては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えない。なお、継続の理由については、具体的には 次の例を参考にして記載すること。 ［記載例］ 本患者は、2023年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に水頭症及び敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2024年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超えるが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリ開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。	830100209	継続理由(心大血管疾患リハビリテーション料):******		
			（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合） 新たな疾患名及び治療開始日又は発症年月日等を記載すること。	830100210	新たな疾患名(心大血管疾患リハビリテーション料):******		
				850100210	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(心大血管疾患リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100211	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日(心大血管疾患リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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）を日毎に記載すること。	850190230	算定の根拠となった要件アの年月日(急性期リハビリテーション加算)(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えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）） 心大血管疾患リハビリテーション料（項番375）と同様。	830100212	継続理由(脳血管疾患等リハビリテーション料):******		
			（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合） 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。	830100213	新たな疾患名(脳血管疾患等リハビリテーション料):******		
				850100219	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100220	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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
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)を日毎に記載すること。	850100535	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)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100536	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)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100537	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)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100538	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)(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。	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(1)(理学療法士による場合)	○	
				∫	∫		
				180770130	廃用症候群リハビリテーション料(離床減)	○	※
			廃用症候群の診断又は急性増悪した年月日を記載すること。廃用症候群に係る評価表を添付すること又は同様の情報を「摘要」欄に記載すること。	830100214	疾患名(廃用症候群リハビリテーション料):******		
				850100545	診断年月日(廃用症候群リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100546	急性増悪年月日(廃用症候群リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			(標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番375)と同様。	830100215	継続理由(廃用症候群リハビリテーション料):******		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始日又は発症月日等を記載すること。	830100216	新たな疾患名(廃用症候群リハビリテーション料):******		
				850100222	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日(廃用症候群リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100223	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日(廃用症候群リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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)を日毎に記載すること。	850100549	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)(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要件イの年月日(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要件ウの年月日(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要件エの年月日(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(1)(理学療法士による場合)	○	
				≀	≀		
				180772730	運動器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。	830100217	疾患名(運動器リハビリテーション料):******		
				850100224	発症年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100391	手術年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100392	急性増悪年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100440	最初に診断された年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番375)と同様。	830100218	継続理由(運動器リハビリテーション料):******		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。	830100219	新たな疾患名(運動器リハビリテーション料):******		
				850100225	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100226	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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部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(1)(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部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	ベーチェット病		
				820100075	多発性硬化症		
				820100076	重症筋無力症		
				820100160	全身性エリテマトーデス		
				820100077	スモン		
				820100078	筋萎縮性側索硬化症		
				820100161	強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎		
				820100162	結節性動脈周囲炎		
				820100163	ビュルガー病		
				820100079	脊髄小脳変性症		
				820100164	悪性関節リウマチ		
				820100165	パーキンソン病関連疾患		
				820100166	アミロイドーシス		
				820100167	後縦靭帯骨化症		
				820100080	ハンチントン病		
				820100168	モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症)		
				820100169	ウェゲナー肉芽腫症		
				820100299	多系統萎縮症		
				820100170	広範脊柱管狭窄症		

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	特発性大腿骨頭壊死症		
				820100172	混合性結合組織病		
				820100084	プリオン病		
				820100173	ギラン・バレー症候群		
				820100174	黄色靭帯骨化症		
				820100175	シェーグレン症候群		
				820100176	成人発症スチル病		
				820100177	関節リウマチ		
				820100085	亜急性硬化性全脳炎		
				820100086	ライソゾーム病		
				820100087	副腎白質ジストロフィー		
				820100088	脊髄性筋萎縮症		
				820100089	球脊髄性筋萎縮症		
				820100090	慢性炎症性脱髄性多発神経炎		
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選択して記載すること。	820100178	脳性麻痺の患者	○	
				820100179	胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者		
				820100180	顎・口腔の先天異常の患者		
				820100181	先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者		
				820100182	先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者		
				820100183	先天性又は進行性の神経筋疾患の患者		
				820100184	神経障害による麻痺及び後遺症の患者		
				820100185	言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者		
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	1 がんの治療のための手術が行われる予定又は行われたもの		
				820100813	2 がんの治療のための骨髄抑制を来たしうる化学療法が行われる予定又は行われたもの		
				820100814	3 がんの治療のための放射線治療が行われる予定又は行われたもの		
				820100815	4 がんの治療のための造血幹細胞移植が行われる予定又は行われたもの		
				820100193	5 進行がん等の患者で、在宅復帰を目的としたリハビリが必要なもの		
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	認知症高齢者の日常生活自立度 1		
				820100195	認知症高齢者の日常生活自立度 2		
				820100196	認知症高齢者の日常生活自立度 2a		
				820100197	認知症高齢者の日常生活自立度 2b		
				820100198	認知症高齢者の日常生活自立度 3		
				820100199	認知症高齢者の日常生活自立度 3a		
				820100200	認知症高齢者の日常生活自立度 3b		
				820100201	認知症高齢者の日常生活自立度 4		
				820100202	認知症高齢者の日常生活自立度 M		
435	H	「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを実施した場合	次の例により「リハ選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。 〔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	治療開始年月日(経頭蓋磁気刺激療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100236	治療終了年月日(経頭蓋磁気刺激療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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。	850100237	退院年月日(通院・在宅精神療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			診療に要した時間に応じて、選択して記載すること。 ただし、30分又は60分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「30分超」又は「60分超」と記載しても差し支えない。	820101309	5分を超え10分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101310	10分以上20分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101311	20分以上30分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101312	30分以上40分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101313	40分以上50分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101314	50分以上60分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101315	30分超60分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101316	60分超(通院・在宅精神療法)		
			(1回の処方において2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬を投与した場合) 投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を記載すること。	820101188	投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について説明を行った		
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	精神科初回受診年月日(通院・在宅精神療法(20歳未満)加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100239	精神科初回受診年月日(児童思春期精神科専門管理加算(16歳未満)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100240	精神科初回受診年月日(児童思春期精神科専門管理加算(20歳未満)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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)のアの(イ)から(ニ)のいずれかに該当し、算定する場合) (3)のアの(イ)から(ニ)までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100203	(イ) 精神疾患患者が他医療機関で既に向精神薬多剤投与の場合		
				820100204	(ロ) 向精神薬投与患者の既投与薬と新導入薬の一時的併用の場合		
				820100205	(ハ) 臨時に投与した場合		
				820100206	(ニ) やむを得ず投与を行う場合(抗うつ薬又は抗精神病薬に限る)		
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"		
				842100053	一連の治療の算定回数の合計(認知療法・認知行動療法);******		
			当該診療に要した時間を記載すること。	852100015	認知療法・認知行動療法に要した時間(認知療法・認知行動療法)		
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。)	○	
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)	○	
			(初診の日に心身医学療法を算定した場合) 診療に要した時間を記載すること。	852100010	診療に要した時間(心身医学療法)		
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);******		
				830100228	通算入院期間(精神科デイ・ナイト・ケア);******		
			(入院中の患者に精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアを算定した場合) 算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
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病床を退院した年月日を記載すること。	850100247	初回精神科デイ・ケア等算定年月日(早期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100248	精神病床の退院年月日(早期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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(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	介護職員等と同行訪問した年月日を記載すること。	850100255	介護職員等同行訪問年月日(看護・介護職員連携強化加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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);******		※
				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)		※
			(特別地域訪問看護加算ロの場合) 精神科訪問看護・指導を行った年月日を記載すること。	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ロの場合);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			(特別地域訪問看護加算ロの場合) 精神科訪問看護・指導に要した時間を記載すること。	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ロの場合)		※
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部J016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、深達度及び面積を含む。)、これまでの治療経過(初回の場合はその旨を記載)、慢性静脈不全と診断した根拠(下肢静脈超音波検査等の所見)、静脈圧迫処置を必要とする医学的理由及び指導内容について記載すること。	830100240	難治性潰瘍の所見(静脈圧迫処置);******		
				830100241	治療経過(静脈圧迫処置);******		
				830100242	慢性静脈不全等と診断した根拠(下肢静脈超音波検査等の所見)(静脈圧迫処置);******		
				830100243	静脈圧迫処置を必要とする医学的理由(静脈圧迫処置);******		
				830100244	指導内容(静脈圧迫処置);******		
471	J003	局所陰圧閉鎖処置(入院)	(J040局所灌流の「2」骨膜・骨髄炎に対するものを併せて算定する場合) その理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830100245	理由及び医学的根拠(局所陰圧閉鎖処置と洗浄を行った場合);******		
			初回加算を算定した年月日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を記載すること。	850100442	初回加算算定年月日(局所陰圧閉鎖処置(入院));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100246	陰圧維持管理装置として使用した機器(局所陰圧閉鎖処置(入院));******		
				830100247	医学的必要性(局所陰圧閉鎖処置(入院));******		
			(創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合) 併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置のそれぞれの対象部位を記載すること。	830100459	併算定した処置の部位(局所陰圧閉鎖処置);******		
				830100460	対象部位(局所陰圧閉鎖処置);******		
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"		
			(創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合) 併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置のそれぞれの対象部位を記載すること。	830100459	併算定した処置の部位(局所陰圧閉鎖処置);******		
				830100460	対象部位(局所陰圧閉鎖処置);******		
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記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100250	症状詳記(硬膜外自家血注入):******		
477	J026-4	ハイフローセラピー	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果を記載すること。	830100251	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度測定結果(ハイフローセラピー):******		
478	J027	高気圧酸素治療	一連の治療における初回実施年月日及び初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	850100272	初回実施年月日(高気圧酸素治療):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100056	通算実施回数(高気圧酸素治療):******		
			(高気圧酸素治療の「1」を算定した場合) 減圧症又は空気塞栓が発症した年月日を記載すること。	850100273	減圧症又は空気塞栓発症年月日(高気圧酸素治療):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			(高気圧酸素治療の「1」について、長時間加算を算定した場合) 高気圧酸素治療の実施時間を記載すること。	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	人工腎臓を算定した日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			(慢性維持透析以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合) その理由として「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038人工腎臓の(8)のアからエまで(エについては(イ)から(ヌ)まで)に規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100211	ア 急性腎不全の患者		
				820100212	イ 透析導入期(1月に限る。)の患者		
				820100213	ウ 血液濾過又は血液透析濾過を実施		
				820100214	エ 特別な管理が必要(イ 進行性眼底出血)		
				820100215	エ 特別な管理が必要(ロ 重篤な急性出血性合併症)		
				820100216	エ 特別な管理が必要(ハ ヘパリン起因性血小板減少症)		
				820100217	エ 特別な管理が必要(ニ 播種性血管内凝固症候群)		
				820100218	エ 特別な管理が必要(ホ 敗血症)		
				820100219	エ 特別な管理が必要(ヘ 急性膵炎)		
				820100220	エ 特別な管理が必要(ト 重篤な急性肝不全)		
				820100221	エ 特別な管理が必要(チ 注射による化学療法中の悪性腫瘍)		
				820100222	エ 特別な管理が必要(リ 自己免疫疾患の活動性が高い状態)		
				820100223	エ 特別な管理が必要(ヌ 麻酔による手術を実施した状態)		
			C102在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載すること。	830100252	在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している他の保険医療機関名(人工腎臓):******		
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。	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 常時低血圧症(収縮期血圧が90mmHg以下)の者		
				820100231	ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者		
				820100232	ケ 出血性消化器病変を有する者		
				820100233	コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者		
				820100234	サ 重症感染症に合併しているために入院中の患者		
				820100235	シ 末期癌に合併しているために入院中の患者		
				820100236	ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの		
				820100237	セ 妊婦(妊娠中期以降)		
				820100238	ソ うっ血性心不全(NYHA3度以上)		
				820100239	タ 12歳未満の小児		
				820100240	チ 人工呼吸を実施中の患者		
				820100241	ツ 結核菌を排菌中の患者		
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)		

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)のアからカまでのいずれかに該当する場合は、該当項目を記載すること。	820100750	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):ア 末期腎不全の患者		
				820100751	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):イ 急性腎障害と診断された、高度代謝性アシドーシスの患者		
				820100752	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):ウ 薬物中毒の患者		
				820100753	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):エ 急性腎障害と診断された、尿毒症の患者		
				820100754	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):オ 急性腎障害と診断された、電解質異常の患者		
				820100755	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):カ 急性腎障害と診断された、体液過剰状態の患者		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038-2持続緩徐式血液濾過の(2)のキからケまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。	830100253	キの要件を満たす医学的根拠(重症急性膵炎の患者)(持続緩徐式血液濾過);******		
				830100254	クの要件を満たす医学的根拠(重症敗血症の患者)(持続緩徐式血液濾過);******		
				830100255	ケの要件を満たす医学的根拠(劇症肝炎又は術後肝不全)(持続緩徐式血液濾過);******		
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);******		
			(血栓性血小板減少性紫斑病の患者に対し、血小板数が15万/μL以上となった日の2日後以降に実施した場合) その理由及び医学的根拠を記載すること。	830100256	理由及び医学的根拠(血漿交換療法);******		
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)のアに該当する場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のアの①から③までのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。	830100257	アの1の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
				830100258	アの2の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
				830100259	アの3の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のイに該当する場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のイの①及び②の要件を満たす医学的根拠について記載すること。	830100260	イの1の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
				830100261	イの2の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
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);******		
				830100765	48週間を超えて算定する理由(血球成分除去療法);******		
			(ステロイド抵抗性又は不耐容の慢性移植片対宿主病(GVHD)患者に対しては、臨床症状の改善又はステロイドの減量を目的として行った場合であって、医学的な必要性から一連につき24週間に31回を超えて算定する場合) その理由を記載すること。	830100863	24週間に31回を超えて算定する理由(血球成分除去療法);******		
			初回実施に当たっては、医学的な必要性を記載すること。	830100766	医学的な必要性(初回)(血球成分除去療法);******		
			一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものも含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	850100444	初回実施年月日(血球成分除去療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100060	通算実施回数(血球成分除去療法);******		
				851100017	開始時刻(血球成分除去療法)		
				851100018	終了時刻(血球成分除去療法)		
491	J042の1	連続携行式腹膜灌流の導入期加算	導入の年月日を記載すること。	850100279	導入年月日(導入期加算(腹膜灌流));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
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)のアからキまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820101242	ア 傍ストーマヘルニア(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		
				820101243	イ ストーマ脱出(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		
				820101244	ウ ストーマ腫瘤(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		
				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))		

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
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ついては、その旨記載すること。	850100445	開始年月日(人工呼吸　5時間を超えた場合);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100864	人工呼吸開始日の特定が困難な理由(人工呼吸　5時間を超えた場合);******		
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	冷却痔処置	内痔核の重症度について、Ⅰ度又はⅡ度のうち該当するものを選択して記載すること。	820100242	重症度　1度		
				820100243	重症度　2度		
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)第九のトに該当する患者))について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合) 処置名を記載すること。	140003210	胸腔穿刺(洗浄、注入及び排液を含む)	○	
				140003610	腹腔穿刺(人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む)	○	
			(重度の肢体不自由者及び人工腎臓を実施している状態にある患者(同告示第九のニ又はリに該当する患者))「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日老健第102-2号)におけるランクについて、ランクB又はランクCのうち該当するものを選択して記載すること。	820100244	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)　ランクB		
				820100245	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)　ランクC		
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);******		※
			(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);******		

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
510	K002	デブリードマン	(A群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎に対して行う場合) 病歴、細菌培養検査及び画像所見を記載すること。	830100268	病歴(デブリードマン):******		
				830100269	細菌培養検査結果(デブリードマン):******		
				830100270	画像所見(デブリードマン):********		
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。	820100246	ア 留意事項通知に規定する一次再建		
				820100247	イ 留意事項通知に規定する二次再建		
			(一連の治療につき2回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。	830100271	詳細理由(組織拡張器による再建手術(乳房(再建手術))):******		
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	骨折観血的手術の緊急整復固定加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	853100006	骨折した日時(緊急整復固定加算):dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100007	手術を開始した日時(緊急整復固定加算):dd"日"hh"時"mm"分"		
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場合) その理由を記載すること。	830100275	実施理由(超音波骨折治療法):******		
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100276	指導内容(超音波骨折治療法):******		
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	靭帯断裂形成手術(関節鏡下)の一期的両靭帯形成加算	両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見等及び一期的な両靭帯形成術の医学的必要性を記載すること。	830100277	両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見(一期的両靭帯形成加算):******		
				830100278	一期的な両靭帯形成術の医学的必要性(一期的両靭帯形成加算):******		
520	K081注	人工骨頭挿入術の緊急挿入加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	853100008	骨折した日時(緊急挿入加算):dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100009	手術を開始した日時(緊急挿入加算):dd"日"hh"時"mm"分"		
521	K082の1のロ	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(水晶体嚢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):******		

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部K546経皮的冠動脈形成術の（1）から（3）、（6）、（7）、K547経皮的冠動脈粥腫切除術の（1）及び（2）、K548経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の（1）又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の（1）から（3）、（6）、（7）に該当する場合は、所定の事項を記載すること。	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):******		
				830100551	医学的根拠(留意事項通知K546(3)のア):******		
				830100552	重症度及びその医学的根拠(留意事項通知K546(3)のア):******		
				830100553	医学的根拠(留意事項通知K546(3)のイ):******		
				830100554	短期リスク評価及びその医学的根拠(留意事項通知K546(3)のイ):******		
				830100555	医学的根拠(留意事項通知K546(3)のウ):******		
				830100556	詳細な理由・医学的根拠(留意事項通知K546(6)):******		
				830100557	過去に実施した手術(留意事項通知K546(7)のイ):******		
				830100558	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K546(7)のイ):******		
				830100559	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K546(7)のウ):******		
				830100560	理由・医学的根拠(留意事項通知K547(1)):******		
				830100561	過去に実施した手術(留意事項通知K547(2)のイ):******		
				830100562	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K547(2)のイ):******		
				830100563	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K547(2)のウ):******		
				830100564	過去に実施した手術(留意事項通知K548(1)のイ):******		
				830100565	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K548(1)のイ):******		
				830100566	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K548(1)のウ):******		
				830100567	理由・医学的根拠(留意事項通知K549(1)):******		
				830100568	医学的根拠(留意事項通知K549(2)のア):******		
				830100569	測定項目数(留意事項通知K549(2)のア):******		
				830100570	医学的根拠(留意事項通知K549(2)のイ):******		
				830100571	医学的根拠(留意事項通知K549(2)のウ):******		
				830100572	医学的根拠(留意事項通知K549(3)のア):******		
				830100573	重症度及びその医学的根拠(留意事項通知K549(3)のア):******		
				830100574	医学的根拠(留意事項通知K549(3)のイ):******		
				830100575	短期リスク評価及びその医学的根拠(留意事項通知K549(3)のイ):******		
				830100576	医学的根拠(留意事項通知K549(3)のウ):******		
				830100577	詳細な理由・医学的根拠(留意事項通知K549(6)):******		
				830100578	過去に実施した手術(留意事項通知K549(7)のイ):******		
				830100579	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K549(7)のイ):******		
				830100580	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K549(7)のウ):******		
				842100075	留意事項通知K546(2)のア測定値:		
				842100076	留意事項通知K549(2)のア測定値:		
				850100453	留意事項通知K546(7)のア過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100454	留意事項通知K547(2)のア過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100455	留意事項通知K548(1)のア過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100456	留意事項通知K549(7)のア過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100039	留意事項通知K546(2)のイの(イ) 所見の得られた時刻		
				851100040	留意事項通知K546(2)のイの(ニ) 所見の得られた時刻		
				851100041	留意事項通知K546(2)のイの(ハ) 所見の得られた時刻		
				851100042	留意事項通知K546(2)のイの(ホ) 所見の得られた時刻		
				851100043	留意事項通知K546(2)のイの(ロ) 所見の得られた時刻		
				851100044	留意事項通知K546(2)のウの(イ) 再開通時刻		
				851100045	留意事項通知K546(2)のウの(イ) 発症時刻		
				851100046	留意事項通知K546(2)のウの(イ) 来院時刻		
				851100047	留意事項通知K546(2)のウの(ロ) 再開通時刻		
				851100048	留意事項通知K546(2)のウの(ロ) 発症時刻		
				851100049	留意事項通知K546(2)のウの(ロ) 来院時刻		
				851100050	留意事項通知K546(3)のウ手術開始時刻		
				851100051	留意事項通知K546(3)のウ来院時刻		
				851100052	留意事項通知K549(2)のイの(イ) 所見の得られた時刻		
				851100053	留意事項通知K549(2)のイの(ニ) 所見の得られた時刻		
				851100054	留意事項通知K549(2)のイの(ハ) 所見の得られた時刻		
				851100055	留意事項通知K549(2)のイの(ホ) 所見の得られた時刻		
				851100056	留意事項通知K549(2)のイの(ロ) 所見の得られた時刻		
				851100057	留意事項通知K549(2)のウの(イ) 再開通時刻		
				851100058	留意事項通知K549(2)のウの(イ) 発症時刻		
				851100059	留意事項通知K549(2)のウの(イ) 来院時刻		
				851100060	留意事項通知K549(2)のウの(ロ) 再開通時刻		
				851100061	留意事項通知K549(2)のウの(ロ) 発症時刻		

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
				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		
				830100581	医学的根拠(留意事項通知K546(4)のア):******		
				830100582	医学的根拠(留意事項通知K546(4)のイ):******		
				830100583	医学的根拠(留意事項通知K546(4)のウ):******		
				830100584	医学的必要性及び検討結果(留意事項通知K546(4)のウ):******		
				830100585	医学的根拠(留意事項通知K549(4)のア):******		
				830100586	医学的根拠(留意事項通知K549(4)のイ):******		
				830100587	医学的根拠(留意事項通知K549(4)のウ):******		
				830100588	医学的必要性及び検討結果(留意事項通知K549(4)のウ):******		
			(経皮的冠動脈形成術又は経皮的冠動脈ステント留置術の「3」その他のものを算定する場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K546経皮的冠動脈形成術又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の(4)のアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、実施の医学的な必要性及びカンファレンス等の検討の結果を記載すること。	820100756	該当する病変(経皮的冠動脈形成術):ア 機能的虚血の原因である狭窄病変		
				820100757	該当する病変(経皮的冠動脈形成術):イ 心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変		
				820100758	該当する病変(経皮的冠動脈形成術):ウ その他医学的必要性が認められる病変		
				830100287	実施の医学的な必要性及びカンファレンス等の検討結果(経皮的冠動脈形成術):******		
				820100759	該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):ア 機能的虚血の原因である狭窄病変		
				820100760	該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):イ 心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変		
				820100761	該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):ウ その他医学的必要性が認められる病変		
				830100288	実施の医学的な必要性及びカンファレンス等の検討結果(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):******		
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。	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)):******		
			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。	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"		

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
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);******		
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。	820100254	開腹による胃瘻造設術		
				820100255	経皮的内視鏡下胃瘻造設術		
				820100256	腹腔鏡下胃瘻造設術		
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	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100592	症状詳記(バルーン内視鏡加算);******		
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 精子ー頚管粘液不適合 エ 機能性不妊	820100881	ア 精子・精液の量的・質的異常(人工授精)		
				820100882	イ 射精障害・性交障害(人工授精)		
				820100883	ウ 精子ー頚管粘液不適合(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);******		
			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);******		

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
567	K890-4	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)		
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	820100889	ア 卵管性不妊(体外受精・顕微授精管理料)		
				820100890	イ 男性不妊(閉塞性無精子症等)(体外受精・顕微授精管理料)		
				820100891	ウ 機能性不妊(体外受精・顕微授精管理料)		
				820100892	エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合(体外受精・顕微授精管理料)		
			(顕微授精及び必要な医学管理を行った場合) 管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数を記載すること。	850100457	管理を開始した年月日(体外受精・顕微授精管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100600	顕微受精を実施した卵子の数(体外受精・顕微授精管理料):******		
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。	150327510	自己血貯血(6歳以上)(液状保存)	○	
				150327610	自己血貯血(6歳以上)(凍結保存)	○	
				150327710	自己血貯血(6歳未満)(液状保存)	○	
				150327810	自己血貯血(6歳未満)(凍結保存)	○	
				850100464	自己血貯血手術予定年月日		
			(6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合) 患者の体重を記載すること。	840000082	患者体重　　g		
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)	○	
				150286510	自己血輸血(6歳未満)(凍結保存)	○	
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。	840000082	患者体重　　g		
				150390610	希釈式自己血輸血(6歳未満)	○	
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。	840000082	患者体重　　g		
				842100114	出血量(術中術後自己血回収術):******		
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。	830100962	医学的必要性(画像等手術支援加算(実物大臓器立体モデルによるもの(イ複雑先天性心疾患の患者に行う場合))):******		※
582	K939-5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	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)	○	

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
			各区分ごとの麻酔時間を記載すること。	150332610 150332510 等	閉鎖循環式全身麻酔1 閉鎖循環式全身麻酔1(麻酔困難な患者) 等	○	
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)のアからハまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100260	ア 心不全(NYHA3度以上のものに限る。)の患者		
				820100261	イ 狭心症(CCS分類3度以上のものに限る。)の患者		
				820100262	ウ 心筋梗塞(発症後3月以内のものに限る。)の患者		
				820100263	エ 大動脈閉鎖不全等(いずれも中等度以上のものに限る。)の患者		
				820100264	オ 留意事項通知に規定する大動脈弁狭窄又は僧帽弁狭窄の患者		
				820100265	カ 植込型ペースメーカー又は植込型除細動器を使用している患者		
				820100266	キ 留意事項通知に規定する先天性心疾患の患者		
				820100267	ク 留意事項通知に規定する肺動脈性肺高血圧症の患者		
				820100268	ケ 留意事項通知に規定する呼吸不全の患者		
				820100269	コ 留意事項通知に規定する換気障害の患者		
				820100270	サ 留意事項通知に規定する気管支喘息の患者		
				820100271	シ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者		
				820100272	ス 留意事項通知に規定する腎不全の患者		
				820100273	セ 肝不全(Child－Pugh分類B以上のものに限る。)の患者		
				820100274	ソ 貧血(Hb6．0g／dL未満のものに限る。)の患者		
				820100275	タ 血液凝固能低下(PT－INR2．0以上のものに限る。)の患者		
				820100276	チ DICの患者		
				820100277	ツ 血小板減少(血小板5万／uL未満のものに限る。)の患者		
				820100278	テ 敗血症(SIRSを伴うものに限る。)の患者		
				820100279	ト 留意事項通知に規定するショック状態の患者		
				820100280	ナ 完全脊髄損傷(第5胸椎より高位のものに限る。)の患者		
				820100281	ニ 心肺補助を行っている患者		
				820100282	ヌ 人工呼吸を行っている患者		
				820100283	ネ 透析を行っている患者		
				820100284	ノ 大動脈内バルーンパンピングを行っている患者		
				820100285	ハ BMI35以上の患者		
			(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・半閉鎖式等の全身麻酔を 20 分以上実施した場合) 医学的必要性を記載すること。	830100963	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	(K561に掲げるステントグラフト内挿術(血管損傷以外の場合において、胸部大動脈に限る。)については、弓部大動脈においてステント留置を行う若しくは弓部3分枝の血管吻合を行う際に術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合) その医学的必要性を記載すること。	830100870	医学的必要性(術中脳灌流モニタリング加算):******		
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) 放射性粒子、高線量率イリジウム又は低線量率イリジウムの中から該当するものを選択して記載するとともに、使用量を記載すること。	770070000	放射性粒子	○	
				770050000	高線量率イリジウム	○	
				770060000	低線量率イリジウム	○	
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。	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:******		
				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		

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
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。	820100764	対象患者(T－M(セルブロック法)):胃癌を疑う患者		
				820100765	対象患者(T－M(セルブロック法)):大腸癌を疑う患者		
				820100766	対象患者(T－M(セルブロック法)):卵巣癌を疑う患者		
				820100767	対象患者(T－M(セルブロック法)):悪性リンパ腫を疑う患者		
				820101194	対象患者(T－M(セルブロック法)):乳癌を疑う患者		
			(肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫又は乳癌を疑う患者に対して実施した場合) 組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100326	実施困難理由(T－M(セルブロック法));******		
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部N002免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製(10)に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100797	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):悪性中皮腫を疑う患者		
				820100798	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):肺悪性腫瘍を疑う患者		
				820100799	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):胃癌を疑う患者		
				820100800	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):大腸癌を疑う患者		
				820100801	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):卵巣癌を疑う患者		
				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2に規定する、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して標本作製を実施した場合の加算	対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N002免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の(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ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判定するための補助に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、HER2低発現の確認により当該抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、本標本作製を再度行う場合) 再度免疫染色が必要である医学的な理由を記載すること。また、初回の標本作製の実施日を選択すること。	830100872	再度免疫染色が必要である医学的な理由(HER2タンパク(免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製));******		
				820190498	初回の標本作製の実施日「令和6年3月30日以前」		
				820190499	初回の標本作製の実施日「令和6年3月31日以降」		
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って、別に1回算定する場合) 医学的な必要性を記載すること。	830100873	医学的な必要性(ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製);******		
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	病理診断料の悪性腫瘍病理組織標本加算	検体を摘出した手術の名称を記載すること。	830100331	検体を摘出した手術名(悪性腫瘍病理組織標本加算);******		
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);******		
			(内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者及び内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者に対して実施した場合) 内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果を記載すること。また、健康診断として内視鏡を行った場合はその旨記載すること。	830100613	内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果;******		
				820100901	健康診断として内視鏡検査を実施		
			除菌前感染診断及び除菌後感染診断において、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対し再度検査を実施した場合は、各々の検査法及び検査結果について記載すること。	830100614	検査方法;******		
				830100615	検査結果;******		
			除菌後感染診断を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に除菌終了年月日を記載すること。	850100465	除菌終了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			静菌作用を有する薬剤を投与していた患者に対し、除菌前感染診断及び除菌後感染診断を実施する場合は、当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了年月日を記載すること。	850100466	薬剤投与中止年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100467	終了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			除菌後の感染診断を目的として抗体測定を実施する場合については、除菌前並びに除菌後の抗体測定実施年月日及び測定結果を記載すること。	850100468	抗体測定実施年月日(除菌前):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100469	抗体測定実施年月日(除菌後):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100616	測定結果;******		

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
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って、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。	820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため		
				820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため		
				820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため		
				820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		
606		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		
607		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		
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往診を行った場合）	対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨を記載すること。	820100298	介護療養型老健施設入居者		
			（緊急時施設治療管理料を算定する往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合） その年月日及び時刻を記載すること。	850100295	介護保険の緊急時施設療養の算定年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100021	介護保険の緊急時施設療養の算定時刻		
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		※
612	A000	初診料	（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関で、過去3年間にコンタクトレンズを処方したことがある場合） 直近の処方年月日と処方期間を摘要欄に記載すること。	850100618	直近のコンタクトレンズの処方年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				830101001	コンタクトレンズを処方した期間：******		※
613		一部保険外療養に関する取扱い	（一部保険外療養の対象医薬品について、一部保険外療養の対象とはせずに、保険給付する場合（対象医薬品について、一部保険外療養の対象とせずに保険給付する処方箋を交付する場合を含む。）） 一部保険外療養の対象とせずに保険給付する理由のうち以下の該当するものを記載すること。なお、該当する理由が複数ある場合は、そのうちいずれか一つを記載することで差し支えない。 ① がん又はがん治療に関連して生じた状態への対応に対象医薬品を処方する場合 ② 指定難病若しくは小児慢性特定疾病（18歳から20歳までの者に限る。）又はこれらに関連して生じた状態に使用するため ③ 国の公費負担医療において対象医薬品を処方する場合 ④ 侵襲を伴う検査、処置又は手術に伴い対象医薬品を処方する場合（当該検査等後、14日以内分の処方又は調剤に限る。） ⑤ 医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる処方を行う場合 ⑥ 類似の要指導医薬品又は一般用医薬品において承認されている効能・効果では対応できない状態への処方を行う場合 ⑦ 妊婦、妊娠している可能性がある者又は授乳婦が、代替性が特に高い要指導医薬品又は一般用医薬品を服用できない場合に処方する場合 なお、上記のほか、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者又は入院時に対象医薬品を処方した場合も一部保険外療養の対象とはならないが、この場合においては、理由の記載は不要である。	820101977	がん又はがん治療に関連して生じた状態に使用するため		
				820101978	指定難病若しくは小児慢性特定疾病（18歳から20歳までの者に限る。）又はこれらに関連して生じた状態に使用するため		
				820101979	国の公費負担医療において使用するため		
				820101980	侵襲を伴う検査、処置又は手術に伴い使用するため		
				820101981	年間の長期使用が医療上必要であるため		
				820101982	類似の要指導医薬品又は一般用医薬品で対応できない効能・効果を目的に使用するため		
				820101983	「妊婦」、「妊娠している可能性がある者」又は「授乳婦」が類似の一般用医薬品等を服用できないため		

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

別表Ⅰ　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧　（歯科）

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
1	－	－	請求に際して、特に説明が必要と判断される内容は、簡潔に記載すること。		―		
2	－	－	医科点数表の例により算定することと告示された項目については、医科の記載要領の別表Ⅰに準じて記載すること。		―		
3	A000	初診料	（健康診断の結果に基づき治療を開始する場合において、初診料を算定しない場合） 健康診断の結果に基づき治療を開始した旨を記載すること。	820100300	健康診断の結果に基づき治療開始		
			（歯科疾患管理料を算定した患者について、再度初診料を算定する場合） 当該患者の前回治療年月日を記載すること。 なお、治療終了後2月以内に、予想しなかった外傷等により当初の管理計画の対象となっていた疾患とは異なる疾病が生じたことにより初診料を算定する場合は、その理由を記載すること。	850100296	前回治療年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100332	初診理由：******		
4	A000	初診料 注9　地域歯科医療加算	歯科巡回診療車による巡回診療の内容を記載すること。	820101872	イ　都道府県等が設置している保険医療機関が歯科巡回診療車を所有している。		※
				820101873	ロ　都道府県の定める医療計画等に基づく巡回診療である。		※
				820101874	ハ　その他イ又はロに準ずるものである。		※
5	A000	初診料 注12　歯科診療特別対応連携加算	当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100333	特連紹介元保険医療機関名：******		
6	A000	初診料 注13　歯科診療特別対応地域支援加算	当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100334	特地紹介元保険医療機関名：******		
7	A000	初診料 注6　歯科診療特別対応加算1、2	（感染症患者に対して歯科診療特別対応加算1又は2を算定した場合） 患者の病名を選択して記載すること。	820101196	（ア）狂犬病		
				820101197	（イ）鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）		
				820101198	（ウ）エムポックス		
				820101199	（エ）重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）		
				820101200	（オ）腎症候性出血熱		
				820101201	（カ）ニパウイルス感染症		
				820101202	（キ）ハンタウイルス肺症候群		
				820101203	（ク）ヘンドラウイルス感染症		
				820101204	（ケ）インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）		
				820101205	（コ）後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）		
				820101206	（サ）麻しん		
				820101207	（シ）メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症		
				820101208	（ス）RSウイルス感染症		
				820101209	（セ）カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症		
				820101210	（ソ）感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）		
				820101211	（タ）急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）		
				820101212	（チ）新型コロナウイルス感染症		
				820101213	（ツ）侵襲性髄膜炎菌感染症		
				820101214	（テ）水痘		
				820101215	（ト）先天性風しん症候群		
				820101216	（ナ）バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症		
				820101217	（ニ）バンコマイシン耐性腸球菌感染症		

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
				820101218	(ヌ)百日咳		
				820101219	(ネ)風しん		
				820101220	(ノ)ペニシリン耐性肺炎球菌感染症		
				820101221	(ハ)無菌性髄膜炎(病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。)		
				820101222	(ヒ)薬剤耐性アシネトバクター感染症		
				820101223	(フ)薬剤耐性緑膿菌感染症		
				820101224	(ヘ)流行性耳下腺炎		
				820101225	(ホ)感染症法第6条第3項に規定する二類感染症		
				820101875	(マ)クロストリジオイデス・ディフィシル感染症		※
				820101876	(ミ)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		※
8	A000	歯科診療特別対応加算1、2及び3	診療時間を記載すること。	CA002 (301000470)	歯科診療特別対応加算1(初診)****分	○	
				CA003 (301000570)	歯科診療特別対応加算2(初診)****分	○	
				CA261 (301122870)	歯科診療特別対応加算3(初診)****分	○	
9	A002	再診料(同日再診) (同日電話再診)	(同日に2回以上の再診(電話等再診を含む。)がある場合) 同日再診、同日電話再診のうち該当するものを記載すること。	301003050	同日再診	○	
				301003250	同日病再診	○	
				301073250	同日再診(未届出)	○	
				301003150	同日電話等再診	○	
				301003350	同日電話等病再診	○	
				301073350	同日電話等再診(未届出)	○	
				301182510	同日再診料(診療所)(情報通信機器を用いた場合)	○	
				301182810	同日再診料(病院)(情報通信機器を用いた場合)	○	
10	A002	再診料(電話再診)	電話再診に係る再診料の回数を記載すること(再掲)。	301002810	電話等再診	○	
				301002910	電話等病再診	○	
				301073110	電話等再診(未届出)	○	
				301003150	同日電話等再診	○	
				301003350	同日電話等病再診	○	
				301073350	同日電話等再診(未届出)	○	
				820101196	(ア)狂犬病		
				820101197	(イ)鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)		
				820101198	(ウ)エムポックス		
				820101199	(エ)重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)		
				820101200	(オ)腎症候性出血熱		
				820101201	(カ)ニパウイルス感染症		
				820101202	(キ)ハンタウイルス肺症候群		
				820101203	(ク)ヘンドラウイルス感染症		

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
11	A002	歯科診療特別対応 加算1、2	（感染症患者に対して歯科診療特別対応加算を算定した場合） 患者の病名を記載すること。	820101204	(ケ)インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)		
				820101205	(コ)後天性免疫不全症候群(ニューモシスチス肺炎に限る。)		
				820101206	(サ)麻しん		
				820101207	(シ)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症		
				820101208	(ス)RSウイルス感染症		
				820101209	(セ)カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症		
				820101210	(ソ)感染性胃腸炎(病原体がノロウイルスであるものに限る。)		
				820101211	(タ)急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)		
				820101212	(チ)新型コロナウイルス感染症		
				820101213	(ツ)侵襲性髄膜炎菌感染症		
				820101214	(テ)水痘		
				820101215	(ト)先天性風しん症候群		
				820101216	(ナ)バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症		
				820101217	(ニ)バンコマイシン耐性腸球菌感染症		
				820101218	(ヌ)百日咳		
				820101219	(ネ)風しん		
				820101220	(ノ)ペニシリン耐性肺炎球菌感染症		
				820101221	(ハ)無菌性髄膜炎(病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。)		
				820101222	(ヒ)薬剤耐性アシネトバクター感染症		
				820101223	(フ)薬剤耐性緑膿菌感染症		
				820101224	(ヘ)流行性耳下腺炎		
				820101225	(ホ)感染症法第6条第3項に規定する二類感染症		
				820101875	(マ)クロストリジオイデス・ディフィシル感染症		※
				820101876	(ミ)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		※
12	A002	歯科診療特別対応 加算1、2及び3	診療時間を記載すること。	CA015 (301001970)	歯科診療特別対応加算1(再診)****分	○	
				CA271 (301123970)	歯科診療特別対応加算2(再診)****分	○	
				CA272 (301124070)	歯科診療特別対応加算3(再診)****分	○	
13	A002	再診料 注13 情報通信機器を用いた診療	特に情報通信機器を用いた歯科診療が必要な患者の状態を選択して記載すること。 なお、複数の状態に該当する場合は、該当する状態を全て記載すること。	820101226	イ 新型インフルエンザ等感染症等の発生時であって、保険医療機関での対面での診療が困難な状況において、歯科診療を必要とする患者		
				820101227	ロ B000－4－2に掲げる小児口腔機能管理料の「注7」又はB000－4－3に掲げる口腔機能管理料の「注7」に規定する患者		
				820101228	ハ B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料の(2)のロ及びトに規定する患者		
				302006410	がん性疼痛緩和指導管理料	○	
				302007810	がん患者指導管理料(歯科医師等の共同診療方針等を文書等で提供)	○	

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
14	B	医学管理等	がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、入院栄養食事指導料、外来緩和ケア管理料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料、遺伝性疾患療養指導管理料、介護支援等連携指導料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、こころの連携指導料（1）、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2、退院時薬剤情報管理指導料、がんゲノムプロファイリング評価提供料、傷病手当金意見書交付料及び医療機器安全管理料は、全体の「その他」欄に当該項目を記載すること。	302007910	がん患者指導管理料（歯科医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）	○	
				302008010	がん患者指導管理料（歯科医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等文書説明）	○	
				302008610	入院栄養食事指導料1（初回）	○	
				302008710	入院栄養食事指導料1（2回目）	○	
				302008810	入院栄養食事指導料2（初回）	○	
				302008910	入院栄養食事指導料2（2回目）	○	
				302006710	外来緩和ケア管理料	○	
				302006910	外来リハビリテーション診療料1	○	
				302007010	外来リハビリテーション診療料2	○	
				302007110	外来放射線照射診療料	○	
				302012210	外来腫瘍化学療法診療料1（イ）	○	
				302012310	外来腫瘍化学療法診療料1（ロ）	○	
				302012410	外来腫瘍化学療法診療料2（イ）	○	
				302012510	外来腫瘍化学療法診療料2（ロ）	○	
				302018510	外来腫瘍化学療法診療料3（イ）	○	
				302018710	外来腫瘍化学療法診療料3（ロ）	○	
				302022810	遺伝性疾患療養指導管理料（イ）	○	
				302022910	遺伝性疾患療養指導管理料（ロ）	○	
				302005210	介護支援等連携指導料1	○	
				302022710	介護支援等連携指導料2	○	
				302007310	がん治療連携計画策定料1	○	
				302007410	がん治療連携計画策定料2	○	
				302005410	がん治療連携指導料	○	
				302007510	がん治療連携管理料（がん診療連携拠点病院）	○	
				302009110	がん治療連携管理料（地域がん診療病院）	○	
				302009210	がん治療連携管理料（小児がん拠点病院）	○	
				302012910	こころの連携指導料（1）	○	
				302004110	退院時共同指導料1（歯援診1又は歯援診2）	○	
				302004210	退院時共同指導料1（1以外）	○	
				302004310	退院時共同指導料2	○	
				302003510	退院時薬剤情報管理指導料	○	
				302013010	がんゲノムプロファイリング評価提供料	○	
				302003610	傷病手当金意見書交付料	○	
				302004810	医療機器安全管理料	○	
15	B000-4	歯科疾患管理料	有床義歯に係る口腔管理のみを行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載する。	820101879	有床義歯に係る口腔管理のみ		※

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
16	B000-4	歯科疾患管理料 注10 総合医療管理加算	主病に係る治療を行っている紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100335	総合医療管理加算紹介元保険医療機関名：******		
17	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料1	（手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づく場合） 依頼元保険医療機関名を記載すること。	830100336	周計依頼元保険医療機関名：******		
18	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料2	（他の保険医療機関で策定した管理計画を修正した場合） 変更前の管理計画書を策定した保険医療機関名を記載すること。	830100994	周計管理計画策定保険医療機関名：******		※
19	B000-6 B000-7	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ) 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)	手術の実施年月日又は予定年月日を記載すること。 （「1 手術前」の算定がなく、「2 手術後」の算定がある場合） 脳卒中等による緊急手術を実施した患者に対して術後早期に口腔機能管理の依頼を受けた旨を記載すること。	850100298	周1（手術後）手術等実施年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100300	周2（手術後）手術等実施年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100302	周1（手術前）手術等予定年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100304	周2（手術前）手術等予定年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100379	脳卒中等の術後早期に口腔機能管理の依頼		
20	B000-8	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)	がん等に係る放射線治療又は化学療法の実施年月日又は予定年月日を記載すること。	850100470	放射線治療等実施年月日（周3）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100306	放射線治療等予定年月日（周3）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			緩和ケアの場合はその旨を記載すること。	820101015	緩和ケア（周3）		
			集中治療室での治療後の一連の治療を実施している患者の場合はその旨を記載すること。	820101327	集中治療室（周3）		
			（長期管理加算を算定する場合） B000－5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850190244	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日（周3（長期管理加算））：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
21	B000-9	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)	がん等に係る放射線治療又は化学療法の実施年月日又は予定年月日を記載すること。	850190277	放射線治療等実施年月日（周4）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190278	放射線治療等予定年月日（周4）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			緩和ケアの場合はその旨を記載すること。	820101328	緩和ケア（周4）		
			集中治療室での治療又はその後の一連の治療を実施している患者の場合はその旨を記載すること。	820101329	集中治療室（周4）		
			（長期管理加算を算定する場合） B000－5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850190246	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日（周4（長期管理加算））：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
22	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料1	（リハビリテーション等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づく場合） 依頼元保険医療機関名を記載すること。	830100875	回計依頼元保険医療機関名：******		
23	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料2	（他の保険医療機関で策定した管理計画を修正した場合） 変更前の管理計画書を策定した保険医療機関名を記載すること。	830100995	回計管理計画策定保険医療機関名：******		※
24	B002	歯科特定疾患療養管理料 注2 共同療養指導計画加算	共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医（区分番号B002 歯科特定疾患療養管理料の「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）の保険医療機関名を記載すること。	830100337	共計主治医の保険医療機関名：******		
25	B003	特定薬剤治療管理料	全体の「その他」欄に初回の算定年月を記載すること。なお、4月目以降の特定薬剤治療管理料は、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。	850100307	薬初回算定年月：(元号)yy"年"mm"月"		
26	B004	悪性腫瘍特異物質治療管理料	実施した腫瘍マーカーの検査名を記載すること。	830100338	悪性腫瘍特異物質治療管理料検査名：******		
27	B004-6-2	歯科治療時医療管理料	当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。	830100339	医管医科の主病名：******		
			（在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療を算定している場合（歯周病継続支援治療を算定した日を除く。）） 当該管理料の要件に該当する患者であって、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療の包括範囲に含まれ個別の算定ができない項目に該当する処置を行った日に当該管理料を算定する場合は、実際に行った処置の項目を記載すること。	830100876	実際に行った処置の項目（歯科治療時医療管理料）：******		
			（区分番号B004-6-2の「注1」に掲げる処置等を開始し、必要な医学管理を行っている際に、患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった場合） 患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった旨を記載すること。	820101229	患者の容体の急変等によりやむを得ず処置等を中止（歯科治療時医療管理料）		
28	B005	開放型病院共同指導料(Ⅰ)	入院日を記載すること。	850100308	開1入院年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
29	B006-4	歯科遠隔連携診療料	連携先の保険医療機関名を記載すること。	830100877	歯科遠隔連携診療料連携先保険医療機関名：******		
30	B007	退院前訪問指導料	（退院前訪問指導料を2回算定する場合） それぞれの訪問指導日を記載すること。	850100309	退院前訪問指導年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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
31	B008	薬剤管理指導料1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合	指導日及び薬剤名を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				830100340	薬管1(安全管理を要する医薬品投与患者)薬剤名:******		
32	B008	薬剤管理指導料2 1の患者以外の患者に対して行う場合	指導日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
33	B008	薬剤管理指導料 注2 麻薬管理指導加算	指導日を記載すること。	850100310	麻加指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
34	B008-2	薬剤総合評価調整管理料	(当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合) 当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。	842100062	薬剤総合評価調整管理料調整前後の種類数:******		
				830100461	薬剤総合評価調整管理料他の保険医療機関名:******		
35	B009	診療情報提供料(Ⅰ)	(保険医療機関以外の機関へ情報提供した場合) 情報提供先を記載すること。	830100341	情1情報提供先:******		
36	B009	診療情報提供料(Ⅰ) 注5 退院患者の紹介加算	退院日を記載すること。	850100311	情1加1退院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
37	B009	診療情報提供料(Ⅰ) 注8 検査・画像情報提供加算 イ	退院日を記載すること。	850100312	検査・画像情報提供加算(退院患者の必要な情報を提供)退院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
38	B011	診療情報等連携共有料	(診療情報等連携共有料1を算定する場合) 連携先の保険医療機関名又は保険薬局名を記載すること。	830100342	診療情報等連携共有料連携先保険医療機関名:******		
				830100878	診療情報等連携共有料連携先保険薬局名:******		
			(診療情報等連携共有料2を算定する場合) 依頼元保険医療機関名を記載すること。	830100879	診療情報等連携共有料依頼元保険医療機関名:******		
39	B011-2	連携強化診療情報提供料	(妊娠中の場合) 妊娠中である旨を記載すること。	820100579	妊娠中(連携強化診療情報提供料)		
40	B011-4	退院時薬剤情報管理指導料	退院日を記載すること。	850100313	退院時薬剤情報管理指導料退院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
41	B012	傷病手当金意見書交付料	全体の「その他」欄に交付年月日を記載すること。	850100089	交付年月日(傷病手当金意見書交付料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合) 当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病の診察開始年月日を「傷病名部位」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)	○	
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)	○	
42	B013	新製有床義歯管理料	(「傷病名部位」欄に記載した欠損部位と装着部位が異なる場合) 装着部位を記載すること。	830100343	義管装着部位:******		
43	B014	退院時共同指導料1	全体の「その他」欄に患者が入院している保険医療機関名を記載。なお、2回目の当該退院時共同指導料は、全体の「その他」欄に別に厚生労働大臣が定める疾病のうち、該当する病名を記載すること。なお、1回目の場合は1回目と記載すること。	830100344	退院時共同指導料1保険医療機関名:******		
				830100345	退院時共同指導料1病名:******		
				820100303	1回目(退院時共同指導料1)		
44	B015	退院時共同指導料2	全体の「その他」欄に当該指導を共同して行った保険医療機関名、共同指導に参画した者の職種及び指導年月日を記載すること。	830100346	退院時共同指導料2保険医療機関名:******		
				830100347	退院時共同指導料2指導参画者の職種:******		
				850100314	退院時共同指導料2指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
45	C000	歯科訪問診療料	訪問診療を行った日付、実施時刻(開始時刻と終了時刻)、訪問先名(記載例:自宅、○○マンション、介護老人保健施設××苑)及び患者の状態を記載すること。 なお、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第2部C000歯科訪問診療料の(10)に該当し、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を所定点数により算定した場合はその理由を記載すること。	853100010	歯科訪問診療日及び開始時刻:dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100011	歯科訪問診療日及び終了時刻:dd"日"hh"時"mm"分"		
				830100348	訪問診療訪問先名:******		
				830100349	訪問診療患者の状態:******		
				820100382	(10)容体が急変し、やむを得ず治療中断		
				CC001 (303000370)	患家診療時間加算(歯科訪問診療)	○	

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
46	C000	歯科訪問診療料 注8 患家診療時間加算 注9 歯科診療特別対応加算 注10 緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算	（患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算がある場合） 全体の「その他」欄に患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算である旨を記載すること。	CC002 （303000470）	歯科診療特別対応加算1（歯科訪問診療料）	○	
				CC003 （303000570）	歯科診療特別対応加算2（歯科訪問診療料）	○	
				CC084 （303013870）	歯科診療特別対応加算3（歯科訪問診療料）	○	
				CC004 （303000670）	緊急歯科訪問診療加算（歯科訪問診療1）	○	
				CC005 （303000770）	緊急歯科訪問診療加算（歯科訪問診療2）	○	
				CC028 （303004770）	緊急歯科訪問診療加算（歯科訪問診療3）	○	
				CC086 （303014070）	緊急歯科訪問診療加算（歯科訪問診療4）	○	
				CC087 （303014170）	緊急歯科訪問診療加算（歯科訪問診療5）	○	
				CC006 （303000870）	夜間歯科訪問診療加算（歯科訪問診療1）	○	
				CC007 （303000970）	夜間歯科訪問診療加算（歯科訪問診療2）	○	
				CC029 （303004870）	夜間歯科訪問診療加算（歯科訪問診療3）	○	
				CC088 （303014270）	夜間歯科訪問診療加算（歯科訪問診療4）	○	
				CC089 （303014370）	夜間歯科訪問診療加算（歯科訪問診療5）	○	
				CC008 （303001070）	深夜歯科訪問診療加算（歯科訪問診療1）	○	
				CC009 （303001170）	深夜歯科訪問診療加算（歯科訪問診療2）	○	
				CC030 （303004970）	深夜歯科訪問診療加算（歯科訪問診療3）	○	
				CC090 （303014470）	深夜歯科訪問診療加算（歯科訪問診療4）	○	
				CC091 （303014570）	深夜歯科訪問診療加算（歯科訪問診療5）	○	
47	C000	歯科訪問診療料 注11 地域医療連携体制加算	地域医療連携体制加算である旨及び連携保険医療機関名を記載すること。	830100350	地域医療連携体制加算（歯科訪問診療料）連携保険医療機関名：******		
48	C000	歯科訪問診療料 注12 特別歯科訪問診療料	滞在時間（島に上陸したときから離島するまでの時間）を記載すること。	CC013 （303001570）	滞在時間加算（1号地域）****分	○	
49	C000	歯科訪問診療料 注18 歯科訪問診療移行加算	当該保険医療機関の外来を最後に受診した年月日を記載すること。	850100315	歯科訪問診療移行加算外来最後受診年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
50	C000	歯科訪問診療料 注19 通信画像情報活用加算	歯科医師が口腔内を観察した際の訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士等が行う場合）、居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）又は介護予防居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）を算定した年月日を記載すること。	850100398	訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士等が行う場合）算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100485	居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100484	介護予防居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
51	C001	訪問歯科衛生指導料	訪問歯科衛生指導を行った日付及び指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載すること。	853100012	訪問歯科衛生指導日及び開始時刻：dd″日″hh″時″mm″分″		
				853100013	訪問歯科衛生指導日及び終了時刻：dd″日″hh″時″mm″分″		
			単一建物診療患者が2人以上の場合には「摘要」欄にその人数を記載すること。 1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の 10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて訪問歯科衛生指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合は、「摘要」欄に、「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	842100063	訪衛指単一建物診療患者数：******		
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
				820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100304	訪問歯科衛生指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100305	当該建築物戸数が20戸未満で訪衛指を算定するものが2人以下		
			（訪問歯科衛生指導料と同月に歯科訪問診療料がない場合） 直近の歯科訪問診療料の算定年月日を記載すること。	850100316	歯科訪問診療料前回算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		

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
			緩和ケアの場合はその旨を記載すること。	820101330	緩和ケア(訪衛指)		
52	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料	(指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生労働省告示19号)別表「5 居宅療養管理指導費」の「ロ 歯科医師が行う場合」又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示127号)別表「5 介護予防居宅療養管理指導費」 の「ロ 歯科医師が行う場合」を算定した場合) 該当するものを選択し、算定年月日を記載すること。	820100306	居宅療養管理指導費		
				820100307	介護予防居宅療養管理指導費		
				850100317	居宅療養管理指導費算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100318	介護予防居宅療養管理指導費算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合に、歯科疾患在宅療養管理料を算定したものとみなす場合) 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に、歯科疾患在宅療養管理料の算定が必要な区分を算定する場合は、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を選択し直近の算定年月日を記載すること。	850100319	居宅療養管理指導費前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100320	介護予防居宅療養管理指導費前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
53	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料 注4 在宅総合医療管理加算 注5 在宅歯科医療連携加算1 注6 在宅歯科医療連携加算2	(在宅総合医療管理加算を算定した場合) 在宅総合医療管理加算については、主病に係る治療を行っている紹介元保険医療機関名を記載すること。 (在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合) 提供元の保険医療機関又は介護保険施設等の名称を記載すること。	830100351	在歯総医紹介元保険医療機関名:******		
				830100880	在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名:******		
				830100881	在宅歯科医療連携加算2提供元介護保険施設等名:******		
54	C001-4-2	在宅患者歯科治療時医療管理料	当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。	830100354	在歯管医科主病名:******		
			(在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療を算定している場合(歯周病継続支援治療を算定した日を除く。)) 当該管理料の要件に該当する患者であって、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療の包括範囲に含まれ個別の算定ができない項目に該当する処置を行った日に当該管理料を算定する場合は、実際に行った処置の項目を記載すること。	830100882	実際に行った処置の項目(在宅患者歯科治療時医療管理料):******		
			(区分番号B004-6-2の「注1」に掲げる処置等を開始し、必要な医学管理を行っている際に、患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった場合) 患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった旨を記載すること。	820101230	患者の容体の急変等によりやむを得ず処置等を中止(在宅患者歯科治療時医療管理料)		
55	C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 注6 在宅歯科医療連携加算1 注7 在宅歯科医療連携加算2	当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。 (在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合) 提供元の保険医療機関又は介護保険施設等の名称を記載すること。	853100014	訪問口腔リハ実施日及び開始時刻(在宅患者訪問口腔リハ):dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100015	訪問口腔リハ実施日及び終了時刻(在宅患者訪問口腔リハ):dd"日"hh"時"mm"分"		
				830100880	在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名:******		
				830100881	在宅歯科医療連携加算2提供元介護保険施設等名:******		
56	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。 (小児在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合) 提供元の保険医療機関又は障害児入所施設等の名称を記載すること。	853100016	小訪問口腔リハ開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100017	小訪問口腔リハ終了日時:dd"日"hh"時"mm"分"		
				830100883	小児在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名:******		
				830100884	小児在宅歯科医療連携加算2提供元障害児入所施設等名:******		
57	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料	(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1を算定する場合) 連携先の保険医療機関の名称及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。	830100885	連携先保険医療機関名(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1):******		
				850190247	カンファレンス等の参加年月日(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2を算定する場合) 介護保険施設等の名称及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。	830100886	連携先介護保険施設等名(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2):******		
				850190248	カンファレンス等の参加年月日(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3を算定する場合) 障害児入所施設等の名称及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。	830100887	連携先障害児入所施設等名(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3):******		
				850190249	カンファレンス等の参加年月日(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
58	C007	在宅患者連携指導料	全体の「その他」欄に当該指導に係る情報共有先の保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護ステーション名及び当該指導を行った年月日を記載すること。	830100357	在宅患者連携指導料情報共有先保険医療機関名等:******		
				850100325	在宅患者連携指導料指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
59	C008	在宅患者緊急時等カンファレンス料	全体の「その他」欄に訪問先、当該カンファレンスに参加した保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護ステーション名、当該カンファレンスを行った日及び当該指導日を記載すること。	830100358	在宅患者緊急時等カンファレンス料訪問先:******		
				830100359	在宅患者緊急時等カンファレンス料参加保険医療機関名等:******		
				850100326	在宅患者緊急時等カンファレンス料実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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
				850100327	在宅患者緊急時等カンファレンス料指導年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
60	D	検査	(記載欄が示されていない各種の検査を行った場合) X線・検査の「その他」欄に検査の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
61	D 002	歯周病検査	(歯周病継続支援治療に規定する状態に該当しなくなったことにより、別の治療を行う必要がある場合) SPT中断年月日を記載すること。	850100596	SPT中断年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
62	D002-5	歯周病部分的再評価検査	X線・検査の「その他」欄に部位を記載すること。	830100360	P部検部位;******		
			歯科インプラント摘出術のために歯周病部分検査を行った場合は、その旨を記載すること。	820101880	歯科インプラント摘出術前の検査		※
63	D002-6	口腔細菌定量検査2	前回の算定年月を記載すること。(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850190250	前回の算定年月(口腔細菌定量検査2);(元号)yy"年"mm"月"		
				820190500	初回(口腔細菌定量検査2)		
64	D009	顎運動関連検査	実施した検査名として、X線・検査の「その他」欄にMMG、ChB、GoA、Ptgのうち該当するものを記載すること。	820100308	MMG		
				820100309	ChB		
				820100310	GoA		
				820100311	Ptg		
			(少数歯欠損症例において、顎運動関連検査を実施し、当該検査に係る費用を算定する場合) 患者の咬合状態等当該検査の必要性を記載すること。	830100361	顎運動関連検査必要性;******		
65	D010	歯冠補綴時色調採得検査	それぞれの検査ごとに検査対象となった歯冠補綴物の部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該検査を行った部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100362	歯冠補綴時色調採得検査部位;******		
66	D011	有床義歯咀嚼機能検査	有床義歯咀嚼機能検査を開始する時に、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第1部D011有床義歯咀嚼機能検査の(9)のイからホまでのうち該当するものを選択して記載すること。	820100770	イ 総義歯又は9歯以上の局部義歯を装着する場合		
				820100314	ロ PAPを装着する場合		
				820100315	ハ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(5)に準じる場合		
				820100316	ニ 左右第二大臼歯を含む臼歯が4歯以上欠損している場合		
				820100317	ホ 口蓋補綴、顎補綴を装着する場合		
			(新製有床義歯装着日より後に算定する場合) 新製有床義歯装着日より前に行った有床義歯咀嚼機能検査を算定した年月及び新製有床義歯等を装着した年月を記載すること。	850100328	有床義歯咀嚼機能検査1(下顎運動測定と咀嚼能力測定を併施)年月;(元号)yy"年"mm"月"		
				850100388	有床義歯咀嚼機能検査2(下顎運動測定と咬合圧測定を併施)年月;(元号)yy"年"mm"月"		
				850100329	新製有床義歯等装着年月;(元号)yy"年"mm"月"		
				850100471	有床義歯咀嚼機能検査1(咀嚼能力測定のみ実施)年月;(元号)yy"年"mm"月"		
				850100472	有床義歯咀嚼機能検査2(咬合圧測定のみ実施)年月;(元号)yy"年"mm"月"		
67	D011-2	咀嚼能力検査1	前回の算定年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850190251	前回の算定年月(咀嚼能力検査1);(元号)yy"年"mm"月"		
				820190501	初回(咀嚼能力検査1)		
68	D011-2	咀嚼能力検査2	手術前である旨又は手術後の直近の算定年月を記載すること。	850190252	手術後の直近の算定年月(咀嚼能力検査2);(元号)yy"年"mm"月"		
				820190502	手術後初回(咀嚼能力検査2)		
				820101231	手術前(咀嚼能力検査2)		
69	D011-3	咬合圧検査1	前回の算定年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850190253	前回の算定年月(咬合圧検査1);(元号)yy"年"mm"月"		
				820190503	初回(咬合圧検査1)		
70	D011-3	咬合圧検査2	手術前である旨又は手術後の直近の算定年月を記載すること。	850190254	手術後の直近の算定年月(咬合圧検査2);(元号)yy"年"mm"月"		
				820190504	手術後初回(咬合圧検査2)		
				820101232	手術前(咬合圧検査2)		

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
71	D011-5	口腔粘膜湿潤度検査	前回の算定年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850100597	前回の算定年月（口腔粘膜湿潤度検査）：（元号）yy"年"mm"月"		※
				820101881	初回（口腔粘膜湿潤度検査）		※
72	D012	舌圧検査	舌圧検査に当たって、該当する患者の状態を選択して記載すること。	820100318	口腔機能の低下が疑われる場合		
				820100319	PAPを装着する場合または予定している場合		
				820100320	広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる場合		
				820100321	口蓋補綴、顎補綴を装着する場合		
				820101317	口腔機能の発達不全が疑われる場合		
73	D100	薬剤（検査）	（検査に当たって薬剤を使用した場合） 薬剤名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
74	E	画像診断	（標準型以外のフィルムを使用して撮影（アナログ撮影）を行った場合） X線・検査の「その他」欄に使用フィルムの種類を記載すること。 （新生児、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対する加算を算定した場合） 「X線・検査」欄のそれぞれの項の記載要領にかかわらずX線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
			（標準型以外のフィルムを使用して撮影（アナログ撮影）を行った場合、全顎撮影（デジタル撮影）、歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）、歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）、歯科用3次元エックス線断層撮影及び歯科部分パノラマ断層撮影以外の画像診断を行った場合） X線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。	特定器材コード	（特定器材名を表示。）	○	
75	E（通則）	時間外緊急院内画像診断加算	撮影開始日時を記載すること。	853100018	時間外緊急院内画像診断加算開始日時（時間外緊急院内画像診断加算）：dd"日"hh"時"mm"分"		
			（引き続き入院した場合） 上記に加え、引き続き入院した旨を記載すること。	820100322	画像診断後、引き続き入院		
76	E200	基本的エックス線診断料	X線・検査の「その他」欄に入院日数及び点数を次の例により記載すること。 〔記載例〕「基エ」（15日）　825	830100363	基エ（4週以内）：******		
				830100364	基エ（4週超）：******		
77	E301	造影剤	（画像診断に当たって薬剤を使用した場合） 薬剤名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
78	F	投薬	使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL又はmg等）及び使用量を記載。 ただし、届出保険医療機関は、薬剤料に掲げる所定単位の薬価が175円以下の場合は、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
			（常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合） 当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載し又は算定点数から点数の合計を控除して得た点数をΔ書きにより記載すること。	630010002	薬剤料逓減（90／100）（内服薬）	○	
			（厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合） 当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
			（入院患者に対し退院時に投薬を行った場合） 「投薬・注射」欄の余白に「退院時 日分投薬」と記載すること。	840000006	退院時　　日分投薬		
			（入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合） 「摘要」欄の余白に当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。（ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。）	830100365	ビタミン剤の投与趣旨：******		
			（長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合） 当該長期投与の理由を記載すること。	830100366	長期投与理由：******		
79	F400	処方箋料	（万一緊急やむを得ない事態が生じ、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し他の薬剤を院外処方箋により投薬した場合） 日付及び理由を記載すること。	850100331	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った診療年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100369	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った理由：******		
80	G	注射	（皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射のその他の注射を行った場合） 全体の「その他」欄に注射の種類、その内訳は、「摘要」欄に注射の種別、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
			（その他の注射を行った場合） 全体の「その他」欄に注射の種類、その内訳は、「摘要」欄に注射の種別、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
81	G004	点滴注射 注3 血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施日を記載すること。	850100332	血漿(点滴)1回目実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
82	G005	中心静脈注射 注1 血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施日を記載すること。	850100333	血漿(中心静脈注射)1回目実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
83	G100	薬剤(注射)	使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%、mL又はmg等)及び使用量を記載すること。 ただし、届出保険医療機関は、注射のうち皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈注射であって入院中の患者以外の患者に対するものにあっては1回当たりの、それ以外の注射にあっては1日当たりの薬価がそれぞれ175円以下の場合は、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。 (注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合) 「投薬・注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
84	H	リハビリテーション	(「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを行った場合) 次の例により、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。 [記載例] 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)イ 200×18 実施日数3日 (リハ選) 脳血管疾患等リハビリテーション料 2,000円×1	830100372	リハ選;******		
85	H001	摂食機能療法	摂食機能療法の実施日、実施時刻(開始時刻と終了時刻)等を記載すること。	853100019	摂食機能療法開始日時(摂食機能療法);dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100020	摂食機能療法終了日時(摂食機能療法);dd"日"hh"時"mm"分"		
86	H001	摂食機能療法 注3 摂食嚥下機能回復体制加算	連携している医師名を記載すること。	830100373	摂食嚥下機能回復体制加算(摂食機能療法)連携医師名;******		
87	I	処置	(該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合) 処置・手術の「その他」欄に当該処置の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
88	I(通則)	時間外加算 休日加算 深夜加算	(第8部処置の通則「6」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む。)、休日加算又は深夜加算を算定した場合) 処置・手術の「その他」欄に処置名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
89	I(通則)	乳幼児加算	(当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合) 記載欄に加算した点数及び回数を記載し、処置・手術の「その他」欄に加算しない点数及び回数を名称を付して記載して差し支えない。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
90	I000-2	咬合調整	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I000-2咬合調整の(1)のイからハまでのいずれに該当するかを記載すること。	820100910	イ 一次性咬合性外傷の場合		
				820100911	ロ 二次性咬合性外傷の場合		
				820100912	ハ 歯冠形態修正の場合		
91	I006	感染根管処置	(抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合) 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100376	抜歯前提の消炎目的の根管拡大部位;******		
			(同一初診期間内に再度の感染根管処置が必要になった場合) 前回の感染根管処置に係る歯冠修復が完了した年月日を記載すること。	850100334	感根処前回歯冠修復完了年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
92	I007	根管貼薬処置	(同一歯に対して初回の根管貼薬処置を実施した日の属する月から起算して6月を超えて治療を継続して処置を行う場合) 当該歯の状態及び初回の根管貼薬処置を行った年月を記載すること。	830100377	根貼実施部位の状態;******		
				850100335	根貼初回年月;(元号)yy"年"mm"月"		
			(抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合) 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100378	抜歯前提の消炎目的の根管拡大後の根管貼薬部位;******		
93	I008	根管充填	(暫間根管充填又は暫間根管充填後に根管充填を行う場合) 暫間根管充填又は暫間根管充填後に根管充填を行う旨を記載すること。	820100329	暫間根充		
				820100330	暫間根充後の根充		
94	I008-2	加圧根管充填処置	(加圧根管充填後の歯科エックス線撮影において、妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない場合) 妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない旨を記載すること。	820100390	妊娠中(加圧根管充填処置)		
			(加圧根管充填処置と異日にエックス線撮影を行い根管充填の状態を確認した場合) 特別な理由を記載すること。	830100888	加圧根管充填処置と異日にエックス線撮影を行う特別な理由(加圧根管充填処置);******		
95	I008-2	加圧根管充填処置 注3 手術用顕微鏡加算	(手術用顕微鏡加算において、連携する保険医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合) 撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100379	手術用顕微鏡加算(加圧根管充填処置)撮影保険医療機関名;******		
96	I009-7	ハイフローセラピー	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果を記載する。	830100251	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度測定結果(ハイフローセラピー);		

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
97	I010	歯周病処置	処置・手術の「その他」欄に部位及び使用した薬剤の名称を記載すること。なお、特定薬剤を算定した場合は、部位のみを記載すること。	830100380	P処部位：******		
				医薬品コード	（ 医薬品名を表示。）	○	
			（糖尿病を有する患者に対して、スケーリング・ルートプレーニングと並行して歯周病処置を行う場合） 初回の年月日及び紹介元保険医療機関名を記載。	850100336	P処初回年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100381	P処紹介元保険医療機関名：******		
98	I011-2	歯周病継続支援治療	前回の歯周病継続支援治療の実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850100337	SPT前回実施年月：（元号）yy″年″mm″月″		
				820190337	初回（SPT）		
			（歯周病継続支援治療の治療間隔が3月以内の場合） 治療間隔が3月以内になった理由の要点として、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I011-2歯周病継続支援治療の（3）のイからトまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。	820100331	イ 歯周外科手術を実施した場合		
				820100332	ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合		
				820101233	ハ 糖尿病の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合		
				820100333	ニ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合		
				820100334	ホ 侵襲性歯周炎の場合		
				820101882	ヘ 特別管理加算を算定した場合		※
				820101883	ト 地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定した患者であって、遺伝疾患の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合		※
99	I011-2	重症化予防連携強化加算	（糖尿病の病態によって歯周病の重症化を引き起こすおそれのある患者に対して、歯周病継続支援安定期治療を実施し、他の保険医療機関の主治の医師に治療した内容、今後の治療方針等について情報提供を行った場合） 初回の年月日及び紹介元保険医療機関名を記載。	850190272	SPT初回年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100917	SPT紹介元保険医療機関名：******		
100	I014	暫間固定	固定を行った部位（固定源となる歯を含めない。）及びその方法を記載し、暫間固定の前回実施年月日（1回目の場合は1回目と記載する。）及び歯周外科手術の予定の有無を記載すること。なお、歯周外科手術後の暫間固定を行う場合については、歯周外科手術の予定に関する記載は不要であり、手術後1回目の場合は術後1回目と記載し、2回目以降は前回実施年月日を記載する。	830100383	暫間固定部位：******		
				830100384	暫間固定方法：******		
				850190047	暫間固定前回実施年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○	
				820190047	1回目（暫間固定）		
				820100335	歯周外科手術の予定あり		
				820100336	歯周外科手術の予定なし		
				820100337	歯周外科手術未定		
				820100776	術後1回目（暫間固定）		
101	I017	口腔内装置	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I017口腔内装置の（1）のイからルまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。 なお、トを選択した場合は手術の予定日及び手術を行う保険医療機関名を記載すること。	820100339	イ 顎関節治療用装置		
				820100340	ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置		
				820100341	ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床		
				820100342	ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床		
				820100343	ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート		
				820100344	ヘ 腫瘍等による顎骨切除後、手術創（開放創）の保護等を目的として製作するオブチュレーター		
				820100345	ト 気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置		
				820100346	チ 不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置		
				820100347	リ 放射線治療に用いる口腔内装置		
				820101234	ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置（日常生活時の外傷歯の保護を目的とするもの）		
				820101235	ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置（運動時の外傷歯の保護を目的とするもの）		
				820101884	ル 歯周治療用装置（床義歯形態）		※

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
				850100394	口腔内装置手術予定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100462	口腔内装置手術を行う保険医療機関名;******		
			(ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置を算定する場合) 当該外傷の受傷年月日を記載すること。	850190274	外傷受傷年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(口腔内装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類;******		
				850100348	未来院請求 装着予定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由;******		
102	I017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置	紹介元保険医療機関名を記載すること。(医科歯科併設の病院であって院内紹介を受けた場合は、院内紹介元の担当科名を記載。)	830100385	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置紹介元保険医療機関名;******		
				830100468	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置院内紹介元担当科名;******		
			(睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類;******		
				850100348	未来院請求 装着予定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由;******		
103	I017-1-3	舌接触補助床	(舌接触補助床の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類;******		
				850100348	未来院請求 装着予定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由;******		
104	I017-1-4	術後即時顎補綴装置	(術後即時顎補綴装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類;******		
				850100348	未来院請求 装着予定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由;******		
105	I019	歯冠修復物又は補綴物の除去	除去した歯冠修復物並びに補綴物等の部位及び種類を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から除去した部位及び種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100386	除去部位;******		
				830100387	除去した歯冠修復・補綴物等の種類;******		
106	I021	根管内異物除去 注 手術用顕微鏡加算	(手術用顕微鏡加算において、連携する保険医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合) 撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100388	歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した保険医療機関名等;******		
107	I023	心身医学療法	確定診断を行った医科保険医療機関名(医科歯科併設の病院であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、確定診断を行った診療科名)、紹介年月日、治療の内容の要点、実施日、実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。	830100389	心身医学療法医科保険医療機関名等;******		
				850100341	心身医学療法紹介年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100390	心身医学療法治療内容の要点;******		
				850100342	心身医学療法実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100033	心身医学療法開始時刻		
				851100034	心身医学療法終了時刻		
108	I029	周術期等専門的口腔衛生処置	(周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した患者に対して当該処置を行った場合) 当該患者の手術を行った年月日又は予定年月日、手術名を記載すること。	850100343	術口衛手術年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100344	術口衛手術予定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100391	術口衛手術名;******		
			(患者の状況により周術期等専門的口腔衛生処置2を算定せずに特定保険医療材料料を算定する場合) 前回の周術期等専門的口腔衛生処置2の算定年月日を記載すること。	850100345	術口衛2前回算定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(I030機械的歯面清掃処置の留意事項通知(3)に規定している患者以外の場合) 前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850100346	歯清前回実施年月;(元号)yy"年"mm"月"		
				820190346	初回(歯清)		
			(歯科診療特別対応加算を算定した場合) 歯科診療特別対応加算を算定した旨を記載すること。	820100779	歯科診療特別対応加算算定後		

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
109	I030	機械的歯面清掃処置	（根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合） 根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨、特に機械的歯面清掃が必要と認められる理由を記載すること。	820101304	口管強（歯清）		
				830100918	特に機械的歯面清掃が必要と認められる理由：******		
			（エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合） エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載すること。	820101304	口管強（歯清）		
			（妊娠中の場合） 妊娠中である旨を記載すること。	820100348	妊娠中（歯清）		
			（糖尿病の場合） 糖尿病である旨を記載すること。	820100789	糖尿病（歯清）		
110	I031	フッ化物歯面塗布処置	（フッ化物歯面塗布処置の「１う蝕多発傾向者の場合」又は「２初期の根面う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合） 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850100347	F局前回実施年月：（元号）yy"年"mm"月"		
			（フッ化物歯面塗布処置の「３エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」（エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者を除く）を算定した場合） 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	820190347	初回（F局）		
			（レジン充填又はインレー修復による治療を行った歯について、充填等による治療を行った月の翌月以降に、充填等を行った歯面と異なる歯面にエナメル質初期う蝕が認められた場合） 充填等が行われた歯面とエナメル質初期う蝕の管理を行う歯面をそれぞれ記載する。	830100889	充填等が行われた歯面（フッ化物歯面塗布処置）：******		
				830100890	エナメル質初期う蝕の管理を行う歯面（フッ化物歯面塗布処置）：******		
			（エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者に対して、フッ化物歯面塗布処置の「３エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合） エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載すること。	820101319	口管強（F局）		
111	I090	薬剤（処置）	（生活歯髄切断又は抜髄を行い、区分番号I090により薬剤を算定する場合） 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
112	I100	特定薬剤（処置）	（区分番号I100により特定薬剤を算定する場合） 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
113	J	手術	（該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合） 処置・手術の「その他」欄に当該手術の名称を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
114	J（通則）	時間外加算 休日加算 深夜加算	（第9部手術の通則「9」の規定により時間外加算（時間外加算の特例を含む。）、休日加算又は深夜加算を算定した場合） 処置・手術の「その他」欄に手術名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
115	J（通則）	乳幼児加算	（当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合） 記載欄に加算した点数及び回数を記載し、加算しない点数については、処置・手術の「その他」欄に名称、加算しない点数及び回数を記載する。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
116	J（通則）	観血的手術加算	（入院を必要とするHIV抗体陽性の患者に対して行った場合） 処置・手術の「その他」欄に手術の名称を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
117	J000	抜歯手術	（難抜歯加算の対象となる歯又は埋伏歯において完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した場合で抜歯料を算定した場合） 完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した旨を記載すること。	820100349	完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止		
			（抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合） 抜歯を中止と記載すること。	820100350	患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止		
			（上記以外の理由により抜歯を中止した場合） その他を選択し、その理由を記載すること。	830100392	抜歯手術中止理由：******		
118	J004	歯根端切除手術２ 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100393	根切部位：******		
			（連携する保険医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合） 撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100394	根切（歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡）歯科CT装置撮影保険医療機関 名：******		
119	J004-2	歯の再植術	手術部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100395	歯の再植術部位：******		
120	J004－2	歯の再植術	（歯内治療が困難な根尖病巣を有する保存が可能な小臼歯又は大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合） 部位及び算定理由を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。	830100396	歯の再植による根尖病巣の治療部位：******		
				830100397	歯の再植による根尖病巣の治療算定理由：******		
121	J004-3	歯の移植手術	手術部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100398	歯の移植手術部位：******		
122	J013	口腔内消炎手術	（顎炎又は顎骨骨髄炎等の手術として骨の開さく等を行い口腔内消炎手術を行う場合） 処置・手術の「その他」欄に顎炎又は顎骨骨髄炎等の手術として骨の開さく等を行い口腔内消炎手術を行う旨及び抜歯した歯の部位を記載すること。	820100351	顎炎又は顎骨骨髄炎等の手術としての骨の開さく等		
				830100399	口腔内消炎手術に係る抜歯部位：******		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
123	J063	歯周外科手術	処置・手術の「その他」欄に算定する区分の名称及び歯周外科手術を行った部位を記載すること。	310011610	掻爬術	○	
				310011710	新付着手術	○	
				310011810	GEct	○	
				310011910	FOp	○	
				310012010	GTR（一次手術）	○	
				310012110	GTR（二次手術）	○	
				310013010	歯肉歯槽粘膜形成手術（歯肉弁根尖側移動術）	○	
				310013110	歯肉歯槽粘膜形成手術（歯肉弁歯冠側移動術）	○	
				310013210	歯肉歯槽粘膜形成手術（歯肉弁側方移動術）	○	
				310013310	歯肉歯槽粘膜形成手術（遊離歯肉移植術）	○	
				310013410	歯肉歯槽粘膜形成手術（口腔前庭拡張術）	○	
				310037510	歯肉歯槽粘膜形成手術（結合組織移植術）	○	
				830100400	歯周外科手術部位：******		
			（歯周病の治療を目的としない歯周外科手術を行う場合） 当該手術の目的を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った目的が明らかに特定できる場合は、目的の記載を省略して差し支えない。	830100919	歯周外科手術を行う目的：******		
124	J063	歯周外科手術 注5 手術時歯根面レーザー応用加算	処置・手術の「その他」欄に当該加算の名称を記載すること。	CJ027 （310030670）	手術歯根（FOp又はGTR）	○	
125	J090	皮膚移植術（生体・培養）	皮膚移植者の診療報酬明細書の「摘要」欄に療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る点数を記載した診療報酬明細書を添付する。	310021070	提供者の療養上の費用（皮膚移植術）	○	
126	J109	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100401	特イ術部位：******		
			（当該手術の実施範囲が4歯相当未満である場合） 顎堤欠損の原因となった疾患名を記載すること。	830100402	特イ術疾患名：******		
127	J110	広範囲顎骨支持型装置掻爬術	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100403	特イ掻部位：******		
128	J111	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100920	歯頭頸悪光部位：******		
129	J200-4-2	レーザー機器加算	処置・手術の「その他」欄に当該加算の名称を記載すること	BJ005 （310036210）	レーザー機器加算1	○	
				BJ006 （310036310）	レーザー機器加算2	○	
				BJ007 （310036410）	レーザー機器加算3	○	
130	J300	特定薬剤（手術）	（区分番号J300により特定薬剤を算定する場合） 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
131	J400	特定保険医療材料（手術）	（手術等において特定保険医療材料等を使用した場合） 以下、処置・手術の「その他」欄に記載すること。 a 手術、処置、検査等の名称は、告示名又は通知名を使用。 b 手術、処置、検査等の手技料は、必ず点数を記載すること。 c 材料は、①商品名、②告示の名称又は通知の名称、③規格又はサイズ、④材料価格、⑤使用本数又は個数の順に手術ごとに記載。なお、告示の名称又は通知の名称は、（ ）書きとする。 d 保険医療機関における購入価格によるものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格を記載すること。 e 手術等の名称、手技の加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に記載すること。 ［記載例］ ③特定保険医療材料 ［商品名］×××× （鼻孔プロテーゼ） 387×1	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示。）	○	

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
132	K	麻酔	(伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔を行った場合) 麻酔の「その他」欄に麻酔名を記載。なお、使用麻酔薬は、麻酔薬名及び使用量を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
				医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
133	K(通則)	時間外加算 休日加算 深夜加算	(第10部麻酔の通則「4」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む。)、休日加算又は深夜加算を算定した場合) 麻酔名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
134	K(通知通則)	麻酔薬剤	使用した酸素又は窒素、地方厚生(支)局長に届け出た購入単価(単位　銭)(酸素のみ)、当該請求に係る使用量(単位　リットル)を麻酔の「その他」欄に記載すること。なお、酸素の請求は、Ⅱの第3の2(20)のクの(イ)のfと同様とする。	特定器材コード	(特定器材名を表示。)	○	※
135	K002	吸入鎮静法	使用麻酔薬は、麻酔の「その他」欄に麻酔薬名及び使用量を記載すること。 また、使用した窒素請求は当該請求に係る使用量(単位　リットル)を記載。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示。)	○	
136	K003	静脈内鎮静法	使用薬剤は、麻酔の「その他」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
			静脈内鎮静法が必要な理由を記載すること。	830100891	静脈内鎮静法が必要な理由(静脈内鎮静法);******		
137	K005	歯科吸入麻酔又は 歯科静脈麻酔(Ⅰ)	使用薬剤は、麻酔の「その他」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	※
			吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由を記載すること。	830100966	吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由(歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅰ));******		※
138	K006	歯科吸入麻酔又は 歯科静脈麻酔(Ⅱ)	使用薬剤は、麻酔の「その他」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	※
			吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由を記載すること。	830100967	吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由(歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅱ));******		※
139	K100	薬剤(麻酔)	麻酔の「その他」欄に医薬品名を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
140	M	歯冠修復及び欠損補綴	(歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和　年　月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に未、装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。 (未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求を行った歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合の装着料及び装着材料料を算定する場合) 未来院請求後及び装着物の種類を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。 (有床義歯製作中であって、咬合採得後における試適前又はクラスプ等を有する咬合床を用いて咬合採得を行う前に、患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意志により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合) 装着物の種類及び装着(又は試適)予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。 (歯冠修復及び欠損補綴に係る歯冠形成及び印象採得後において、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等やむを得ない場合) 装着物の種類及び装着(又は試適)予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。 (欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合) 欠損歯数と補綴歯数の不一致と記載すること。 (レジンインレー、高強度硬質レジンブリッジ又は熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に装着物の種類及び部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。 (クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生(支)局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に診療行為名を記載すること。 (歯根分割を行った歯に歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合) 分割抜歯を行った部位を記載すること。	未来院請求コード 「01」	(「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様(歯科用)」の別表12に収載するコード) 未来院請求	○	
				830100404	未来院請求　装着物の種類;******		
				850100348	未来院請求　装着予定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求　装着できなくなった理由;******		
				830100406	未来院請求後　装着物の種類;******		
				850100349	未来院請求　装着(又は試適)予定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100409	やむを得ない場合　装着物の種類;******		
				850100350	やむを得ない場合　装着(又は試適)予定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100410	やむを得ない場合　装着できなくなった理由;******		
				820100358	欠損歯数と補綴歯数の不一致		
				830100411	歯冠修復及び欠損補綴部位;******		
				診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
				830100892	分割抜歯を行った部位;******		
141	M000	補綴時診断料	(補綴時診断料(有床義歯修理を実施した場合に限る。)を算定する場合) 当該装置に係る当該診断料の前回実施年月日(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850190048	補診前回実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820101016	初回(補診)		
142	M000	補綴時診断料 注3　歯科技工士 連携加算1 注4　歯科技工士 連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から補綴時診断の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100968	補綴時診断の部位;******		※
143	M000-2	クラウン・ブリッジ 維持管理料	装着日から2年を経過するまでの間に、やむを得ず再製作する場合は、算定の理由を記載すること。	830100996	再製作による算定の理由;******		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
144	M001	歯冠形成　3　窩洞形成 注9　う蝕歯無痛的窩洞形成加算	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への記載は省略して差し支えない。	830100412	う蝕無痛(KP)部位;******		
145	M001-2	即時充填形成 注1　う蝕歯無痛的窩洞形成加算	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への記載は省略して差し支えない。	830100413	う蝕無痛(充形)部位;******		
146	M001-4	補綴前処置	実施した前処置の内容を記載すること。	820101885	レストシート		※
				820101886	ガイドプレーン		※
				820101887	リカントゥアリング		※
				830100969	その他前処置;******		※
			修理を行った有床義歯に対して、再度の義歯修理を行う場合は、前回算定年月日を記載すること。	850100598	補綴前処置前回算定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
147	M002	支台築造	(ファイバーポストを用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位、ファイバーポストの使用本数を部位毎にそれぞれ記載すること。	830100617	ファイバーポスト部位;******		
				DM110 (313029520)	ファイバーポスト******本	○	
			(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して支台築造を算定する場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
148	M003	印象採得	(「印象」の項に書ききれない場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に印象採得の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名称を表示)	○	
149	M003	印象採得 注1　歯科技工士連携加算1 注2　歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から印象採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100893	印象採得部位;******		
150	M003－2	暫間歯冠補綴装置	いずれに該当するかを記載すること。	820101888	イ　テンポラリークラウン又はリテーナー		※
				820101889	ロ　歯周治療用装置(冠形態)		※
				820101890	ハ　暫間固定(レジン連続冠固定法による連結固定)		※
				820101891	ニ　歯科用暫間被覆冠成形品による暫間的な連結固定		※
			ロの再製作を行った場合、前回の算定年月を記載すること。	850100599	前回の算定年月(ロ);(元号)yy"年"mm"月"	○	※
151	M003－4	光学印象 注3　歯科技工士連携加算1 注4　歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から印象採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100894	光学印象部位;******		
152	M005	装着	(脱離した歯冠修復物又は、脱離又は修理したブリッジを再装着した場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、再装着する歯冠修復物が1つ又は再装着する装置が1つであって、「傷病名部位」欄の記載から再装着した部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100414	再装着部位;******		
153	M006	咬合採得	(「咬合」の項に書ききれない場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に咬合採得の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名称を表示)	○	
154	M006	咬合採得 注1　歯科技工士連携加算1 注2　歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から咬合採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100895	咬合採得部位;******		
155	M007	仮床試適 注1　歯科技工士連携加算1 注2　歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から仮床試適の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100896	仮床試適部位;******		
156	M009	充填	(2歯以上の充填に際し1歯に複数窩洞の充填を行った場合) 当該歯の部位を記載すること。	830100415	同一歯の複数窩洞に対する充填部位;******		
157	M010	金属歯冠修復	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して鋳造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
			(同一歯の複数の窩洞に対して、充填及びインレー又はレジンインレーにより歯冠修復を行った場合) 同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復であること及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。	830100416	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復部位;******		
				820100354	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復		
			(歯科鋳造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に修復物の名称及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「その他」欄への部位の記載は省略して差し支えない。	830100417	14Kを用いた金属歯冠修復部位;******		
				DM019 (313010920)	14K(インレー(複))	○	
				DM020 (313011020)	14K(3／4冠)	○	

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
158	M010-3	接着冠	歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に当該支台歯の部位及び接着冠を記載すること。なお、当該ブリッジが1つであって、「傷病名部位」欄の記載から接着冠の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100422	接着冠部位;******		
159	M011	レジン前装金属冠	（後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してレジン前装金属冠を用いた歯冠修復を行った場合） 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
160	M015	非金属歯冠修復 2 硬質レジンジャケット冠	（歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大臼歯に用いた場合） 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100418	硬ジ紹介元保険医療機関名;******		
			（後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して硬質レジンジャケット冠を用いた歯冠修復を行った場合） 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
161	M015-2	CAD／CAM冠	（後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してCAD／CAM冠を用いた歯冠修復を行った場合） 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		※
162	M015-3	CAD／CAMインレー	（後継永久歯が先天的に欠如している乳臼歯に対してCAD／CAMインレーを用いた歯冠修復を行った場合） 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		※
163	M016-2	小児保隙装置 1 固定式保隙装置	装置の種類を選択して記載すること。	820100782	クラウンループ		
				820100783	バンドループ		
164	M016-2	小児保隙装置 2 可撤式保隙装置	いずれに該当するかを記載すること。	820101893	イ 両側性の乳臼歯を早期喪失した場合		※
				820101894	ロ 片側性の2歯以上の乳臼歯を早期喪失した場合		※
				820101895	ハ 片側性の乳臼歯1歯欠損であっても、支台歯に加重負担をきたす可能性がある場合		※
				820101896	ニ 乳前歯を早期喪失した場合		※
				820101897	ホ 永久歯を早期喪失し、将来の補綴処置に備えて保隙を行う必要がある場合		※
165	M017	ポンティック	（地方厚生（支）局長に事前に模型等を提出した上でブリッジを製作した場合） 事前承認と記載すること。	820100355	事前承認		
			（地方厚生（支）局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するエックス線フィルム又はその複製の費用を算定する場合） 算定の理由を記載すること。	830100420	Brに係るフィルム料等の算定理由;******		
			（犬歯のポンティックが必要な場合で、中切歯がすでにブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を変更する場合） 中切歯の状態等を記載すること。	830100421	Brに係る中切歯の状態等;******		
			（側切歯及び犬歯、或いは犬歯及び第一小臼歯の2歯欠損であって、犬歯が低位唇側転位していたため間隙が1歯分しかない場合であってポンティック1歯のブリッジの設計とした場合） 低位唇側転位の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。	820100784	低位唇側転位の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致		
166	M017-2	高強度硬質レジンブリッジ	（歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の臼歯部1歯中間欠損に使用する場合） 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100618	HRBr紹介元保険医療機関名;******		
167	M018	有床義歯	（残根上に義歯を装着した場合） 残根上の義歯と記載すること。	820100356	残根上義歯		
			（小児義歯に係る費用を算定する場合） 装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。	830100423	小児義歯装着部位;******		
				830100424	小児義歯が必要な疾患名;******		
				830100425	小児義歯が必要な理由;******		
			（有床義歯を1～2日で製作し装着する場合） 当該有床義歯の製作方法及び1～2日で製作し装着することが必要となった理由及び製作方法を記載すること。	830100906	有床義歯の製作方法;******		
				830100907	有床義歯を1～2日で製作し装着することが必要な理由;******		
			（前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から6月が経過していない場合であって新たに有床義歯の印象採得を行った場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12部M018有床義歯の(13)のニ又はホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359	ニ 認知症を有する患者等であって、有床義歯が使用できない場合		
				830100426	ホ その他特別な場合;******		
			（1顎に2床以上の局部義歯を装着した場合） 1顎の床数を記載すること。	842100115	1顎の床数（有床義歯）;******		
			（残根上に義歯を装着した場合） 残根上の義歯と記載すること。	820100356	残根上義歯		※

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
168	M018-2	3次元プリント有床義歯	（有床義歯を1～2日で製作し装着する場合） 1～2日で製作し装着することが必要となった理由を記載すること。	830100907	有床義歯を1～2日で製作し装着することが必要な理由：******		※
			（前回有床義歯を算定した日から6月が経過していない場合であって新たに有床義歯の算定を行った場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12部M018有床義歯の(13)のニ又はホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359	ニ　認知症を有する患者等であって、有床義歯が使用できない場合		※
				830100426	ホ　その他特別な場合：******		※
169	M019	熱可塑性樹脂有床義歯等	（残根上に義歯を装着した場合） 残根上義歯と記載すること。	820100356	残根上義歯		
			（有床義歯を1～2日で製作し装着する場合） 1～2日で製作し装着することが必要となった理由を記載すること。	830100906	有床義歯の製作方法：******		※
				830100907	有床義歯を1～2日で製作し装着することが必要な理由：******		※
			（小児義歯に係る費用を算定する場合） 装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。	830100423	小児義歯装着部位：******		
				830100424	小児義歯が必要な疾患名：******		
				830100425	小児義歯が必要な理由：******		
			（前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から6月が経過していない場合であって新たに有床義歯の印象採得を行った場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12部M018有床義歯の(13)のニ又はホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359	ニ　認知症を有する患者等であって、有床義歯が使用できない場合		※
				830100426	ホ　その他特別な場合：******		※
			（1顎に2床以上の局部義歯を装着した場合） 1顎の床数を記載すること。	842100115	1顎の床数（有床義歯）：******		※
170	M025	口蓋補綴、顎補綴	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12部M025口蓋補綴、顎補綴の（1）のイからホまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。	820100384	イ　腫瘍、顎骨嚢胞等による顎骨切除に対する口蓋補綴装置又は顎補綴装置		
				820100385	ロ　オクルーザルランプを付与した口腔内装置		
				820100386	ハ　発音補整装置		
				820100387	ニ　発音補助装置		
				820100388	ホ　ホッツ床		
171	M029	有床義歯修理	（新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合） 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。	850100351	有床義歯装着年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
172	M029	有床義歯修理 注4　歯科技工加算2	（有床義歯修理において、歯科技工加算2を算定した場合） 預かり及び修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。	850100353	歯技工2（床修理）預かり年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100354	歯技工2（床修理）装着年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
173	M030	有床義歯内面適合法	（新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合） 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。	850100351	有床義歯装着年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
174	M030	有床義歯内面適合法 注5　歯科技工加算2	（有床義歯内面適合法において、歯科技工加算2を算定した場合） 預かり及び修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。	850100355	歯技工2（床裏装）預かり年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100356	歯技工2（床裏装）装着年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
175	M041	広範囲顎骨支持型補綴物修理	（別の保険医療機関で装着された当該補綴物の修理を行った場合） 装着を実施した保険医療機関名及び装着日（不明であれば装着時期）を記載すること。	830100430	特イ補装着保険医療機関名：******		
				850100357	特イ補装着年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100431	特イ補装着時期：******		
176	M100	薬剤（歯冠修復及び欠損補綴）	（生活歯歯冠形成を行い、区分番号M100により薬剤を算定する場合） 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）		※
177	M200	特定保険医療材料（歯冠修復及び欠損補綴）	（区分番号M200により特定薬剤を算定する場合） 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄にその特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	特定器材コード	（特定器材名を表示。）		※
			歯科矯正相談料を前回算定した年月日を相談料の名称に併せて記載すること。	850190275	歯科矯正相談料1前回算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850190276	歯科矯正相談料2前回算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を最初に算定した年月日を診断料の名称に併せて記載すること。	850100358	歯科矯正診断料初回算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100359	顎口腔機能診断料初回算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				820100361	簡単		

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
			（歯科矯正における印象採得、咬合採得、床装置、リンガルアーチ及び鉤を算定した場合） 全体の「その他」欄に「簡単」、「困難」、「著しく困難」、「複雑」等の区別を記載すること。	820100362	困難		
				820100363	著しく困難		
				820100364	複雑		
				820100929	唇顎口蓋裂		
				820100930	ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）		
				820100931	鎖骨頭蓋骨異形成		
				820100932	トリーチャ・コリンズ症候群		
				820100933	ピエール・ロバン症候群		
				820100934	ダウン症候群		
				820100935	ラッセル・シルバー症候群		
				820100936	ターナー症候群		
				820100937	ベックウィズ・ウイーデマン症候群		
				820100938	顔面半側萎縮症		
				820100939	先天性ミオパチー		
				820100940	筋ジストロフィー		
				820100088	脊髄性筋萎縮症		
				820100942	顔面半側肥大症		
				820100943	エリス・ヴァンクレベルド症候群		
				820100944	軟骨形成不全症		
				820100945	外胚葉異形成症		
				820100946	神経線維腫症		
				820100947	基底細胞母斑症候群		
				820100948	ヌーナン症候群		
				820100949	マルファン症候群		
				820100950	プラダー・ウィリー症候群		
				820100951	顔面裂（横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。）		
				820100952	大理石骨病		
				820100953	色素失調症		
				820100954	口腔・顔面・指趾症候群		
				820100955	メビウス症候群		
				820100956	歌舞伎症候群		
				820100957	クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群		
				820100958	ウイリアムズ症候群		
				820100959	ピンダー症候群		
				820100960	スティックラー症候群		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
178	N	歯科矯正	咬合異常の起因となった疾患名（別に厚生労働大臣が定める疾患、3歯以上の永久歯萌出不全又は顎変形症）を記載すること。	820100961	小舌症		
				820100962	頭蓋骨癒合症(クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。)		
				820100963	骨形成不全症		
				820100964	フリーマン・シェルドン症候群		
				820100965	ルビンスタイン・ティビ症候群		
				820100966	染色体欠失症候群		
				820100967	ラーセン症候群		
				820100968	濃化異骨症		
				820100969	6歯以上の先天性部分無歯症		
				820100970	CHARGE症候群		
				820100971	マーシャル症候群		
				820100972	成長ホルモン分泌不全性低身長症		
				820100973	ポリエックス症候群（XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。）		
				820100974	リング18症候群		
				820100975	リンパ管腫		
				820100976	全前脳胞症		
				820100977	クラインフェルター症候群		
				820100978	偽性低アルドステロン症		
				820100979	ソトス症候群		
				820100980	グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）		
				820100981	線維性骨異形成症		
				820100982	スタージ・ウェーバ症候群		
				820100983	ケルビズム		
				820100984	偽性副甲状腺機能低下症		
				820100985	Ekman－Westborg－Julin症候群		
				820100986	常染色体重複症候群		
				820100987	巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）		
				820100988	毛髪・鼻・指節症候群（Tricho－Rhino－Phalangeal症候群）		
				820101236	クリッペル・ファイル症候群（先天性頸椎癒合症）		
				820101237	アラジール症候群		
				820101238	高IgE症候群		
				820101239	エーラス・ダンロス症候群		
				820101240	ガードナー症候群（家族性大腸ポリポージス）		
				820101902	原発性低リン血症性くる病		※
				820101903	ロイス・ディーツ症候群		※

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
				820100989	その他顎・口腔の先天異常		
				820100918	3歯以上の永久歯萌出不全		
				820101904	連続した3歯以上の先天性欠如歯		※
				820100919	顎変形症		
			(6歯以上の先天性部分無歯症、3歯以上の永久歯萌出不全又は連続した3歯以上の先天性欠如歯による咬合異常により歯科矯正を行う場合) 先天性欠如部位又は埋伏歯の部位を記載すること。	830100641	先天性欠如又は埋伏歯部位:******		※
179	N000	歯科矯正診断料	全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法、保定の開始及び顎切除等の手術実施の区別を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回歯科矯正診断料の算定年月日を記載すること。	820100785	歯科矯正開始		
				820100786	動的処置開始		
				820100787	マルチブラケット法開始		
				820100788	保定開始		
				820101306	顎切除等の手術実施		
				850100360	歯科矯正診断料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
180	N001	顎口腔機能診断料	全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法、保定の開始及び顎離断等の手術実施の区別(顎口腔機能診断料は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名)を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回顎口腔機能診断料の算定年月日を記載すること。	820100785	歯科矯正開始		
				820100786	動的処置開始		
				820100787	マルチブラケット法開始		
				820100788	保定開始		
				820101241	顎離断等の手術実施		
				850100361	顎口腔機能診断料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100466	顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名:******		
181	N002	歯科矯正管理料	全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始の年月日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				850100362	動的処置開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100363	マルチブラケット法開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
182	N004	模型調整製 2 予測模型	全体の「その他」欄に予測歯数を記載すること。	842100064	模型調製(予測模型)予測歯数:******		
183	N005	動的処置	全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日を記載すること。	850100396	動的処置算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100362	動的処置開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100363	マルチブラケット法開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
184	N008-2	植立	(歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合) 当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。	830100433	歯科矯正診断料算定保険医療機関名:******		
				830100434	顎口腔機能診断料算定保険医療機関名:******		
			(アンカースクリュー脱落後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合) アンカースクリュー脱落後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する旨を記載すること。	820100365	アンカースクリュー脱落後の再埋入の場合		
				820100366	治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合		
185	N009	撤去	(装置を撤去した場合) 撤去の費用が算定できない場合であっても、全体の「その他」欄に撤去した装置の名称を記載すること。	830100435	撤去した装置の名称:******		
			(歯科矯正用アンカースクリューの撤去について、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合) 当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。	830100433	歯科矯正診断料算定保険医療機関名:******		
				830100434	顎口腔機能診断料算定保険医療機関名:******		
				830100767	マルチブラケット装置ステップ1(上顎)・装置数:******		
				830100768	マルチブラケット装置ステップ1(下顎)・装置数:******		

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
186	N018	マルチブラケット装置	（マルチブラケット装置（セクショナルアーチを行う場合を除く）を行う場合） 全体の「その他」欄にステップ名及びそのステップにおける装置回数を上下顎別に記載すること。	830100769	マルチブラケット装置ステップ2（上顎）・装置数：******		
				830100770	マルチブラケット装置ステップ2（下顎）・装置数：******		
				830100771	マルチブラケット装置ステップ3（上顎）・装置数：******		
				830100772	マルチブラケット装置ステップ3（下顎）・装置数：******		
				830100773	マルチブラケット装置ステップ4（上顎）・装置数：******		
				830100774	マルチブラケット装置ステップ4（下顎）・装置数：******		
			（セクショナルアーチを行う場合） その旨を記載すること。	820101017	セクショナルアーチを実施		
187	N028	床装置修理	（リンガルアーチにおいて、主線の前歯部分のみを再製作し、ろう着した場合） その旨を記載すること。	820101018	リンガルアーチ前歯部分の再製作		
188	N100	特定保険医療材料（矯正）	（特定保険医療材料料において、装着材料、スクリュー、バンド、ブラケット、チューブ、矯正用線、不銹鋼、特殊鋼等を使用した場合） 全体の「その他」欄に特定保険医療材料に掲げる名称を記載すること。	特定器材コード	（特定器材名を表示。）	○	
189		長期収載品の選定療養に関する取扱い	（長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。）） 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると歯科医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと歯科医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、歯科医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。	820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため		
				820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため		
				820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため		
				820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		
190		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		
191		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		
192		一部保険外療養に関する取扱い	（一部保険外療養の対象医薬品について、一部保険外療養の対象とはせずに、保険給付する場合（対象医薬品について、一部保険外療養の対象とせずに保険給付する処方箋を交付する場合を含む。）） 一部保険外療養の対象とせずに保険給付する理由のうち以下の該当するものを記載すること。なお、該当する理由が複数ある場合は、そのうちいずれか一つを記載することで差し支えない。 ① がん又はがん治療に関連して生じた状態への対応に対象医薬品を処方する場合 ② 指定難病若しくは小児慢性特定疾病（18歳から20歳までの者に限る。）又はこれらに関連して生じた状態に使用するため ③ 国の公費負担医療において対象医薬品を処方する場合 ④ 侵襲を伴う検査、処置又は手術に伴い対象医薬品を処方する場合（当該検査等後、14日以内分の処方又は調剤に限る。） ⑤ 医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる処方を行う場合 ⑥ 類似の要指導医薬品又は一般用医薬品において承認されている効能・効果では対応できない状態への処方を行う場合 ⑦ 妊婦、妊娠している可能性がある者又は授乳婦が、代替性が特に高い要指導医薬品又は一般用医薬品を服用できない場合に処方する場合 なお、上記のほか、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者又は入院時に対象医薬品を処方した場合も一部保険外療養の対象とはならないが、この場合においては、理由の記載は不要である。	820101977	がん又はがん治療に関連して生じた状態に使用するため		
				820101978	指定難病若しくは小児慢性特定疾病（18歳から20歳までの者に限る。）又はこれらに関連して生じた状態に使用するため		
				820101979	国の公費負担医療において使用するため		
				820101980	侵襲を伴う検査、処置又は手術に伴い使用するため		
				820101981	年間の長期使用が医療上必要であるため		
				820101982	類似の要指導医薬品又は一般用医薬品で対応できない効能・効果を目的に使用するため		
				820101983	「妊婦」、「妊娠している可能性がある者」又は「授乳婦」が類似の一般用医薬品等を服用できないため		

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○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。	842100124	在宅薬学総合体制加算1を届け出ており、所定の算定項目の算定回数の総計が直近一年間で480回以上の保険薬局：算定回数****回		※
				820101939	在宅薬学総合体制加算2を届け出ている保険薬局		※
			（「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）ウ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。 （イ）次に掲げる疾患に罹患している患者 ・末期の悪性腫瘍 ・スモン ・難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病 ・後天性免疫不全症候群 ・脊髄損傷 ・真皮を越える褥瘡 （ロ）次に掲げる状態の患者 ・在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態 ・在宅血液透析を行っている状態 ・在宅酸素療法を行っている状態 ・在宅中心静脈栄養法を行っている状態 ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態 ・在宅自己導尿を行っている状態 ・在宅人工呼吸を行っている状態 ・植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態 ・肺高血圧症であって、プロスタグランジンI2 製剤を投与されている状態 ・気管切開を行っている状態 ・気管カニューレを使用している状態 ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態	820101940	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：末期の悪性腫瘍		※
				820101941	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：スモン		※
				820101942	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病		※
				820101943	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：後天性免疫不全症候群		※
				820101944	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：脊髄損傷		※
				820101945	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：真皮を越える褥瘡		※
				820101946	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅自己連続携行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		※
				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		※
				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）：植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態		※
				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I2 製剤を投与されている状態		※
				820101955	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：気管切開を行っている状態		※
				820101956	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：気管カニューレを使用している状態		※
				820101957	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態		※
				820101958	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：人工肛門又は人工膀胱を設置している状態		※
			（「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。 〔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M 3　頻回の訪問看護を受けている状態 4　訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 5　介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 6　麻薬投薬を受けている状態 〔7　その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態〕 　7－1　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	820101959	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：1－1　要介護3		※
				820101960	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：1－2　要介護4		※
				820101961	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：1－3　要介護5		※
				820101962	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：1－4　障害支援区分2以上		※
				820101963	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：2－1　ランク3a		※
				820101964	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：2－2　ランク3b		※
				820101965	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：2－3　ランク4		※
				820101966	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：2－4　ランクM		※
				820101967	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：3　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		※
				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		※
				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		※
3	01	薬剤調製料（内服薬）	（配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合） 「配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合」、「内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合」、「内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	820100367	薬剤調製料（内服薬）：配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合		
				820100368	薬剤調製料（内服薬）：内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合		
				820100369	薬剤調製料（内服薬）：内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合		
				830100001	薬剤調製料（内服薬）：その他理由：******		
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）：******		
			（医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合） 調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名を記載すること。	830100908	調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名（自家製剤加算）：******		
			（医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合） 調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。	820101255	調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情（自家製剤加算）：医薬品の供給上の問題		
				830100909	調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情（自家製剤加算）：その他：******		

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	10の2	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	10の2	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	10の2	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	10の2	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。	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”dd“日”		※
			薬剤の変更内容について選択し記載すること。	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	10の3	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	10の3	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	10の3	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	10の3	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	10の3	かかりつけ薬剤師訪問加算	患家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”dd“日”		※

項番	区分	調剤行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和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	外来服薬支援料1	外来服薬支援料1の「注1」又は「注2」のどちらに該当するかを記載し、服薬管理を実施した年月日、保険医療機関の名称を記載すること。 なお、保険医療機関の名称については、注1の場合においては、服薬支援の必要性を確認した保険医療機関の名称を、注2の場合においては情報提供をした保険医療機関の名称をそれぞれ記載すること。	820100793	外来服薬支援料1:注1		
				820100794	外来服薬支援料1:注2		
				850100370	服薬管理を実施した年月日(外来服薬支援料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100442	保険医療機関の名称(外来服薬支援料1):******		
21	14の2	外来服薬支援料2	(同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、外来服薬支援料2を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき) 算定理由が明確となるように記載すること。	830100776	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(外来服薬支援料2):*******		
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(服用薬剤調整支援料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100443	保険医療機関名(服用薬剤調整支援料1):******		
				842100122	調整前の種類数(服用薬剤調整支援料1):******		
				842100123	調整後の種類数(服用薬剤調整支援料1):******		
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(服用薬剤調整支援料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
25	10の3 15 15の2 15の3 15の5	服薬管理指導料4のロ及びハ 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のロ及びハ、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・薬学管理料レコード「前回調剤年月日」	(元号)yy"年"mm"月"dd"日調剤"	○	
				基本料・薬学管理料レコード「前回調剤数量」	ddd"日分投薬"	○	
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。	842100071	単一建物診療患者人数(在宅患者訪問薬剤管理指導料):******		
			(1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100371	訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100372	当該建築物戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下		
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
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家を訪問して実施した場合） 訪問を実施した日付について、記載すること。	850190270	訪問を実施した年月日（在宅移行初期管理料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
			特に重点的な服薬支援を行う必要性があると判断した対象患者を選択し記載すること。	820101289	対象患者（在宅移行初期管理料）：認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者		
				820101290	対象患者（在宅移行初期管理料）：障害児である18歳未満の患者		
				820101291	対象患者（在宅移行初期管理料）：6歳未満の乳幼児		
				820101292	対象患者（在宅移行初期管理料）：末期のがん患者		
				820101293	対象患者（在宅移行初期管理料）：注射による麻薬の投与が必要な患者		
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趣旨について、処方箋の記載により確認した旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	850100610	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薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断する場合。 ・ 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師又は歯科医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ・ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師又は歯科医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ・ 後発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	医療上の必要性があると医師又は歯科医師が判断したため（処方箋の「変更不可（医療上必要）」欄に「レ」又は「×」の記載があった場合等）		
				820101326	剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断したため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		

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、日数制限を超えて投与された場合	長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認められ、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与された場合は、処方箋の備考欄に記載されている長期投与の理由について、「海外への渡航」、「年末・年始又は連休」又は「その他」からもっとも当てはまるものをひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は具体的な理由を記載すること。	820100795	長期投与の理由:海外への渡航(年末・年始又は連休に該当するものは除く。)		
				820100796	長期投与の理由:年末・年始又は連休		
				830100453	長期投与の理由:その他理由;********		
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。	850190271	訪問指導年月日(居宅療養管理指導費等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			要支援度及び要介護度(月末時点)を選択し、記載すること。	820101294	要支援1		
				820101295	要支援2		
				820101296	要介護1		
				820101297	要介護2		
				820101298	要介護3		
				820101299	要介護4		
				820101300	要介護5		
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) 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	－	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、選定療養及び一部保険外療養第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」列の〇の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）

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被験者では、持続性視力喪失のハザード比の点推定値において、本剤群とシャ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	820600001	医師要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600002	医師要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600003	医師要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600004	医師要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600005	医師要件オ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	842600001	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（アイモビーグ皮下注70mgペン）:******	
			投与の要否の判断にあたっては、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること。（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている 。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600006	前治療要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600007	前治療要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600008	前治療要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600009	前治療要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			投与開始後3ヶ月（3回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600010	投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
3	アキャルックス点滴静注250mg		投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600115	投与が必要と判断した理由（アキャルックス点滴静注250mg）:******	
4	アクトヒブ		ベグセタコプラン又はイブタコパ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プラン又はイブタコパン塩酸塩水和物の投与が確認できる場合を除く。）。	850600157	ベグセタコプラン又はイブタコパ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"	
				850600158	ベグセタコプラン又はイブタコパ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	機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感	「機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できること。また、その場合には、診療報酬明細書の傷病名に「機能性ディスペプシア」を用いること。	傷病名コード	（傷病名を表示する。）	
			診療報酬明細書の記載に当たっては、上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600001	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（アコファイド錠100mg）:（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600002	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（初回投与）（アコファイド錠100mg）:（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
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～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上の臨床経験を有している 。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600011	医師要件ア（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600012	医師要件イ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600013	医師要件ウ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600014	医師要件エ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600015	医師要件オ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	842600002	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）:******	
			投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている 。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない 。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600016	前治療要件ア（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600017	前治療要件イ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600018	前治療要件ウ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600019	前治療要件エ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
			4週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月(3回投与後)、12週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月（1回投与後）又は6ヶ月（2回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600226	4週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600227	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月（1回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600228	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後6ヶ月（2回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
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	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（アドセトリス点滴静注用50mg）:（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600004	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（初回投与）（アドセトリス点滴静注用50mg）:（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600021	投与継続患者（アドセトリス点滴静注用50mg）	
				850600005	初めて投与した年月日（アドセトリス点滴静注用50mg）:（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600255	医師要件ア（アドトラーザ皮下注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	アドトラーザ皮下注150mgシリンジ アドトラーザ皮下注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年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2） 次に掲げる本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況のうち該当するもの（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難である。 3） 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600256	医師要件イ（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	
				820600257	前治療要件ア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	
				820600258	前治療要件イ（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	
				830600138	IGAスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）：******	
				830600139	全身のEASIスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）：******	
				830600140	頭頸部のEASIスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）：******	
				842600022	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）：******	
9	アベクマ点滴静注		本製品の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち、看護師（基準3.3.1及び3.3.2）、移植認定医（基準3.2.1）及び移植コーディネーター（基準3.4.3）以外の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー2）を有する施設 ウ 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち、看護師（基準3.3.1及び3.3.2）、移植認定医（基準3.2.1）、移植コーディネーター（基準3.4.3）及び移植実績（基準4.1及び4.2）以外の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー3）を有する施設 エ 本品に係る治験の実施施設	820600259	施設要件ア（アベクマ点滴静注）	
				820600260	施設要件イ（アベクマ点滴静注）	
				820600261	施設要件ウ（アベクマ点滴静注）	
				820600262	施設要件エ（アベクマ点滴静注）	
10	アムヴトラ皮下注25mgシリンジ	トランスサイレチン型心アミロイドーシス（野生型及び変異型）	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。 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ 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	820600373	患者要件ア（アムヴトラ皮下注25mgシリンジ）	○
				820600374	患者要件イ（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）：******	○
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 アリセプト細粒0．5% アリセプト内服ゼリー3mg アリセプト内服ゼリー5mg アリセプト内服ゼリー10mg アリセプトドライシロップ1％ 後発品のドネペジル塩酸塩製剤		（本製剤をレビー小体型認知症における認知症症状の進行抑制に用いる場合） 次の事項を記載すること。 ① 効能又は効果に関連する使用上の注意において「本剤は、認知症治療に精通し、「17. 臨床成績」の項の内容について十分に理解した医師又はその指導の下で、レビー小体型認知症の臨床診断基準に基づき、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本剤の使用が適切と判断された患者にのみ使用すること。」とされていることから、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本製剤の臨床試験成績も踏まえた上で、本製剤の使用が適切と判断された患者に対して使用した場合に限り算定できる。レビー小体型認知症と診断され、本製剤の使用が適切と判断した理由（最新のガイドラインに基づいた診断内容及び臨床試験成績を理解した上で本剤投与が適切と判断した旨）を記載すること。 ② 用法及び用量において「投与開始12週間後までを目安に、認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価してベネフィットがリスクを上回ると判断できない場合は、投与を中止すること。」とされていることから、投与開始12週間後までに有効性評価を行い、投与継続の検討を行った年月日、本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィットがリスクを上回ると判断した内容）を記載すること。 ③ 用法及び用量において「投与開始12週間後までの有効性評価の結果に基づき投与継続を判断した場合であっても、定期的に有効性評価を行い、投与継続の可否を判断すること。」とされていることから、投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合は、投与継続の検討を行った直近の年月日、本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィットがリスクを上回ると判断した内容）を記載すること。	830600141	本製剤の使用が適切と判断した理由（アリセプト錠3mg等）：******	
				850600159	投与継続の検討を行った年月日（アリセプト錠3mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600142	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（アリセプト錠3mg等）：******	
				850600160	投与継続の検討を行った直近の年月日（投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合）（アリセプト錠3mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600143	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合）（アリセプト錠3mg等）：******	
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"dd"日"	
				850600007	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（アルンブリグ錠30mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
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"dd"日"	
				850600009	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（アレセンサカプセル150mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
14	アロフィセル注		本製品の効能、効果又は性能において、「非活動期又は軽症の活動期クローン病患者における複雑痔瘻の治療。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、痔瘻の状態を十分に確認した上で、再投与の要否を慎重に判断すること。」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、次の事項を記載すること。 ア 本製品の投与が適切と判断した理由 イ 既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間 ウ 本製品の投与回数（1回目又は2回目と記載する）	830600002	投与が適切と判断した理由（アロフィセル注）：******	
				830600003	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名（アロフィセル注）：******	
				830600004	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の使用期間（アロフィセル注）：******	
				820600022	投与回数1回目（アロフィセル注）	
				820600023	投与回数2回目（アロフィセル注）	
15	イエスカルタ点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600024	施設要件ア（イエスカルタ点滴静注）	
				820600025	施設要件イ（イエスカルタ点滴静注）	
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Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600005	手術時に使用した理由（イデルビオン静注用250等）：******	
				820600376	施設要件ア（イブグリース皮下注）	○

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年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2） 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3） 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%） 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	頭頸部の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	イブトロジーカプセル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、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の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600225	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（イブトロジーカプセル200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				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）（イブトロジーカプセル200mg）：（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。	850600011	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（イブランス錠25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（イブランスカプセル25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600013	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（イブランス錠25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600014	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（イブランスカプセル25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
20	イベニティ皮下注105mgシリンジ		（12カ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	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料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。	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	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料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。	820600382	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（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）	
				820600383	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	

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	イミフィンジ点滴静注120mg イミフィンジ点滴静注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料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料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。 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨を記載すること(「併用投与ア」と記載)。 ア トレメリムマブ(遺伝子組換え)及び白金製剤(シスプラチン又はカルボプラチン)との併用投与 本製剤を「併用投与ア」により併用する場合は、EGFR遺伝子変異陰性及びALK融合遺伝子陰性の患者において有効性が示されているので、EGFR遺伝子変異陰性及びALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	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)	
				850600162	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(イミフィンジ点滴静注120mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600163	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(イミフィンジ点滴静注120mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
		切除不能な肝細胞癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料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)	
		治癒切除不能な胆道癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料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。 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	820600385	治癒切除不能な胆道癌(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600229	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)	
		進行・再発の子宮体癌	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料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、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。 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	820600386	進行・再発の子宮体癌(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600229	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)	○
				820600396	非小細胞肺癌における術前・術後補助療法(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○

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料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料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パクリタキセルとの併用投与 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）及びペ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料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料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（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600265	施設要件イ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600266	施設要件ウ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600267	施設要件エ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600268	施設要件オ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600269	施設要件カ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600270	施設要件キ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600271	施設要件ク（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600272	施設要件ケ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600273	施設要件コ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600274	施設要件サ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				830600145	連携施設名（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：******	
				830600146	連携施設の所在地（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）：******	

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	ウゴービ皮下注0.25mg SD ウゴービ皮下注0.5mg SD ウゴービ皮下注1.0mg SD ウゴービ皮下注1.7mg SD ウゴービ皮下注2.4mg SD ウゴービ皮下注0.25mgペン 1.0MD ウゴービ皮下注0.5mgペン 2.0MD ウゴービ皮下注1.0mgペン 4.0MD ウゴービ皮下注1.7mgペン 6.8MD ウゴービ皮下注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(「施設要件カ」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載)及び「施設要件キ」、「施設要件ケ」又は「施設要件サ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 カ 日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる キ 日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ク 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ケ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる コ 日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる サ 日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ③ 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載) シ 日本循環器学会の教育研修施設 ス 日本糖尿病学会の教育研修施設 セ 日本内分泌学会の教育研修施設 ④ 常勤の管理栄養士の免許証番号 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に5年以上の臨床研修を有していること。 イ 医師免許取得後、満7年以上の臨床経験を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること。 ⑥ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載) ウ 日本循環器学会の専門医 エ 日本糖尿病学会の専門医 オ 日本内分泌学会の専門医 ⑦ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載) ア 高血圧 イ 脂質異常症 ウ 2型糖尿病 ⑧ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載) エ BMIが27kg/m2以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する オ BMIが35kg/m2以上 ⑨ ⑧の「患者要件エ」に該当する場合は、次に掲げる肥満に関連する健康障害のうち、該当するもの(「患者要件カ」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載) カ 耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など) キ 脂質異常症 ク 高血圧 ケ 高尿酸血症・痛風 コ 冠動脈疾患 サ 脳梗塞 シ 非アルコール性脂肪性肝疾患 ス 月経異常・不妊 セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 ソ 運動器疾患 タ 肥満関連腎臓病 ⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ⑪ ⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ⑫ 合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名 ⑬ 本製剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日	820600275	施設要件シ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600276	施設要件ス(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600277	施設要件セ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				830600147	常勤の管理栄養士の免許証番号(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):******	
				820600278	医師要件ア(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600279	医師要件イ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600280	医師要件ウ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600281	医師要件エ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600282	医師要件オ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600283	患者要件ア(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600284	患者要件イ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600285	患者要件ウ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600286	患者要件エ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600287	患者要件オ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600288	患者要件カ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600289	患者要件キ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600290	患者要件ク(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600291	患者要件ケ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600292	患者要件コ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600293	患者要件サ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600294	患者要件シ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600295	患者要件ス(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600296	患者要件セ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600297	患者要件ソ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				820600298	患者要件タ(ウゴービ皮下注0．25mg SD等)	
				850600164	食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600165	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600148	合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中の医薬品名(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):******	
				850600166	治療計画(68週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
			(本製剤の継続投与の場合及び再投与後の継続投与の場合) 次の事項を記載すること。 ① 本製剤投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日。 ② 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ③ 次に掲げるすべての項目の直近の測定値及び測定年月日並びに改善傾向が認められた旨 ア 体重 イ 血糖 ウ 血圧 エ 脂質	850600167	投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				842600023	初回投与から起算して、何週目の投与(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):******	
				842600024	直近の測定値(ア 体重)(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):******	
				842600025	直近の測定値(イ 血糖)(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):******	
				842600026	直近の測定値(ウ 血圧)(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):******	
				842600027	直近の測定値(エ 脂質)(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):******	
				850600168	測定年月日(ア 体重)(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600169	測定年月日(イ 血糖)(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600170	測定年月日(ウ 血圧)(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600171	測定年月日(エ 脂質)(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600149	改善傾向が認められた旨(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):******	
				850600172	投与を中止した年月日(ウゴービ皮下注0．25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	

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症の悪化が認められ、本製剤の初回投与開始時と同様に、本剤を投与する施設において適切な治療計画に基づく食事療法・運動療法を実施しても、本製剤の再投与が必要と判断された場合） 再投与の開始日に次の事項を記載すること。 ① 本製剤の投与を中止した年月日 ② 本製剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ③ ②の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ④ ②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6か月間行う前に、やむを得ず本製剤の投与を再開する場合はその理由 ⑤ 改めて本製剤による治療計画（68週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日	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	ヴァイトラックビカプセル25mg ヴァイトラックビカプセル100mg ヴァイトラックビ内用液20mg／mL		NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600015	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ヴァイトラックビカプセル25mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600016	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ヴァイトラックビカプセル25mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
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"	
26	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	エスポー皮下用24000シリンジ		（貯血量が800mL 以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合） 貯血量，本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること．	830600012	貯血量（エスポー皮下用24000シリンジ）；******	
				830600013	投与する前の患者の体重（エスポー皮下用24000シリンジ）；******	
				830600014	Hb濃度（エスポー皮下用24000シリンジ）；******	
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、手術不能又は再発乳癌にはA法、膵癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること（「A法」から「F法」までのうち該当するものを記載）。	820600299	A法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600300	B法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600301	C法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600302	D法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600303	E法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600304	F法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
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）	
			投与継続の検討を行った直近の年月日を記載すること。	850600019	投与継続の検討を行った直近の年月日（エドルミズ錠50mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
30	エフィエント錠2．5mg エフィエント錠3．75mg	虚血性脳血管障害（大血管アテローム硬化又は小血管の閉塞に伴う）後の再発抑制	効能又は効果に関連する注意において、「17．臨床成績」の項の内容を熟知し、有効性についてクロピドグレルに対する非劣性が検証されていないことや臨床試験の対象患者等を十分に理解した上で、本剤投与の適否を判断すること。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600134	投与が必要と判断した理由（エフィエント錠2．5mg等）；******	
31	エプリスディドライシロップ60mg エプリスディ錠5mg		効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600020	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（エプリスディドライシロップ60mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600021	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（初回投与）（エプリスディドライシロップ60mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（オナセムノゲン アベパルボベク（販売名：ゾルゲンスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合） その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	830600015	オナセムノゲン アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由（エプリスディドライシロップ60mg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）；******	
			本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ 」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している 。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600233	医師要件ア（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600234	医師要件イ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600235	医師要件ウ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600236	医師要件エ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600237	医師要件オ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	

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、以下のアに該当し、イ～エ のいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている 。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600238	前治療要件ア（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600239	前治療要件イ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600240	前治療要件ウ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600241	前治療要件エ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
			投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後3カ月（3回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600044	投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
35	エムパベリ皮下注1080mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「補体（C5）阻害剤による適切な治療を行っても、十分な効果が得られない場合に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、治療として使用していた薬剤の品名及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（エムパベリ皮下注1080mg）：******	
				830600152	治療として使用していた使用期間（エムパベリ皮下注1080mg）：******	
36	エレビジス点滴静注		本製品の効能、効果又は性能において、「ただし、以下のいずれも満たす場合に限る 抗AAVrh74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医療機器を用いた検査により抗AAVrh74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AAVrh74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AAVrh74抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日（エレビジス点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600205	歩行の可否（エレビジス点滴静注）：******	○
				842600045	本製品の投与日における年齢（エレビジス点滴静注）：******	○
37	エンハーツ点滴静注用100mg	化学療法歴のあるHER2陽性の手術不能又は再発乳癌	「トラスツズマブ（遺伝子組換え）及びタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、トラスツズマブ（遺伝子組換え）及びタキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を記載すること。	820600045	トラスツズマブ（遺伝子組換え）の治療歴を有する患者（エンハーツ点滴静注用100mg）	
				820600046	タキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者（エンハーツ点滴静注用100mg）	
		がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治癒切除不能な進行・再発の胃癌の場合	一次治療治療歴を有し、かつ、トラスツズマブ（遺伝子組換え）を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することとし、一次治療で実施した化学療法を記載すること。	830600022	一次治療で実施した化学療法（エンハーツ点滴静注用100mg）：******	
		化学療法歴のあるHER2低発現の手術不能又は再発乳癌	「HER2 低発現の定義について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2 低発現が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2低発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600175	HER2低発現を確認した検査の実施年月日（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600176	HER2低発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		がん化学療法後に増悪したHER2（ERBB2）遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2（ERBB2）遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600177	HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600178	HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		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用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用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る）	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用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用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	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 （※は、古典的ホジキンリンパ腫に限る。） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院※、小児がん連携病院※など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料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	施設要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600186	施設要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600190	施設要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
				820600194	施設要件エ（オプジーボ点滴静注）	
				820600197	施設要件オ（オプジーボ点滴静注）	
41	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600416	悪性黒色腫（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			（平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合：平成29年4月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	

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（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	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	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
			（平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合：平成29年4月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
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（「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。	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	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600140	医師・歯科医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	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	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			（本製剤とイピリムマブ（遺伝子組換え）の併用を化学療法未治療の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の患者に投与する場合） 次のいずれに該当するかを記載すること。（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載） ア IMDC リスク分類：intermediate リスク イ IMDC リスク分類：poor リスク	820600152	患者要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600154	患者要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			（平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（平成29年4月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合：平成29年6月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
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（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を 修 了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を 修 了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、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	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
			（平成29年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"	
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	治癒切除不能な進行・再発の胃癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600421	治癒切除不能な進行・再発の胃癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） HER2陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	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・再発の悪性胸膜中皮腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性胸膜中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600422	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
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癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600423	がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	

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。	850600120	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（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	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	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
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（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600425	食道癌における術後補助療法（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、原発不明癌に対するがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600426	原発不明癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			原発不明癌と診断するにあたり実施した原発巣検索の検査等として該当するもの（「検査等ア」から「検査等ク」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 胸部X線 イ 頭頸部・胸腹部・骨盤CT ウ FDG-PET、PET-CT エ 上部・下部消化管内視鏡 オ 腫瘍マーカー測定 カ 病理学的検索 キ 免疫組織化学的検索 ク 遺伝子・染色体検査	820600156	検査等ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600157	検査等イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600158	検査等ウ（オプジーボ点滴静注）	
				820600159	検査等エ（オプジーボ点滴静注）	
				820600160	検査等オ（オプジーボ点滴静注）	
				820600161	検査等カ（オプジーボ点滴静注）	
				820600162	検査等キ（オプジーボ点滴静注）	
				820600163	検査等ク（オプジーボ点滴静注）	
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	尿路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能な尿路上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600427	尿路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能な尿路上皮癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			（尿路上皮癌における術後補助療法に用いる場合で、シスプラチン等の白金系抗悪性腫瘍剤を含む術前補助療法歴のない患者に投与する場合） 投与することとした理由	830600113	投与することとした理由（オプジーボ点滴静注）：******	
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（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	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	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性中皮腫（悪性胸膜中皮腫を除く）のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	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	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	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	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600431	切除不能な肝細胞癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	○
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	○
57	オルプロリクス静注用500 オルプロリクス静注用1000 オルプロリクス静注用2000 オルプロリクス静注用3000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600025	手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用500等）：******	
	オルプロリクス静注用250		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600026	手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用250）：******	
	オルプロリクス静注用4000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600027	手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用4000）：******	

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（「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2） 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 2歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 2歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3） 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600048	施設要件ア（オルミエント錠2mg等）	
				820600049	施設要件イ（オルミエント錠2mg等）	
				820600372	施設要件ウ（オルミエント錠2mg等）	
				820600050	前治療要件ア（オルミエント錠2mg等）	
				820600051	前治療要件イ（オルミエント錠2mg等）	
				830600028	IGAスコア（オルミエント錠2mg等）：******	
				830600029	全身のEASIスコア（オルミエント錠2mg等）：******	
				830600030	頭頸部のEASIスコア（オルミエント錠2mg等）：******	
				842600008	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（オルミエント錠2mg等）：******	
		円形脱毛症（ただし、脱毛部位が広範囲に及ぶ難治の場合に限る）	効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6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。	830600153	頭部全体に占める脱毛部位の割合（オルミエント錠2mg等）：******	
				830600154	毛髪の自然再生が認められていない期間（オルミエント錠2mg等）：******	
59	オンデキサ静注用200mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤は直接作用型第Xa因子阻害剤（アピキサバン、リバーロキサバン又はエドキサバントシル酸塩水和物）の種類、最終投与時の1回投与量、最終投与からの経過時間、患者背景（直接作用型第Xa因子阻害剤の薬物動態に影響する可能性がある腎機能等）等から、直接作用型第Xa因子阻害剤による抗凝固作用が発現している期間であることが推定される患者にのみ使用すること。」及び「本剤はアピキサバン、リバーロキサバン又はエドキサバントシル酸塩水和物以外の抗凝固剤による抗凝固作用の中和には使用しないこと。」とされているので、次の事項を記載すること。 ア 直接作用型第Xa因子阻害剤の種類、最終投与時の1回投与量及び最終投与からの経過時間 イ 本製剤の投与が必要と判断した理由	830600155	直接作用型第Xa因子阻害剤の種類（オンデキサ静注用200mg）：******	
				830600156	最終投与時の1回投与量（オンデキサ静注用200mg）：******	
				830600157	最終投与からの経過時間（オンデキサ静注用200mg）：******	
				830600158	投与が必要と判断した理由（オンデキサ静注用200mg）：******	
60	ガザイバ点滴静注1000mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「フローサイトメトリー法等により検査を行い、CD20抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600023	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600024	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		CD20陽性の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）	用法及び用量に関連する注意において、「アカラブルチニブを28日間投与した後に本剤の投与を開始すること。」とされているため、アカラブルチニブと併用する場合には、アカラブルチニブの単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600179	アカラブルチニブの単独投与開始年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600180	アカラブルチニブの単独投与終了年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
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		本製剤の用法及び用量に関連する注意において、「投与開始前に心エコー検査により左室駆出率（LVEF）を評価し、LVEFが55%未満の患者には投与を開始しないこと。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600236	左室駆出率の計測年月日（カムザイオスカプセル1mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				842600046	左室駆出率の値（カムザイオスカプセル1mg等）：******	○
				830600206	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合）（カムザイオスカプセル1mg等）：******	○
62	カナグル錠100mg 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、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、新規に投与しないこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、投与開始時のeGFRの値及び検査の実施年月日を記載すること。	842600028	投与開始時のeGFRの値（カナグル錠100mg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100mg		（本製剤を「未治療の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）」に用いる場合は、用法及び用量に関連する注意において、「オビヌツズマブ（遺伝子組換え）と併用する場合には、本剤を28 日間投与した後にオビヌツズマブ（遺伝子組換え）の投与を開始すること。」とされているため、オビヌツズマブ（遺伝子組換え）と併用する場合） 本製剤の単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600182	単独投与開始年月日（カルケンスカプセル100mg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（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料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	施設要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600187	施設要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600191	施設要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600195	施設要件エ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600198	施設要件オ（キイトルーダ点滴静注）	
65	キイトルーダ点滴静注100mg	悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」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。	820600432	悪性黒色腫（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
66	キイトルーダ点滴静注100mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」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。	820600433	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			（本剤を単独で投与する場合） PD-L1 の発現を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600133	PD－L1の発現を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600118	PD－L1の発現を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）：******	
67	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」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、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	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	

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	根治切除不能な尿路上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600435	根治切除不能な尿路上皮癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
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、対象となる癌腫領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	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	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日	850600121	MSI－Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
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（「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載） 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ウまでのいずれかに示す条件を満たす医師（頭頸部癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師）との緊密な連携のもとに診療すること。	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	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600139	医師・歯科医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	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	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
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（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	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	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
			（本製剤を単独で投与する場合） PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600124	PD－L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600107	PD－L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）：******	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載）を記載すること。 ア　5-FU及びシスプラチンとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
73	キイトルーダ点滴静注100mg	治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌腫領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600440	治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600121	MSI－Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	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	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600124	PD－L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600107	PD－L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）：******	
			ホルモン受容体陰性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600134	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600442	進行・再発の子宮体癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載） ア レンバチニブメシル酸塩との併用投与（がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体癌の場合） イ パクリタキセル及びカルボプラチンとの併用投与（化学療法歴のない進行・再発の子宮体癌の場合）	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）	○

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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となるがん種領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	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	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			TMB-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600128	TMB－Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	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	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	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	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			ホルモン受容体陰性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600134	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600448	進行又は再発の子宮頸癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			本製剤を術前薬物療法として他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載）を記載すること。 ア　パクリタキセル及びプラチナ製剤との併用投与 イ　パクリタキセル、プラチナ製剤及びベバシズマブとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）	
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。	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	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
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（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	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	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	○
			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"	○
				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）：******	○
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、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	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
			本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」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	併用投与ア（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。	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	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600461	局所進行子宮頸癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
			本製剤を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（「併用投与ア」と記載） ア　シスプラチンを用いた同時化学放射線療法	820600171	併用投与ア（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	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性胸膜中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600465	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
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。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア　日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ　認定カテゴリー1 に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600052	施設要件ア（キムリア点滴静注）	
				820600053	施設要件イ（キムリア点滴静注）	
			再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において「CD19抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。	850600025	CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（キムリア点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
87	クリースビータ皮下注10mg クリースビータ皮下注20mg クリースビータ皮下注30mg クリースビータ皮下注10mgシリンジ クリースビータ皮下注20mgシリンジ クリースビータ皮下注30mgシリンジ		本剤の効能又は効果は「FGF23関連低リン血症性くる病・骨軟化症」であり、FGF23の過剰産生により血清リン濃度が低下している患者が対象であることから、FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600026	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日（クリースビータ皮下注10mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600027	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日（初回投与）（クリースビータ皮下注10mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
88	ケサンラ点滴静注液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（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア　患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者 イ　以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者 ・　本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者 ・　本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者 ウ　MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能であることが確認された患者 ②　認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日 ア　認知機能評価　MMSEスコア イ　臨床認知症尺度　CDR全般スコア 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年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること カ　画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること キ　製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること ク　日本認知症学会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（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア　以下のⅠからⅢをすべて満たす施設である。 イ　以下のⅠからⅢ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	820600468	患者要件ア（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600469	患者要件イ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600470	患者要件ウ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600471	患者要件エ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600472	患者要件オ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				842600048	認知機能評価MMSEスコア（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600239	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				842600049	臨床認知症尺度CDR全般スコア（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600240	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600241	アミロイドPETの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600207	アミロイドPET検査実施施設名（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600242	脳脊髄液（CSF）検査の実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600208	脳脊髄液（CSF）検査検査実施施設名（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				820600473	医師要件ア（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600474	医師要件イ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600475	医師要件ウ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600476	医師要件エ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600477	医師要件オ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600478	医師要件カ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600479	医師要件キ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600480	医師要件ク（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600481	施設要件ア（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600482	施設要件イ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
			（投与開始後6か月以降の投与の場合） 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（（2）の初回投与施設と同一の施設） エ　連携施設（（2）の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（「医師要件ケ」から「医師要件シ」までのうち該当するものを記載） ケ　日本神経学会の専門医 コ　日本老年医学会の専門医 サ　日本精神神経学会の専門医 シ　日本脳神経外科学会の専門医 ④　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ス」～「医師要件タ」までのうち該当するものを記載） ス　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること セ　画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること ソ　製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること タ　日本認知症学会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	820600483	施設要件ウ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600484	施設要件エ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				830600209	連携施設名（施設要件エに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				830600210	連携施設の所在地（施設要件エに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				820600485	施設要件オ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600486	医師要件ケ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600487	医師要件コ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600488	医師要件サ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600489	医師要件シ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600490	医師要件ス（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600491	医師要件セ（ケサンラ点滴静注液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
				820600492	医師要件ソ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600493	医師要件タ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
			（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	842600073	初回投与から起算しての週数（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600243	臨床症状の評価を実施した直近の年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600244	MRI検査を受けた直近の年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″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（「施設要件カ」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	850600245	アミロイドPETの実施年月日（投与中）（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				820600494	施設要件カ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600495	施設要件キ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				830600212	連携施設名（施設要件キに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				830600213	連携施設名の所在地（施設要件キに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
			（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 本剤の最適使用推進ガイドラインにおいて「中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された場合、中等度以降に進行した患者に投与を継続したときの有効性が確立していないことから、本剤の投与を中止し、再評価を行うこと。」とされていることから、中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果として（2）の①～②及び投与継続を判断した理由（上記①と同様に具体的に記載すること）	830600214	投与の継続が必要と判断した理由（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				820600468	患者要件ア（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600469	患者要件イ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600470	患者要件ウ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				842600048	認知機能評価MMSEスコア（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600239	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				842600049	臨床認知症尺度CDR全般スコア（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600240	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
89	ケレンディア錠10mg ケレンディア錠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」の項の内容を熟知し、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（ケレンディア錠10mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				842600052	左室駆出率の値（ケレンディア錠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）（ケレンディア錠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。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600028	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600029	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600030	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600031	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
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カ月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	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	頭頸部のEASIスコア（サイバインコ錠50mg等）：******	
				842600010	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（サイバインコ錠50mg等）：******	
92	サイラムザ点滴静注液100mg サイラムザ点滴静注液500mg		本製剤をがん化学療法後に増悪した血清AFP値が400ng/mL以上の切除不能な肝細胞癌に用いる場合は、効能・効果に関連する使用上の注意において、「本剤の使用にあたっては、初回投与時の血清AFP値に基づき、適応患者の選択を行うこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、AFPの検査値及び当該検査の実施年月日を記載すること。	830600033	AFPの検査値（サイラムザ点滴静注液100mg等）：******	
				850600032	AFP検査の実施年月日（サイラムザ点滴静注液100mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	

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「サンド」 タダラフィル錠2．5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠2．5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠5mgZA「フソー」 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「サンド」 タダラフィル錠5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠2.5mgZA「シオエ」 タダラフィル錠5mgZA「シオエ」		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600136	診断に用いた主な検査の実施年月日（ザルティア錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600137	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（ザルティア錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600138	診断に用いた主な検査の実施年月日（タダラフィル錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600139	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（タダラフィル錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
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、重度の高コレステロール血症の徴候等）	820600243	本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けている（ジャクスタビッドカプセル5mg等）	
				830600035	診断根拠（遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等）（ジャクスタビッドカプセル5mg等）：******	
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、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）を記載すること。	830600159	適応患者であると判断した理由（ジャディアンス錠10mg）：******	
				830600160	判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）（ジャディアンス錠10mg）：******	
97	シュンレンカ錠300mg シュンレンカ皮下注463．5mg		本製剤の効能又は効果は「多剤耐性HIV-1感染症」であり、効能又は効果に関連する注意において、「「過去の治療において、本剤を含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（シュンレンカ錠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（シュンレンカ錠300mg等）：******	
98	シンポニー皮下注50mgシリンジ シンポニー皮下注50mgオートインジェクター	潰瘍性大腸炎	次の事項を記載すること。 ア 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名及び使用期間 イ 本製剤の投与が必要と判断した理由	830600038	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンポニー皮下注50mgシリンジ）：******	
				830600039	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンポニー皮下注50mgシリンジ）：******	
				830600040	投与が必要と判断した理由（シンポニー皮下注50mgシリンジ）：******	
				830600041	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンポニー皮下注50mgオートインジェクター）：******	
				830600042	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンポニー皮下注50mgオートインジェクター）：******	
				830600043	投与が必要と判断した理由（シンポニー皮下注50mgオートインジェクター）：******	
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、脊髄領域を含む整形外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損傷に関する十分な臨床経験（計30件以上）を有し、AIS評価が適切に行えること。 イ 医師免許取得後、脊髄領域を含む脳神経外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損傷に関する十分な臨床経験（計30件以上）を有し、AIS評価が適切に行えること。 ② 本製品の製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点及び本製品を投与する直前の時点におけるAIS なお、供給当初においては、AISがAの患者を中心とした投与が適切であるとされていることから、供給可能量も踏まえAの患者を優先して対応すること。	820600064	医師要件ア（ステミラック注）	
				820600065	医師要件イ（ステミラック注）	
				830600045	製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点におけるAIS（ステミラック注）：******	
				830600046	本製品を投与する直前の時点におけるAIS（ステミラック注）：******	
101	スピンラザ髄注12mg スピンラザ髄注28mg スピンラザ髄注50mg		効能又は効果に関連する注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。 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（スピンラザ髄注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）（スピンラザ髄注12mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（オナセムノゲン アベパルボベク（販売名：ゾルゲンスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合） その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	830600047	オナセムノゲン アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由（スピンラザ髄注12mg等）：******	
102	ゼジューラ錠100mg		本製剤を「白金系抗悪性腫瘍剤感受性の相同組換え修復欠損を有する再発卵巣癌」に用いる場合は、効能又は効果に関連する使用上の注意において、「3つ以上の化学療法歴のある患者を対象とすること。」及び「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、過去に実施した化学療法歴及び相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600048	過去に実施した化学療法歴（ゼジューラ錠100mg）：******	
				850600037	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（ゼジューラ錠100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600038	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゼジューラ錠100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600499	施設要件ア（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
103	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(「施設要件カ」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載)及び「施設要件キ」、「施設要件ケ」又は「施設要件サ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 カ 日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる キ 日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ク 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ケ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる コ 日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる サ 日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ③ 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載) シ 日本循環器学会の教育研修施設 ス 日本糖尿病学会の教育研修施設 セ 日本内分泌学会の教育研修施設 ④ 常勤の管理栄養士の免許証番号 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に5年以上の臨床研修を有していること。 イ 医師免許取得後、満7年以上の臨床経験を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること。 ⑥ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載) ウ 日本循環器学会の専門医 エ 日本糖尿病学会の専門医 オ 日本内分泌学会の専門医 ⑦ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載) ア 高血圧 イ 脂質異常症 ウ 2型糖尿病 ⑧ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載) エ BMIが27kg/m2以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する オ BMIが35kg/m2以上 ⑨ (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(「患者要件カ」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載) カ 耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など) キ 脂質異常症 ク 高血圧 ケ 高尿酸血症・痛風 コ 冠動脈疾患 サ 脳梗塞、 シ 非アルコール性脂肪性肝疾患 ス 月経異常・不妊 セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 ソ 運動器疾患 タ 肥満関連腎臓病 ⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ⑪ ⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ⑫ 合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名 ⑬ 本製剤による治療計画(72週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日	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	患者要件カ(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すべての年月日(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600218	合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等):******	○
				850600251	治療計画(72週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
			(本製剤の継続投与の場合及び再投与後の継続投与の場合) 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	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):******	○
			(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)を作成した年月日	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"	○
				850600258	改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600259	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600221	やむを得ず本製剤の投与を再開するその理由(ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等):******	○
				850600260	改めて本製剤による治療計画(72週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				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	ゾスパタ錠40mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FLT3 遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600043	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ゾスパタ錠40mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600044	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゾスパタ錠40mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
107	ゾルゲンスマ点滴静注		本品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意に、「SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異が確認された患者に投与すること。」「2歳未満の患者に投与すること。」及び「承認された体外診断薬を用いた検査により抗AAV9抗体が陰性であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ・SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日 ・本品の投与日齢 ・抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日	850600045	SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日（ゾルゲンスマ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				842600011	本品の投与日齢（ゾルゲンスマ点滴静注）：******	
				850600046	抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日（ゾルゲンスマ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
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シリンジ ゾレア皮下注75mgペン 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（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するもの） 【成人季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 【小児季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 エ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ② 投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度及び当該検査の実施年月日 ③ 患者がスギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由 ④ 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状及び本製剤の投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ⑤ 前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイド及びケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ⑥ 既存治療で効果不十分と判断した理由 ⑦ アレルゲン免疫療法（減感作療法）に関する説明	820600251	医師要件ア（ゾレア皮下注用150mg等）	
				820600252	医師要件イ（ゾレア皮下注用150mg等）	
				820600253	医師要件ウ（ゾレア皮下注用150mg等）	
				820600254	医師要件エ（ゾレア皮下注用150mg等）	
				830600122	投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				850600140	投与量の設定に用いた血清中総IgE検査の実施年月日（ゾレア皮下注用150mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600052	スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600012	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600013	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600053	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600014	本製剤の投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600015	本製剤の投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600054	本製剤の投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600055	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの成分名（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600056	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの一日投与量（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600057	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600058	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の一日投与量（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600059	既存治療で効果不十分と判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600060	アレルゲン免疫療法（減感作療法）に関する説明内容（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
			（スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の継続投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の前回投与時及び当該継続投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ② 本製剤と併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ③ 12週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	842600016	前回投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600017	前回投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600061	前回投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600018	継続投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600019	継続投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600062	継続投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600063	併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600064	併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の一日投与量（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600065	12週を超えて継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）：******	

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歴を有し、病勢進行が確認されている患者では、EGFRT790M変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	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「化学療法歴のあるホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから、ホルモン受容体陽性及びHER2陰性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 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	○
			本剤の効能又は効果に関連する注意において、「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のある患者を対象とすること。」とされているので、過去に実施した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を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	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（トロデルビ点滴静注用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	タプレクタ錠150mg タプレクタ錠200mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600053	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（タプレクタ錠150mg等）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600054	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タプレクタ錠150mg等）：（元号）yy年mm月dd日	
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） 効能又は効果に関連する注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、生殖細胞系列のBRCA遺伝子変異（病的変異又は病的変異疑い）を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。 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届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合） 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方した旨を記載すること。	820600066	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方（チャンピックス錠0．5mg等）	
117	チラーヂンS静注液200μg		本製剤を甲状腺機能低下症の患者に投与する際は、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さない場合に限ること。 また、甲状腺機能低下症の患者に対する本製剤の投与開始に当たっては、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由を記載すること。	830600066	レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由（チラーヂンS静注液200μg）：******	
118	ティーエスワン配合顆粒T20 ティーエスワン配合顆粒T25 ティーエスワン配合OD 錠T20 ティーエスワン配合OD 錠T25 ティーエスワン配合カプセルT20 ティーエスワン配合カプセルT25		本剤の用法及び用量において、「胃癌にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、頭頸部癌にはA法、非小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不能又は再発乳癌にはA法、膵癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること（「A法」から「F法」までのうち該当するものを記載）。	820600305	A法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600306	B法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600307	C法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600308	D法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600309	E法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600310	F法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
119	ティブソボ錠250 mg		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（ティブソボ錠250 mg）：（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）（ティブソボ錠250 mg）：（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（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。	820600534	気管支喘息（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600311	医師要件ア（テゼスパイア皮下注210mg）	
				820600312	医師要件イ（テゼスパイア皮下注210mg）	
				820600313	医師要件ウ（テゼスパイア皮下注210mg）	
			本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載）を記載すること。 ア 高用量吸入ステロイド薬（ICS）とその他の長期管理薬（長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。 イ 中用量ICSとその他の長期管理薬（長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。	820600314	患者要件ア（テゼスパイア皮下注210mg）	
				820600315	患者要件イ（テゼスパイア皮下注210mg）	
			（「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	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（テゼスパイア皮下注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（テゼスパイア皮下注210mg）：******	
				820600535	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600536	施設要件ア（テゼスパイア皮下注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	テゼスパイア皮下注210mgシリンジ テゼスパイア皮下注210mgペン	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を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（「施設要件ア」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 2）次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ 既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・鼻閉重症度スコアが2（中等症）以上（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茸の症状が8週間を超えて持続している 3）2）でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日。「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4）本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉重症度スコア及び鼻漏や嗅覚減少又は消失といった鼻茸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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2）1）でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3）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	患者の要件アに該当（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600538	患者の要件イに該当（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600539	患者の要件ウに該当（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				850600270	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日（テゼスパイア皮下注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（テゼスパイア皮下注210mg）：******	○
				842600058	本製剤投与前における鼻茸スコア（テゼスパイア皮下注210mg）：******	○
				842600059	本製剤投与前における鼻閉重症度スコア（テゼスパイア皮下注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茸の症状が継続している期間（テゼスパイア皮下注210mg）：******	○
				820600311	医師要件ア（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600312	医師要件イ（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600542	医師要件アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				842600060	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア（テゼスパイア皮下注210mg）：******	○
				842600061	本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア（テゼスパイア皮下注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（テゼスパイア皮下注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（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 （※は、切除不能な鼻単状軟部肉腫又は再発又は難治性の節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型に限る。） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院※、小児がん連携病院※など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料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	施設要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600188	施設要件イ（テセントリク点滴静注）	
				820600192	施設要件ウ（テセントリク点滴静注）	
				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（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものの記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 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。	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	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載）記載すること。 ア カルボプラチン、パクリタキセル及びベバシズマブ（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）及びペメトレキセドとの併用投与 ウ カルボプラチン及びパクリタキセル（アルブミン懸濁型）との併用投与	820600172	併用投与ア（テセントリク点滴静注）	
				820600175	併用投与イ（テセントリク点滴静注）	
				820600178	併用投与ウ（テセントリク点滴静注）	
			（本製剤を化学療法歴のないPD-L1 陽性（TC3 又はIC3）の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌患者に単独で投与する場合） EGFR遺伝子変異陰性、ALK融合遺伝子陰性及びPD-L1陽性（TC3又はIC3）を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600117	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600115	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600125	PD－L1陽性（TC3又はIC3）を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600544	進展型小細胞肺癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
124	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	乳癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600545	乳癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
			PD-L1陽性、ホルモン受容体陰性及びHER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600141	PD－L1陽性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600142	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600546	切除不能な肝細胞癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	

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（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600547	PD-L1陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	
			PD-L1陽性（PD-L1発現率が1%以上）を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600141	PD－L1陽性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600162	PD－L1発現率を確認した検査結果（発現率）（テセントリク点滴静注）：******	
127	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な胞巣状軟部肉腫	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（「医師要件ア」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年以上の整形外科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、悪性軟部腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の小児がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600548	切除不能な胞巣状軟部肉腫（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	○
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	○
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	○
128	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	再発又は難治性の節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の小児血液及び小児がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600552	再発又は難治性の節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	○
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	○
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	○
129	テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な胸腺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」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、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	切除不能な胸腺癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	○
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	○
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	○
130	テビムブラ点滴静注100mg		1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料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 2）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） 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。	820600560	施設要件ア（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600561	施設要件イ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600562	施設要件ウ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600563	施設要件エ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600564	施設要件オ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600565	医師要件ア（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600566	医師要件イ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600567	医師要件ウ（テビムブラ点滴静注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遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600144	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（テブミトコ錠250mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600145	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（テブミトコ錠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GVHDの重症度等、「臨床成績」の項の内容を熟知し、本品の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、本品の使用が必要かつ有効と判断した理由を記載すること。	830600067	本品の使用が必要かつ有効と判断した理由（テムセルHS注）：*******	
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	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2） 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」から「前治療要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 イ 小児アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ミディアムクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 なお、ミディアムクラスのステロイド外用薬で効果不十分の患者に対しては、本剤の投与を開始する前にストロングクラスのステロイド外用薬での治療も考慮すること。 ウ 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3） 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGA スコア イ 全身又は頭頸部の EASI スコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600568	アトピー性皮膚炎（デュピクセント皮下注）	○
				820600167	施設要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600189	施設要件イ（デュピクセント皮下注）	
				820600193	施設要件ウ（デュピクセント皮下注）	
				820600181	前治療要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600317	前治療要件イ（デュピクセント皮下注）	
				820600182	前治療要件ウ（デュピクセント皮下注）	
				842600078	IGAスコア（デュピクセント皮下注）：******	
				842600079	全身のEASIスコア（デュピクセント皮下注）：******	
				842600080	頭頸部のEASIスコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600109	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（デュピクセント皮下注）：******	

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、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 2） 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載） ア 高用量吸入ステロイド薬（ICS）とその他の長期管理薬（長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に1回以上きたしている。 イ 中用量 ICS とその他の長期管理薬（長時間作用性β2 刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に1回以上きたしている。 3） 2）で「患者要件イ」に該当する場合は、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	施設要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600189	施設要件イ（デュピクセント皮下注）	
				820600193	施設要件ウ（デュピクセント皮下注）	
				820600153	患者要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600155	患者要件イ（デュピクセント皮下注）	
				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	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1） 本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨（「施設要件ア」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 2） 次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ 「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ 既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・ 内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・ 鼻閉重症度スコアが2（中等症）以上（8週間以上持続していること） ・ 嗅覚障害、鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）等（8週間以上持続していること） 3） 2）でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日、「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4） 本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉重症度スコア及び嗅覚障害、鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）等が継続している期間 ② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2） 1）でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3） 本製剤の継続投与前における各鼻腔の鼻茸スコア及び鼻閉重症度スコア 4） 24週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	820600570	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎（デュピクセント皮下注）	○
				820600167	施設要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600150	患者の要件アに該当（デュピクセント皮下注）	
				820600185	患者の要件イに該当（デュピクセント皮下注）	
				820600151	患者の要件ウに該当（デュピクセント皮下注）	
				850600132	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日（デュピクセント皮下注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600108	手術が適応とならないと判断した理由（デュピクセント皮下注）：******	
				830600123	本製剤投与前における鼻茸スコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600124	本製剤投与前における鼻閉重症度スコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600125	本製剤投与前における鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）等が継続している期間（デュピクセント皮下注）：******	
				820600142	医師要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600144	医師要件イ（デュピクセント皮下注）	
				820600143	医師要件アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨（デュピクセント皮下注）	
				830600126	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600127	本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600103	24週間を超えて投与することが必要かつ適切と判断した理由（デュピクセント皮下注）：******	
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理解した上で、本剤はステロイド外用剤等による治療を施行しても、痒疹結節を主体とする病変が多発し、複数の部位に及ぶ患者に用いること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ア 既存治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間（既存治療として薬剤を使用していない場合はその理由） イ 投与開始時の痒疹結節数 ウ 投与開始時の病変部位 エ 投与開始時のそう痒スコア	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	投与開始時のそう痒スコア（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） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） 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連するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 2） 次に掲げるすべての項目の値 ア 気管支拡張薬投与後の予測1秒量に対する比率（%FEV1） イ 血中好酸球数 3） 長時間作用性抗コリン薬（以下、LAMA）、長時間作用性β2刺激薬（以下、LABA）及び吸入ステロイド薬（以下、ICS）の併用療法（ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABAの併用療法）による治療期間 4） 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載） ア 中等度の増悪を年2回以上（うち1回は全身性ステロイド薬の投与が必要であった）認め、このうち少なくとも1回の増悪はLAMA、LABA及びICS（ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABA）の併用中に発現している。 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） 禁煙、呼吸リハビリテーション等の非薬物療法に関する管理計画を作成した年月日 6） 上記5）の管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日 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） 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。（「投与期間ア」から「投与期間ウ」までのうち該当するものを記載） ア 12週間未満 イ 12週間以上52週間未満 ウ 52週間以上 2） 本製剤投与中、（5）①の5）の管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日 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	施設要件ア（デュピクセント皮下注）	○
				820600189	施設要件イ（デュピクセント皮下注）	○
				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	長時間作用性抗コリン薬（以下、LAMA）、長時間作用性β2刺激薬（以下、LABA）及び吸入ステロイド薬（以下、ICS）の併用療法（ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABAの併用療法）による治療期間（デュピクセント皮下注）：******	○
				820600153	患者要件ア（デュピクセント皮下注）	○
				820600155	患者要件イ（デュピクセント皮下注）	○
				850600271	禁煙、呼吸リハビリテーション等の非薬物療法に関する管理計画を作成した年月日（デュピクセント皮下注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600272	管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日（初回投与）（デュピクセント皮下注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				820600599	投与期間ア（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（デュピクセント皮下注）	○
				820600601	投与期間ウ（デュピクセント皮下注）	○
				850600273	管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日（継続投与）（デュピクセント皮下注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600231	本剤投与の継続が必要と判断した理由（デュピクセント皮下注）	○
138	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	中等症から重症の水疱性類天疱瘡	効能又は効果に関連する注意において、「最新の国内診療ガイドラインを参考に、全身性ステロイド薬の投与が必要な中等症から重症の水疱性類天疱瘡患者に対して本剤を投与すること。」及び「本剤の適用に先立ち、全身性ステロイド薬単独による治療の実施も考慮すること。患者の症状や状態に応じて、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等を参照の上で、本剤の投与の必要性を慎重に判断すること。」、用法及び用量に関連する注意において「本剤は全身性ステロイド薬と併用で投与を開始すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　疾患重症度 イ 本製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、本製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　本製剤と併用する全身性ステロイド薬の品名	842600064	疾患重症度（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）：******	○
				830600232	適用に先立ち実施した全身性ステロイド薬の品名（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）：******	○
				830600233	全身性ステロイド薬単独による治療を行わず、全身性ステロイド薬の併用による治療を開始理由（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）：******	○
				830600234	併用する全身性ステロイド薬の品名（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）：******	○
139	デリタクト注		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 特定機能病院 イ 大学附属病院本院（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。） ウ 悪性神経膠腫手術の年間症例数が30例以上ある施設 エ 本品に係る治験の実施施設、又はこれと同等の施設体制を有し本品に係る治験責任医師又は治験分担医師が常勤する施設（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。） ② 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを全て記載。最適使用推進ガイドラインにおいて、次に掲げる医師の要件のすべてに該当する医師を配置することとされている。） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の脳神経外科学の臨床研修を行っており、うち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験があること。 イ 脳腫瘍に関する十分な臨床経験（計 30 例以上）があること。 ウ ナビゲーション下生検術を含む定位脳手術の実績が5例以上あること。 ③ 放射線治療及びテモゾロミドの治療歴のある患者である旨	820600067	施設要件ア（デリタクト注）	
				820600068	施設要件イ（デリタクト注）	
				820600069	施設要件ウ（デリタクト注）	
				820600070	施設要件エ（デリタクト注）	
				820600071	医師要件ア（デリタクト注）	
				820600072	医師要件イ（デリタクト注）	
				820600073	医師要件ウ（デリタクト注）	
				820600074	放射線治療歴のある患者（デリタクト注）	
				820600075	テモゾロミド治療歴のある患者（デリタクト注）	
140	ドブテレット錠20mg	待機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	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臓器切除を伴う観血的手技の場合は、本剤の投与を避けること。」とされていることから、このような症例には使用しないこと。また、観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600168	観血的手技の名称（ドブテレット錠20mg）：******	
				850600185	観血的手技の実施予定年月日（ドブテレット錠20mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
141	トルカプ錠160mg トルカプ錠200mg		本製剤の効能又は効果は「内分泌療法後に増悪した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。	850600274	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600275	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠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（トルカプ錠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）（トルカプ錠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（トルカプ錠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）（トルカプ錠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（トルカプ錠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）（トルカプ錠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（トルカプ錠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）（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
142	トルツ皮下注80mgオートインジェクター	尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	12週以降において、2週間隔で投与する場合、2週間隔で投与することが適切と判断した理由を記載すること。	830600068	12週以降、2週間隔で投与することが適切と判断した理由（トルツ皮下注80mgオートインジェクター等）：******	
143	トロデルビ点滴静注用200mg		① 本製剤の効能又は効果は「化学療法歴のある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」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。	850600284	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（トロデルビ点滴静注用200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600285	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トロデルビ点滴静注用200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
144	ナルティークOD 錠75mg	片頭痛発作の発症抑制	本製剤の効能又は効果に関連する注意において「十分な診察を実施し、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発現している、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、本製剤の投与開始前の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。	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）：******	○
			本製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カ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カ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届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合） 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」した旨を記載すること。	820600076	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方（ニコチネルTTS10等）	
146	ニューモバックスNPシリンジ		（ステムリマブ（遺伝子組換え）、ベゲセタコプラン又はイブタコパン塩酸塩水和物投与患者に使用する場合） ステムリマブ（遺伝子組換え）、ベゲセタコプラン又はイブタコパ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ステムリマブ（遺伝子組換え）、ベゲセタコプラン又はイブタコパン塩酸塩水和物の投与が確認できる場合を除く。）。	850600186	ステムリマブ（遺伝子組換え）、ベゲセタコプラン又はイブタコパン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"	
				850600187	ステムリマブ（遺伝子組換え）、ベゲセタコプラン又はイブタコパン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"	
147	ニュベクオ錠300mg	アンドロゲン受容体陽性の根治切除不能な進行・再発の唾液腺癌	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。	850600286	アンドロゲン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（ニュベクオ錠300mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600287	アンドロゲン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ニュベクオ錠300mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				820600578	施設要件ア（ヌーカラ皮下注）	○
				820600579	患者の要件アに該当（ヌーカラ皮下注）	○
				820600580	患者の要件イに該当（ヌーカラ皮下注）	○

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（「施設要件ア」と記載） 2）次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア　慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ　既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・　内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・　鼻閉の 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／鼻閉塞感／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」の計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。）撮影で篩骨洞こ上顎洞の陰影が認められる又は気管支喘息、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 で篩骨洞こ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）でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日、「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4）本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉の VAS 重症度スコア並びに「鼻づまり／鼻閉塞感／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（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2）1）でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3）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	820600581	患者の要件ウに該当（ヌーカラ皮下注）	○
				850600288	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″	○
				830600235	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）：******	○
				842600066	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）：******	○
				842600067	本製剤投与前における鼻閉のVAS 重症度スコア（ヌーカラ皮下注）：******	○
				830600236	本製剤投与前における「鼻づまり／鼻閉塞感／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）：******	○
				830600237	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）：******	○
				820600582	医師要件ア（ヌーカラ皮下注）	○
				820600583	医師要件イ（ヌーカラ皮下注）	○
				820600584	医師要件アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨（ヌーカラ皮下注）	○
				842600068	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア（ヌーカラ皮下注）：******	○
				842600069	本製剤の継続投与前における鼻閉のVAS 重症度スコア（ヌーカラ皮下注）：******	○
				830600238	24週間を超えて本製剤を継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由（継続投与）（ヌーカラ皮下注）：******	○
149	ノーモサング点滴静注250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤による急性発作の予防効果は確認されていないことから、予防的には使用しないこと。」とされているので、予防的に使用した場合には算定できないものであること。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、発作時の使用である旨を記載すること。	820600077	発作時の使用（ノーモサング点滴静注250mg）	
150	ノボセブンHI静注用1mg　シリンジ ノボセブンHI静注用2mg　シリンジ ノボセブンHI静注用5mg　シリンジ		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅶ因子又は区因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600128	インヒビター力価（ノボセブンHI静注用1mgシリンジ等）：******	
				850600146	インヒビター力価測定年月日（ノボセブンHI静注用1mgシリンジ等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
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。	850600289	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（ハイイータン錠50mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600290	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）（ハイイータン錠50mg）：（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。	850600188	HER2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″	
				850600189	HER2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″	
153	ハーセプチン注射用150 ハーセプチン注射用60 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「NK」 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「ファイザー」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」 トラスツズマブ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。	850600057	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（ハーセプチン注射用60等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600058	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ハーセプチン注射用60等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「NK」、同 150mg「NK」 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600059	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600060	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「ファイザー」及び同 150mg「ファイザー」 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600065	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600066	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
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 シアリス錠5mg シアリス錠10mg シアリス錠20mg	勃起不全による男性不妊の治療を目的として一般不妊治療におけるタイミング法において用いる場合	以下の事項を記載すること。 ①　投与を行う医師に係る要件として次に掲げるもののうち、該当するもの（「投与医要件ア」又は「投与医要件イ」と記載） ア　泌尿器科について5年以上の経験を有する医師 イ　アに準じて、特段の理由がある場合 ②　上記①イに該当する場合、当該理由	820600318	投与医要件ア（バイアグラ錠25mg等）	
				820600319	投与医要件イ（バイアグラ錠25mg等）	
				830600169	投与医要件イに該当する理由（バイアグラ錠25mg等）：******	
			以下の事項を記載すること。 ①　医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者又はそのパートナーのいずれであるか ②　医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（投与する保険医療機関と同一である場合には省略しても差し支えない。） ③　医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（投与日から遡って6か月以内に限る。）	820600320	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者（バイアグラ錠25mg等）	
				820600321	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者のパートナー（バイアグラ錠25mg等）	
				830600170	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（バイアグラ錠25mg等）：******	
				850600190	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（バイアグラ錠25mg等）：（元号）yy″年″mm″月″	
			（6か月を超えて投与を継続する場合） 継続の必要性を改めて検討し、必要と判断した理由及び初回投与の年月を記載すること。	830600171	6か月を超えて投与を継続する必要と判断した理由（バイアグラ錠25mg等）：******	
				850600191	初回投与の年月（バイアグラ錠25mg等）：（元号）yy″年″mm″月″	
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、血液凝固第Ⅶ因子又は第区因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600129	インヒビター力価（バイクロット配合静注用2.5mL等）：******	
				850600147	インヒビター力価測定年月日（バイクロット配合静注用2.5mL等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
156	バイジュベックゲル		（本製剤の投与開始の場合） 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（「施設要件ア～エ」と記載） ア　日本皮膚科学会専門医の資格を有すること イ　表皮水疱症の診療に必要な学識・技術を習得していること 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種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、在宅でも適切な手技を実施可能であることを確認した年月日	820600585	施設要件ア（バイジュベックゲル）	○
				820600586	施設要件イ（バイジュベックゲル）	○
				820600587	施設要件ウ（バイジュベックゲル）	○
				820600588	施設要件エ（バイジュベックゲル）	○
				850600291	在宅でも適切な手技を実施可能であることを確認した年月日（投与開始）（バイジュベックゲル）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○

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 本製品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	本製品による治療効果を確認した直近の年月日（継続投与）（バイジュベックゲル）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600293	在宅での投与を適切に実施できていることを確認した直近の年月日（継続投与）（バイジュベックゲル）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
157	バクスミー点鼻粉末剤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%		易感染患者から隔離することが困難な入院患者に対する使用に当たっては、やむを得ず、二名以下の患者が収容されている病室にMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）とともに入院している者に対して使用した場合に限り算定できるものであること。 その場合、易感染患者から隔離することが困難な入院患者の使用に係る薬剤料はMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の分として算定し、MRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の診療報酬明細書に易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与した旨を記載すること。	820600078	易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与（バクトロバン鼻腔用軟膏2%）	
159	パベンチオ点滴静注200mg	メルケル細胞癌	次の事項を記載すること。 1） 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
160	パベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の治療	次の事項を記載すること。 1） 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
161	パベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能な尿路上皮癌における化学療法後の維持療法の治療	次の事項を記載すること。 1） 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
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阻害剤による治療歴のない患者に投与する場合は、本製剤を投与することとした理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	850600294	FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を確認した遺伝子検査の実施年月日（バルバーサ錠3mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600295	FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を確認した遺伝子検査の実施年月日（初回投与）（バルバーサ錠3mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600239	PD－1／PD－L1阻害剤による治療歴のない患者に投与する理由（バルバーサ錠3mg等）：******	○
163	ビヨントラ錠400mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR 遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mm を超えること ウ 病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと	820600589	患者要件ア（ビヨントラ錠400mg）	○
				820600590	患者要件イ（ビヨントラ錠400mg）	○
				820600591	患者要件ウ（ビヨントラ錠400mg）	○
				830600240	TTR遺伝子検査で病的変異の有無（ビヨントラ錠400mg）：******	○

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	ビラフトビカプセル50mg ビラフトビカプセル75mg	共通	本製剤の効能・効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600067	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ビラフトビカプセル50mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600068	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ビラフトビカプセル50mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		BRAF遺伝子変異を有する治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	（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考にした上で、患者の状態に応じて、ビニメチニブの併用の必要性を判断すること。」とされているので、本剤とビニメチニブを併用する場合には、関連学会の最新のガイドライン等を踏まえ、併用する理由を記載すること。その場合は、併用が必要とした判断に用いた情報（ECOG PS、転移臓器数、CRP 値等）を具体的に記載すること。	830600070	ビニメチニブを併用する理由（ビラフトビカプセル50mg等）：******	
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	ビロイ点滴静注用100mg ビロイ点滴静注用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陰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。	850600296	CLDN18．2陽性を確認した検査の実施年月日（ビロイ点滴静注用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）（ビロイ点滴静注用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（ビロイ点滴静注用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）（ビロイ点滴静注用100mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
167	ピンダケルカプセル20mg	トランスサイレチン型心アミロイドーシス（野生型及び変異型）	本製剤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　心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ　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	患者要件ア（ピンダケルカプセル20mg）	
				820600088	患者要件イ（ピンダケルカプセル20mg）	
				820600592	患者要件ウ（ピンダケルカプセル20mg）	○
				830600241	TTR遺伝子検査で病的変異の有無（ピンダケルカプセル20mg）：******	○
168	ピンマックカプセル61mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ　心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ　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	患者要件ア（ピンマックカプセル61mg）	
				820600090	患者要件イ（ピンマックカプセル61mg）	
				820600593	患者要件ウ（ピンマックカプセル61mg）	○
				830600242	TTR遺伝子検査で病的変異の有無（ピンマックカプセル61mg）：******	○
169	ファイバ静注用1000		本製剤の使用に当たっては、インヒビター力価が測定されていることが前提であり、その測定された年月日及びその力価を記載する。	830600130	インヒビター力価（ファイバ静注用1000）：******	
				850600150	インヒビター力価測定年月日（ファイバ静注用1000）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
170	ファビハルタカプセル200mg	発作性夜間ヘモグロビン尿症	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「補体（C5）阻害剤による適切な治療を行っても、十分な効果が得られない場合に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600243	治療として使用していた薬剤の品名（ファビハルタカプセル200mg）：******	○
				830600244	治療として使用していた薬剤の使用期間（ファビハルタカプセル200mg）：******	○
171	フェインジェクト静注500mg		本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が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陽性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	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/1.73m2未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景（原疾患、併用薬、腎機能等）を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）を記載すること。	830600074	適応患者であると判断した理由（フォシーガ錠5mg等）：******	
				830600075	判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）（フォシーガ錠5mg等）：******	
174	ブルヴィクト静注		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「承認された診断用医薬品を用いた検査により、PSMA 陽性病変を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600300	PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日（ブルヴィクト静注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600301	PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ブルヴィクト静注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
			本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「臨床試験に組み入れられた患者の治療歴等について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、タキサン系抗悪性腫瘍剤の適応となる患者においては、タキサン系抗悪性腫瘍剤による治療の実施についても慎重に検討し、適応患者の選択を行うこと。」及び「アビラテロン、エンザルタミド、アパルタミド又はダロルタミドによる治療歴のない患者における有効性及び安全性は確立していない。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由及び前立腺癌に対する薬物治療歴を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	830600245	投与が必要と判断した理由（ブルヴィクト静注）：******	○
				830600246	前立腺癌に対する薬物治療歴（ブルヴィクト静注）：******	○
175	プレヤンジ静注		本製品の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア　日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ　認定カテゴリー1 に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600105	施設要件ア（プレヤンジ静注）	
				820600106	施設要件イ（プレヤンジ静注）	

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 ボグリボースODフィルム0．2「QQ」 ボグリボースOD錠0．2mg「ケミファ」 ボグリボースOD錠0．2mg「サワイ」 ボグリボースOD錠0．2mg「タカタ」 ボグリボースOD錠0．2mg「トーワ」 ボグリボースOD錠0．2mg「日医工」 ボグリボースOD錠0．2mg「武田テバ」 ボグリボースOD錠0．2mg「杏林」 ボグリボース錠0．2mg「NP」 ボグリボース錠0．2mg「NS」 ボグリボース錠0．2mg「TCK」 ボグリボース錠0．2mg「YD」 ボグリボース錠0．2mg「サワイ」 ボグリボース錠0．2mg「トーワ」 ボグリボース錠0．2mg「杏林」 ボグリボース錠0．2mg「日医工」 ボグリボース錠0．2mg「武田テバ」	耐糖能異常における2型糖尿病の発症抑制（ただし、食事療法及び運動療法を十分に行っても改善されない場合に限る。）	耐糖能異常と判断した根拠（判断した年月日とその結果）、食事療法及び運動療法を3～6ヶ月間行っても改善されなかった旨及び高血圧症又は脂質異常症の診断名を記載する。	830600081	耐糖能異常と判断した根拠（ベイスン錠0．2等）；******	
				850600073	耐糖能異常と判断した年月日（ベイスン錠0．2等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600107	食事療法及び運動療法を3～6ヶ月間行っても改善されなかった（ベイスン錠0．2等）	
				830600082	高血圧症又は脂質異常症の診断名（ベイスン錠0．2等）；******	
177	ベージニオ錠50mg ベージニオ錠100mg ベージニオ錠150mg		本製剤の効能・効果は「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術後薬物療法」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600074	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（ベージニオ錠50mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600075	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベージニオ錠50mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600076	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（ベージニオ錠50mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600077	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベージニオ錠50mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
178	ベスポンサ点滴静注用1mg		本製剤の使用上の注意において「フローサイトメトリー法等の検査によって、CD22抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」とされているので、CD22陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600078	CD22陽性を確認した検査の実施年月日（ベスポンサ点滴静注用1mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600079	CD22陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベスポンサ点滴静注用1mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
179	ベマジール錠4．5mg	がん化学療法後に増悪したFGFR2融合遺伝子陽性の治癒切除不能な胆道癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600080	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（ベマジール錠4．5mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600081	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベマジール錠4．5mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		FGFR1融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座が確認され、FGFR1融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍と診断された患者に投与すること。」とされているので、染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600194	8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日（ベマジール錠4．5mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600195	8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベマジール錠4．5mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
180	ベリキューボ錠2．5mg ベリキューボ錠5mg ベリキューボ錠10mg		効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の保たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載すること。 なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600082	左室駆出率の計測年月日（ベリキューボ錠2．5mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600083	左室駆出率の値（ベリキューボ錠2．5mg等）；******	
				830600084	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合）（ベリキューボ錠2．5mg等）；******	
181	ヘルネクシオス錠60mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経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摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600303	HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ヘルネクシオス錠60mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600304	HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ヘルネクシオス錠60mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
182	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、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用している薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	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）；******	○
183	ポテリジオ点滴静注20mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「CCR4陽性の成人 T細胞白血病リンパ腫（ATL）、再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫（PTCL）の場合、CCR4抗原は、フローサイトメトリー（FCM）又は免疫組織化学染色（IHC）法により検査を行い、陽性であることが確認されている患者のみに投与すること。」とされているので、CCR4陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600083	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日（ポテリジオ点滴静注20mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600084	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ポテリジオ点滴静注20mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
184	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月に記載すること。 （1）テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mg の併用療法として使用していた品名及び使用期間 （2）テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mg の併用療法において、安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日	830600085	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12．5mgの併用療法として使用していた品名（ミカトリオ配合錠）；******	
				830600086	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12．5mgの併用療法として使用していた使用期間（ミカトリオ配合錠）；******	
				830600131	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値（ミカトリオ配合錠）；******	
				850600151	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定実施年月日（ミカトリオ配合錠）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600322	医師要件ア（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
185	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そう痒	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2） 本剤投与前の治療の状況 ア 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 ウ 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）：******	
186	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摘要欄に記載すること。 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 投与開始時のそう痒スコア	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（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）：******	○
				830600252	投与開始時の病変部位（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）：******	○
				842600071	投与開始時のそう痒スコア（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）：******	○
187	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技の場合は、本剤の投与を避けること。」とされていることから、このような症例には使用しないこと。また、観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600087	観血的手技の名称（ムルプレタ錠3mg）：******	
				850600085	観血的手技の実施予定年月日（ムルプレタ錠3mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
188	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な進行・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 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。	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"	
189	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"	○
190	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"	
191	メンクアッドフィ筋注		本製剤は、エクリズマブ（遺伝子組換え）、ラブリズマブ（遺伝子組換え）、スチムリマブ（遺伝子組換え）、ペグセタコプラン、ジルコプランナトリウム、ダニコパン、クロバリマブ（遺伝子組換え）又はイプタコパ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ので、これらの製剤のうちいずれかの投与を行った又は行う予定の年月日を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"	
				850600203	エクリズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（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	ペ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	ペ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
				850600306	ダニコパ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	ダニコパ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	イプタコパ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	イプタコパ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"	○
192	モノヴァー静注500mg モノヴァー静注1000mg		本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/dL以上の場合、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600195	投与前の血中Hb値（モノヴァー静注500mg等）：******	
				830600176	投与が必要と判断した理由（モノヴァー静注500mg等）：******	
193	ヨビパス皮下注168μgペン ヨビパス皮下注294μgペン ヨビパス皮下注420μgペン		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「活性型ビタミンD製剤やカルシウム剤による治療を受けている患者に対して、本剤の投与を検討すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600253	治療として使用していた薬剤の品名（ヨビパス皮下注168μgペン等）：******	○
				830600254	治療として使用していた薬剤の使用期間（ヨビパス皮下注168μgペン等）：******	○
194	ライアットMIBG－I131静注		本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治癒切除不能な褐色細胞腫・パラガングリオーマ」及び「MIBG集積陽性の神経芽腫」であり、MIBG集積陽性が確認された患者が対象であることから、MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600094	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日（ライアットMIBG－I131静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600095	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ライアットMIBG－I131静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
195	ライブリバント点滴静注350mg	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に用いる場合	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、EGFR遺伝子エクソン20挿入変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600312	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日（ライブリバント点滴静注350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日	○
				850600313	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ライブリバント点滴静注350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
		EGFR遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に用いる場合	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600314	EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）陽性を確認した検査の実施年月日（ライブリバント点滴静注350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600315	EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ライブリバント点滴静注350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
196	ラズクルーズ錠80mg ラズクルーズ錠240mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 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。	850600316	EGFR 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ラズクルーズ錠80mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600317	EGFR 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ラズクルーズ錠80mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
197	ラピフォートワイプ2．5%		本製剤の投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）を記載すること。	842600040	多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）（ラピフォートワイプ2．5%）：******	
198	リツキサン点滴静注100mg リツキサン点滴静注500mg	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫、CD20陽性の慢性リンパ性白血病及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600096	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキサン点滴静注100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600097	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキサン点滴静注100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
	リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KHK」	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600152	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
	リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」 リツキシマブBS点滴静注500mg「ファイザー」	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600099	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600100	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
199	リットフーロカプセル50mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去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（リットフーロカプセル50mg）：******	
200	リトゴビ錠4mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600212	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（リトゴビ錠4mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600213	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リトゴビ錠4mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
201	リフヌア錠45mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「最新のガイドライン等を参考に、慢性咳嗽の原因となる病態、職業、環境要因、臨床検査結果等を含めた包括的な診断に基づく十分な治療を行っても咳嗽が継続する場合に使用を考慮すること。」とされていることを踏まえ、投与開始に当たっては、難治性の慢性咳嗽であると判断した理由を記載すること。	830600179	難治性の慢性咳嗽であると判断した理由（リフヌア錠45mg）：******	
202	リブタヨ点滴静注350mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料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	施設要件ア（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600326	施設要件イ（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600327	施設要件ウ（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600328	施設要件エ（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600329	施設要件オ（リブタヨ点滴静注350mg）	
		がん化学療法後に増悪した進行又は再発の子宮頸癌の治療	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600330	医師要件ア（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600331	医師要件イ（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600330	医師要件ア（リブタヨ点滴静注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（「併用投与ア」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）及びペメトレキ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	併用投与ア（リブタヨ点滴静注350mg）	○
				820600597	併用投与イ（リブタヨ点滴静注350mg）	○
203	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）：******	
204	リムパーザ錠100mg リムパーザ錠150mg	ア「BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌における初回化学療法後の維持療法」、イ「がん化学療法歴のあるBRCA遺伝子変異陽性かつ HER2 陰性の手術不能又は再発乳癌」、ウ「BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌」、エ「BRCA遺伝子変異陽性の治癒切除不能な膵癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」又はオ「BRCA遺伝子変異陽性の治癒切除不能な膵癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」	効能又は効果に関連する使用上の注意において、ア、ウ、エ及びオの場合「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、BRCA遺伝子変異を有することが確認された患者に投与すること。」、イの場合「承認された体外診断薬等を用いた検査により、生殖細胞系列のBRCA遺伝子変異（病的変異又は病的変異疑い）を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600101	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600102	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		相同組換え修復欠損を有する卵巣癌におけるベバシズマブ（遺伝子組換え）を含む初回化学療法後の維持療法	効能又は効果に関連する使用上の注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600103	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600104	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		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）を含む化学療法後の維持療法	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、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	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（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600320	ミスマッチ修復機能正常（pMMR）を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
205	リンヴォック錠7．5mg リンヴォック錠15mg リンヴォック錠30mg	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア　成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ　成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ　小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2）本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア　12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ　12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3）疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア　IGAスコア イ　全身又は頭頸部のEASIスコア ウ　体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%） 4）小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は、体重	820600108	医師要件ア（リンヴォック錠7．5mg等）	
				820600109	医師要件イ（リンヴォック錠7．5mg等）	
				820600110	医師要件ウ（リンヴォック錠7．5mg等）	
				820600111	前治療要件ア（リンヴォック錠7．5mg等）	
				820600112	前治療要件イ（リンヴォック錠7．5mg等）	
				842600081	IGAスコア（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
				842600082	全身のEASIスコア（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
				842600083	頭頸部のEASIスコア（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
				842600020	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
				842600021	体重（小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合）（kg）（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
206	ルクスターナ注		本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「遺伝学的検査によりRPE65遺伝子の両アレル性の変異が確認された患者に投与すること。」及び「適切な検査により十分な生存網膜細胞を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ・RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日 ・生存網膜細胞を確認した検査方法及び検査の実施年月日	850600214	RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日（ルクスターナ注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600180	生存網膜細胞を確認した検査方法（ルクスターナ注）：******	
				850600215	生存網膜細胞を確認した検査の実施年月日（ルクスターナ注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
207	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	KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日（ルマケラス錠120mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600217	KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ルマケラス錠120mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		がん化学療法後に増悪したKRAS G12C変異陽性の治癒切除不能な進行・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に投与することとし、その旨を診療報酬明細書の摘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	施設要件ア（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600333	施設要件イ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600181	本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
				850600218	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600334	食事療養を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	

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
208	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、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 ⑤ 本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者(副作用の既往等によりHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者)に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 ⑥ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか(「リスク因子ア」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載)。 ア 冠動脈疾患(安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴 イ アテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む)の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 ⑦ 家族性高コレステロール血症以外の患者で、⑥の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600335	運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	
				820600336	運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	
				830600182	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名(レクビオ皮下注300mgシリンジ):******	
				830600183	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名の1日投与量(レクビオ皮下注300mgシリンジ):******	
				820600337	最大耐用量である(1日投与量が最大用量でない場合)(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	
				830600184	使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由(レクビオ皮下注300mgシリンジ):******	
				820600338	リスク因子ア(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	
				820600339	リスク因子イ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	
				820600340	リスク因子ウ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	
				820600341	リスク因子エ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	
				820600342	リスク因子オ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	
				820600343	リスク因子カ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	
				830600185	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レクビオ皮下注300mgシリンジ):*******	
			(本製剤の2回目の投与の場合) 次に掲げるすべての項目を記載すること。 ア 直近のLDL－コレステロールの検査値及び検査年月日 イ LDL－コレステロール及び患者の状態等を踏まえ、投与継続が可能と判断した理由	830600186	直近のLDL－コレステロールの検査値(レクビオ皮下注300mgシリンジ):******	
				850600218	LDL－コレステロール検査の実施年月日(レクビオ皮下注300mgシリンジ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600187	投与継続が可能と判断した理由(レクビオ皮下注300mgシリンジ):******	
209	レケンビ点滴静注200mg レケンビ点滴静注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 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者 イ 以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者 ・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者 ・ 本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者 ウ MRI検査(1.5 Tesla以上)が実施可能であることが確認された患者 ② 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日 ア 認知機能評価 MMSEスコア イ 臨床認知症尺度 CDR全般スコア 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年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること カ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること キ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること ク 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること ⑥ 次に掲げる項目のうち、該当するもの(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載) ア 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設である。 イ 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設でない。 (項目) Ⅰ MRI検査(1.5 Tesla以上)が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っていること Ⅱ 認知機能のスコア評価(MMSEスコア)及び臨床認知症尺度(CDR全般スコア)が実施可能な者が配置されていること Ⅲ 同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能であること Ⅳ 上記の④及び⑤に該当する、常勤医師が複数名配置されていること Ⅴ CDR全般スコア評価に精通し、一定以上の評価経験を有する医療従事者がいること Ⅵ ARIAのリスク管理に必要な知識を有し、かつ、MRI読影に関する医療従事者向け研修を受講した、ARIAの鑑別を含むMRI読影が適切に行える常勤医が1名以上いること Ⅶ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること Ⅷ 製造販売業者に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	患者要件ア(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600345	患者要件イ(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600346	患者要件ウ(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600347	患者要件エ(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600348	患者要件オ(レケンビ点滴静注200mg等)	
				842600041	認知機能評価MMSEスコア(レケンビ点滴静注200mg等):******	
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア(レケンビ点滴静注200mg等):******	
				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"	
				850600221	アミロイドPETの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600188	アミロイドPET検査実施施設名(レケンビ点滴静注200mg等):******	
				850600222	脳脊髄液(CSF)検査の実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600189	脳脊髄液(CSF)検査検査実施施設名(レケンビ点滴静注200mg等):******	
				820600349	医師要件ア(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600350	医師要件イ(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600351	医師要件ウ(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600352	医師要件エ(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600353	医師要件オ(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600354	医師要件カ(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600355	医師要件キ(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600356	医師要件ク(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600357	施設要件ア(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600358	施設要件イ(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600359	施設要件ウ(レケンビ点滴静注200mg等)	
				820600360	施設要件エ(レケンビ点滴静注200mg等)	

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
	レケンビ点滴静注200mg		（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（「医師要件ケ」から「医師要件シ」までのうち該当するものを記載） ケ 日本神経学会の専門医 コ 日本老年医学会の専門医 サ 日本精神神経学会の専門医 シ 日本脳神経外科学会の専門医 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ス」～「医師要件タ」までのうち該当するものを記載） ス 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること セ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること ソ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること タ 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること	830600190	連携施設名（施設要件エに該当））（レケンビ点滴静注200mg等）；******	
				830600191	連携施設の所在地（施設要件エに該当））（レケンビ点滴静注200mg等）；******	
				820600361	施設要件オ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600362	医師要件ケ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600363	医師要件コ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600364	医師要件サ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600365	医師要件シ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600366	医師要件ス（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600367	医師要件セ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600368	医師要件ソ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600369	医師要件タ（レケンビ点滴静注200mg等）	
			（継続投与の場合） 次の事項を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	842600043	初回投与から起算しての週数（レケンビ点滴静注200mg等）；******	
				850600223	臨床症状の評価を実施した直近の年月日（レケンビ点滴静注200mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600224	MRI検査を受けた直近の年月日（レケンビ点滴静注200mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			（初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本剤投与の継続が必要と判断した理由（CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を踏まえた有効性の観点、並びにARIAの有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を含めて具体的に記載すること） ② 本剤の最適使用推進ガイドラインにおいて「中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された場合、中等度以降に進行した患者に投与を継続したときの有効性が確立していないことから、本剤の投与を中止し、再評価を行うこと。」とされていることから、中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果として（2）の①～②及び投与継続を判断した理由（上記①と同様に具体的に記載すること）	830600192	投与の継続が必要と判断した理由（レケンビ点滴静注200mg等）；******	
				820600344	患者要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600345	患者要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600346	患者要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				842600041	認知機能評価MMSEスコア（レケンビ点滴静注200mg等）；******	
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア（レケンビ点滴静注200mg等）；******	
				850600220	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
210	レットヴィモカプセル40mg レットヴィモカプセル80mg レットヴィモ錠40mg レットヴィモ錠80mg	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診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600105	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（レットヴィモカプセル40mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600106	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（レットヴィモカプセル40mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		RET 遺伝子変異陽性の根治切除不能な甲状腺髄様癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、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診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	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年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 2） 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 3） 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 4） HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 5） 本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用の既往等によりHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者）に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 6） 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか（「リスク因子ア」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載）。 ア 冠動脈疾患（安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ アテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む）の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 7） 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6）の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600113	施設要件ア（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600114	施設要件イ（レパーサ皮下注140mgペン）	
				850600155	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レパーサ皮下注140mgペン）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600132	LDL－コレステロール検査値（レパーサ皮下注140mgペン）；******	
				820600115	食事療養を行っている（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている（レパーサ皮下注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（レパーサ皮下注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（レパーサ皮下注140mgペン）	
				830600092	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レパーサ皮下注140mgペン）；******	
				830600093	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量（レパーサ皮下注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（レパーサ皮下注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（レパーサ皮下注140mgペン）；******	
				820600120	リスク因子ア（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600121	リスク因子イ（レパーサ皮下注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
211	レパーサ皮下注140mgペン			820600122	リスク因子ウ（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600123	リスク因子エ（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600124	リスク因子オ（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600370	リスク因子カ（レパーサ皮下注140mgペン）	
				830600095	HMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間（レパーサ皮下注140mgペン）：******	
			（平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合） ③を記載できない場合は、従前のとおり次の事項を記載するとともに、投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。 ア 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 イ 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ウ 投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 エ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由（冠動脈疾患、非心原性脳梗塞、末梢動脈疾患、糖尿病若しくは慢性腎臓病に罹患していること若しくはそのいずれかの既往歴を有すること、又は複数の危険因子が認められること）。 （平成 29 年3月 31 日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関の場合） ③を記載できない場合は、従前のとおり（平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合）に掲げる事項を記載するとともに、当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。	850600155	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レパーサ皮下注140mgペン）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600132	LDL－コレステロール検査値（レパーサ皮下注140mgペン）：******	
				820600115	食事療養を行っている（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている（レパーサ皮下注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（レパーサ皮下注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（レパーサ皮下注140mgペン）	
				830600092	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レパーサ皮下注140mgペン）：******	
				830600093	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量（レパーサ皮下注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（レパーサ皮下注140mgペン）	
				830600096	心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由（レパーサ皮下注140mgペン）：******	
				820600125	投与中患者（レパーサ皮下注140mgペン）	
				850600107	初めて本製剤を投与した年月（レパーサ皮下注140mgペン）：（元号）yy"年"mm"月"	
				820600126	使用実績有（レパーサ皮下注140mgペン）	
212	レフィキシア静注用500 レフィキシア静注用1000 レフィキシア静注用2000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600101	手術時に使用した理由（レフィキシア静注用500等）：******	
213	ローブレナ錠25mg ローブレナ錠100mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600108	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ローブレナ錠25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600109	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ローブレナ錠25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
214	ロズリートレクカプセル100mg ロズリートレクカプセル200mg	NTRK 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600110	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600111	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		ROS1融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600112	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600113	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
215	照射洗浄血小板－LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA－LR「日赤」		本製剤の使用適正化については、「「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成28年6月14日付け薬生発0614第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限ること」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を記載すること。	830600102	使用が必要と判断した理由（照射洗浄血小板－LR「日赤」等）：******	
216	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、「「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成28 年6月14 日付け薬生発0614 第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。 なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限ること」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。	830600256	使用が必要と判断した理由（照射洗浄血小板HLA－LRBS「日赤」等）：******	○

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって、別表Ⅱに掲げる記載事項と重複する事項については、別表Ⅱを用いた記載は省略して差し支えないこと。

別表Ⅲ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）

項番	区分等	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	別表 Ⅰ・Ⅱ	重複する レセプト電算処理 システム用コード	令和8年 6月1日 適用
1	D009の9	前立腺特異抗原(PSA)	(前立腺癌の確定診断がつかず2回以上算定する場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値を記載すること。	880100012	検査実施年月日及び検査結果(前立腺特異抗原(PSA));(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅰ	850100164	
2	D007の25	フェリチン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100013	検査実施年月日及び検査結果(フェリチン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
3	D005の5	末梢血液一般	(同一日に2回以上の算定の場合) 当該検査(Hb測定に限る)の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100014	検査実施年月日及び検査結果(末梢血液一般(Hb測定));(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
4	D006の16	Dダイマー	(同一月に3回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100015	検査実施年月日及び検査結果(Dダイマー);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
5	D015の10	β2-マイクログロブリン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100016	検査実施年月日及び検査結果(β２ マイクログロブリン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
6	J039	血漿交換療法	(血栓性血小板減少性紫斑病の算定可否の場合) 検査の実施年月日及び血小板値を記載すること。	880100017	検査実施年月日及び血小板値(血漿交換療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅰ	842100059	
7	医薬品	解凍赤血球液－LR「日赤」 赤血球液－LR「日赤」 洗浄赤血球液－LR「日赤」 照射赤血球液－LR「日赤」 照射解凍赤血球液－LR「日赤」 照射洗浄赤血球液－LR「日赤」	本製剤を投与するにあたってHb値を測定した場合は、投与の直前に測定したHb値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100018	検査実施年月日及びHb値(人赤血球液等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
8	医薬品	照射洗浄血小板－LR「日赤」 照射洗浄血小板－LRBS「日赤」 照射濃厚血小板－LR「日赤」 照射濃厚血小板－LRBS「日赤」 濃厚血小板－LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA－LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA－LRBS「日赤」 照射濃厚血小板HLA－LR「日赤」 照射濃厚血小板HLA－LRBS「日赤」 濃厚血小板HLA－LR「日赤」	本製剤を投与するにあたって血小板値を測定した場合は、投与の直前に測定した血小板値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100025	検査実施年月日及び血小板値(人血小板濃厚液等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
9	医薬品	新鮮凍結血漿－LR「日赤」120 新鮮凍結血漿－LR「日赤」240 新鮮凍結血漿－LR「日赤」480	本製剤を投与するにあたってプロトロンビン時間(PT)及びフィブリノゲン値を測定した場合は、投与の直前に測定したPT(INR又は%)及びフィブリノゲン値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100092	検査実施年月日及びプロトロンビン時間(INR)(新鮮凍結人血漿);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
				880100093	検査実施年月日及びプロトロンビン時間(%)(新鮮凍結人血漿);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
				880100091	検査実施年月日及びフィブリノゲン値(新鮮凍結人血漿);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
10	医薬品	ファイバ静注用1000	本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビター力価を測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100041	検査実施年月日及びインヒビター力価(ファイバ静注用1000);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	830600130 850600150	
11	医薬品	バイクロット配合静注用	本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビター力価を測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100044	検査実施年月日及びインヒビター力価(バイクロット配合静注用);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	830600129 850600147	
12	医薬品	サイラムザ点滴静注液100mg サイラムザ点滴静注液500mg	(本製剤を投与するに当たって、投与以前に血清AFP値を測定した場合) 測定結果が陽性であった旨(「+」)を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100082	検査実施年月日及び血清AFP測定結果(+)(サイラムザ点滴静注液100mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	830600033 850600032	
13	医薬品	ノボセブンHI静注用1mg シリンジ ノボセブンHI静注用2mg シリンジ ノボセブンHI静注用5mg シリンジ	(血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者の出血抑制の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターの力価を測定した場合は測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100046	検査実施年月日及びインヒビターの力価(ノボセブンHI静注用1mg シリンジ等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	830600128 850600146	
			(血小板に対する同種抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在みられるグランツマン血小板無力症患者の出血傾向の抑制の場合) 製剤を投与するに当たって、投与以前に抗血小板抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100049	検査実施年月日及び抗血小板抗体検査値(ノボセブンHI静注用1mg シリンジ等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
14	医薬品	ソリリス点滴静注300mg	(全身型重症筋無力症(免疫グロブリン大量静注療法又は血液浄化療法による症状の管理が困難な場合に限る。)の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アセチルコリン受容体抗体検査を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100050	検査実施年月日及び抗アセチルコリン受容体抗体検査値(ソリリス点滴静注300mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
			(視神経脊髄炎スペクトラム障害(視神経脊髄炎を含む)の再発予防の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100090	検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(ソリリス点滴静注300mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
15	医薬品	キムリア点滴静注	(再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病の場合) 本製品を投与するに当たって、投与以前にCD19抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100054	検査実施年月日及びCD19抗原検査値(キムリア点滴静注);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600025	
16	医薬品	ユプリズナ点滴静注100mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100083	検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(ユプリズナ点滴静注100mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
17	医薬品	ゼヴァリン イットリウム(90Y)静注用セット	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100084	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(ゼヴァリン イットリウム(90Y)静注用セット);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
18	医薬品	エンスプリング皮下注120mgシリンジ	本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100085	検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(エンスプリング皮下注120mgシリンジ);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
19	医薬品	ベスポンサ点滴静注用1mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD22抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100086	検査実施年月日及びCD22抗原検査値(ベスポンサ点滴静注用1mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600078 850600079	
20	医薬品	クリースビータ皮下注10mg クリースビータ皮下注20mg クリースビータ皮下注30mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にFGF23を測定した場は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100087	検査実施年月日及びFGF23検査値(クリースビータ皮下注10mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600026 850600027	
21	医薬品	アドセトリス点滴静注用50mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD30抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100088	検査実施年月日及びCD30抗原検査値(アドセトリス点滴静注用50mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600003 850600004	
22	医薬品	ガザイバ点滴静注1000mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100089	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(ガザイバ点滴静注1000mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600023 850600024	
23	医薬品	ポテリジオ点滴静注20mg	(「CCR4陽性の成人T細胞白血病リンパ腫」又は「再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫」の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCCR4抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100065	検査実施年月日及びCCR4抗原検査値(ポテリジオ点滴静注20mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600083 850600084	
24	医薬品	リツキサン点滴静注100mg リツキサン点滴静注500mg	(「CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫」、「CD20陽性の慢性リンパ性白血病」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100067	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキサン点滴静注100mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600096 850600097	
25	医薬品	リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KHK」	(「CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100070	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600098 850600152	
26	医薬品	リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」 リツキシマブBS点滴静注500mg「ファイザー」	(「CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100073	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	850600099 850600100	
27	医薬品	エルカルチンFF錠100mg エルカルチンFF錠250mg エルカルチンFF静注1000mgシリンジ エルカルチンFF内用液10% エルカルチンFF内用液10%分包10mL エルカルチンFF内用液10%分包5mL	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100076	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(エルカルチンFF錠100mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
28	医薬品	レボカルニチンFF錠100mg「トーワ」 レボカルニチンFF錠250mg「トーワ」 レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「トーワ」 レボカルニチンFF内用液10%「トーワ」 レボカルニチンFF内用液10%分包5mL「トーワ」 レボカルニチンFF内用液10%分包10mL「トーワ」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100094	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチンFF錠100mg「トーワ」等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
29	医薬品	レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「フソー」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100095	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「フソー」);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
30	医薬品	レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「ニプロ」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100096	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「ニプロ」);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			

項番	区分等	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	別表 Ⅰ・Ⅱ	重複する レセプト電算処理 システム用コード	令和8年 6月1日 適用
31	医薬品	レボカルニチンFF錠100mg「アメル」 レボカルニチンFF錠250mg「アメル」 レボカルニチンFF内用液10%「アメル」 レボカルニチンFF内用液10%分包5mL「アメル」 レボカルニチンFF内用液10%分包10mL「アメル」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100097	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチン塩化物錠100mg「アメル」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********			
32	医薬品	エポジン注シリンジ1500 エポジン注シリンジ3000 エポジン皮下注シリンジ24000	(貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にHb濃度を測定した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100081	検査実施年月日及びHb濃度値(エポジン注シリンジ1500等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:********	Ⅱ	830600018	

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「区分等」欄に医薬品と記載しているものについて、一般名処方による場合は、一般的名称、剤形及び含量が同一のいずれかの医薬品のコードを用いて記載することで差し支えないこと。

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって「別表Ⅰ・Ⅱ」欄にⅠ又はⅡと記載しているものについては、別表Ⅰ又は別表Ⅱに掲げる記載事項と重複しているため、別表Ⅲを用いた記載がされていればよく、別表Ⅰ又は別表Ⅱに掲げるコードを用いた記載は省略して差し支えないこと。

別表Ⅳ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（材料価格基準）

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

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
17	Ⅱ	064	脊椎固定用材料 (6)脊椎スクリュー(伸展型)	(10歳以上の患者に対して使用した場合) 医学的理由を記載すること。	830900016	10歳以上の患者に対して使用した医学的理由(脊椎固定用材料(6)脊椎スクリュー(伸展型));******	※
18	Ⅱ	065	人工肩関節用材料 (3)切換用	詳細な理由を記載すること。	830900017	詳細な理由(人工肩関節用材料(3)切換用);******	※
19	Ⅱ	069	上肢再建用人工関節用材料	詳細な理由を記載すること。	830900018	詳細な理由(上肢再建用人工関節用材料);******	※
20	Ⅱ	070	下肢再建用人工関節用材料	詳細な理由を記載すること。	830900019	詳細な理由(下肢再建用人工関節用材料);******	※
21	Ⅱ	071	カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨	(カスタムメイド人工関節、カスタムメイド人工骨及びカスタムメイド人工骨プレートを使用した場合) 詳細な理由を記載すること。	830900020	カスタムメイド人工関節、カスタムメイド人工骨又はカスタムメイド人工骨プレートを用いる詳細な理由(カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨);******	※
22	Ⅱ	090	人工内耳用材料	(以下の全てに該当し機種の交換を行う場合) 医学的な必要性について記載すること。 ア 音声言語をコミュニケーション手段とし、同一の人工内耳用音声信号処理装置を継続的に装用してから5年以上が経過していること。 イ 関係学会の定める指針に基づき実施する語音聴取評価検査の単語検査における明瞭度が、現在使用している人工内耳用音声信号処理装置を使用した場合には80%以下であり、かつ、別の人工内耳用音声信号処置装置を使用した場合に8%以上改善すること。	830900021	人工内耳用材料の交換を実施する医学的必要性(人工内耳用材料);******	※
23	Ⅱ	094	気管・気管支・大静脈ステント (2)永久留置型 ②特殊型	(永久留置型・特殊型の算定する場合) その理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830900022	永久留置型・特殊型を算定する理由及び医学的な根拠(気管・気管支・大静脈ステント(2)永久留置型・特殊型);******	※
24	Ⅱ	107	経皮的血管形成術用穿刺部止血材料	次の1～4に係る事項を記載すること。 1 算定する材料の一般的名称 イ 非吸収性縫合糸セット ロ 吸収性局所止血材又はコラーゲン使用吸収性局所止血材 ハ 単回使用自動縫合器 2(1がイに該当する場合のみ記載)該当する症例 ア 5Fr以上8Fr以下のイントロデューサーシースを使用した場合 イ 8Frを超えるイントロデューサーシースを使用した症例であって、大腿動脈穿刺部位又は大腿静脈穿刺部位の止血を行った場合 3(1がロ又はハに該当する場合のみ記載)該当する症例 ア 経皮的冠動脈形成術等を実施した患者の早期離床を目的とした大腿動脈穿刺部位の止血を行う場合に、5Fr 以上のイントロデューサーシースを使用した場合 イ 経皮的心房中隔欠損閉鎖術等を実施した患者の早期離床を目的とした大腿静脈穿刺部位の止血を行う場合に、6Fr以上12Fr以下のイントロデューサーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合 4 使用する医療上の必要性	820900009	1 イ 非吸収性縫合糸セット(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)	※
					820900010	1 ロ 吸収性局所止血材又はコラーゲン使用吸収性局所止血材(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)	※
					820900011	1 ハ 単回使用自動縫合器(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)	※
					820900012	2 ア 5Fr以上8Fr以下のイントロデューサーシースを使用した場合(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)	※
					820900013	2 イ 8Frを超えるイントロデューサーシースを使用した症例であって、大腿動脈穿刺部位又は大腿静脈穿刺部位の止血を行った場合(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)	※
					820900014	3 ア 経皮的冠動脈形成術等を実施した患者の早期離床を目的とした大腿動脈穿刺部位の止血を行う場合に、5Fr 以上のイントロデューサーシースを使用した場合(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)	※
					820900015	3 イ 経皮的心房中隔欠損閉鎖術等を実施した患者の早期離床を目的とした大腿静脈穿刺部位の止血を行う場合に、6Fr以上12Fr以下のイントロデューサーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)	※
					830900133	4 使用する医療上の必要性(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料);******	※
25	Ⅱ	129	補助人工心臓セット (1)体外型 ②小児用	(前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830900023	前回算定日を起算日として3か月以内に算定する詳細な理由(補助人工心臓セット(1)体外型・小児用);******	※
26	Ⅱ	129	補助人工心臓セット (2)植込型(非拍動流型)	(植え込み後に再度植え込む必要が生じた場合) 詳細な理由を記載すること。	830900024	植え込み後に再度植え込む必要が生じた理由(補助人工心臓セット(2)植込型(非拍動流型));******	※
27	Ⅱ	129	補助人工心臓セット (3)水循環回路セット	(前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830900025	前回算定日を起算日として3か月以内に算定する詳細な理由(補助人工心臓セット(3)水循環回路セット);******	※
28	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル (2)脳血管用 ②高度屈曲対応型	(他のガイディングカテーテルでは血管内手術用カテーテル等を脳血管の手術部位に到達させることが困難と予想される病変又は困難な病変に対して使用した場合) 高度屈曲対応型を使用する医療上の必要性について記載すること。	830900026	使用する医療上の必要性(ガイディングカテーテル(2)脳血管用・高度屈曲対応型);******	※
29	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル (2)脳血管用 ③紡錘型	脳血管用・紡錘型を使用する医療上の必要性について記載すること。	830900027	脳血管用・紡錘型を使用する医療上の必要性(ガイディングカテーテル(2)脳血管用・紡錘型);******	※
30	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル (2)脳血管用 ④橈骨動脈穿刺対応型	脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型を使用する医療上の必要性について記載すること。	830900028	脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型を使用する医療上の必要性(ガイディングカテーテル(2)脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型);******	※
31	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル (2)脳血管用 ⑤自己拡張型	脳血管用・自己拡張型を使用する医療上の必要性について記載すること。	830900029	脳血管用・自己拡張型を使用する医療上の必要性(ガイディングカテーテル(2)脳血管用・自己拡張型);******	※
32	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル (5)分枝血管用	分枝血管用を使用する医療上の必要性について記載すること。	830900030	分枝血管用を使用する医療上の必要性(ガイディングカテーテル(5)分枝血管用);******	※
33	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (2)末梢血管用ステントセット ④生体吸収・再狭窄抑制型	(医学的必要性から3個以上使用する必要がある場合) 理由を記載すること。	830900031	3個以上使用する医学的必要性(血管内手術用カテーテル(2)末梢血管用ステントセット・生体吸収・再狭窄抑制型);******	※
34	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (3)PTAバルーンカテーテル ⑥再狭窄抑制型	(大腿膝窩動脈の自家血管の狭窄病変のうち病変長5cm未満の病変に対して使用した場合) 理由及び症状詳記を記載すること。	830900032	使用した理由及び症状詳記(血管内手術用カテーテル(3)PTAバルーンカテーテル・再狭窄抑制型);******	※
35	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (3)PTAバルーンカテーテル ⑦ボディワイヤー型	一般型バルーンカテーテルでは拡張が困難であると判断した医学的根拠を記載すること。	830900033	一般型バルーンカテーテルでは拡張が困難であると判断した医学的根拠(血管内手術用カテーテル(3)PTAバルーンカテーテル・ボディワイヤー型);******	※
36	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (7)血管内血栓異物除去用留置カテーテル ②頸動脈用ステント併用型 エ経頸動脈型	頸動脈用ステント併用型・経頸動脈型を使用する医療上の必要性について記載すること。	830900034	頸動脈用ステント併用型・経頸動脈型を使用する医療上の必要性(血管内手術用カテーテル(7)血管内血栓異物除去用留置カテーテル ・頸動脈用ステント併用型 エ経頸動脈型);******	※
37	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (8)血管内異物除去用カテーテル ⑥リードー体型ペースメーカー抜去用カテーテル	リードー体型ペースメーカー抜去用カテーテルを使用する医療上の必要性について記載すること。	830900035	リードー体型ペースメーカー抜去用カテーテルを使用する医療上の必要性(血管内手術用カテーテル(8)血管内異物除去用カテーテル・リードー体型ペースメーカー抜去用カテーテル);******	※

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

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
57	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮 ② 調製・移植キット	（栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症に対し使用する場合であって、同一箇所に対して2回以上移植した場合） 医学的理由と移植箇所、移植回数を記載すること。	830900131	同一箇所に対して2回以上移植した医学的理由（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮・調製・移植キット）：******	※
					830900132	移植箇所（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮・調製・移植キット）：******	※
					842900005	移植回数（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮・調製・移植キット）：******	※
58	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮	（栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症に対し使用する場合） ①症状詳記を記載すること。 ②（複数回に分けて治療することが予定されている場合） 一連の治療計画の内容として以下の事項を記載すること。 a 治療開始年月 b 治療終了予定年月 c 治療間隔 d 回数	830900061	症状詳記（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）：******	※
					850900006	a 治療開始年月（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
					850900007	b 治療終了予定年月（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
					830900062	c 治療間隔（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）：******	※
					842900007	d 回数（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）：******	※
59	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （2）自家培養軟骨	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記を記載すること。	830900064	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記（ヒト自家移植組織（2）自家培養軟骨）：******	※
60	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （3）自家培養角膜上皮	角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記を記載すること。	830900065	角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記（ヒト自家移植組織（3）自家培養角膜上皮）：******	※
61	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （4）自家培養口腔粘膜上皮	角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記を記載すること。	830900066	角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記（ヒト自家移植組織（4）自家培養口腔粘膜上皮）：******	※
62	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （5）ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮	角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアを含めた症状詳記を記載すること。	830900067	角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアを含めた症状詳記（ヒト自家移植組織（5）ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮）：******	※
63	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮 （非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合）	①（40枚を超えて使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	830900068	40枚を超えて使用する医学的必要性（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））：******	※
				②医療上の必要性及び合併症等について患者に説明を行った旨を記載すること。	830900069	医療上の必要性及び合併症等について患者に説明を行った旨（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））：******	※
				③非外科的治療が無効又は適応とならないと判断し、かつ、自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合）の適応となると判断した医学的理由を詳細に記載すること。	830900070	医学的理由（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））：******	※
				④（複数回に分けて治療することが予定されている場合） 一連の治療計画の内容として以下の事項を記載すること。 a 治療開始年月 b 治療終了予定年月 c 治療間隔（日数） d 治療回数 e 一連の治療において使用することを計画している枚数	850900008	a 治療開始年月（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））yy″年″mm″月″dd″日″	※
					850900009	b 治療終了予定年月（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
					842900002	c 治療間隔（日数）（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））：******	※
					842900003	d 治療回数（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合）~~）：******~~	※
					842900004	e 一連の治療において使用することを計画している枚数（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））：******	※
64	Ⅱ	152	胸郭変形矯正用材料 （1）肋骨間用 （2）肋骨腰椎間用 （3）肋骨腸骨間用	①（セット（肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨腸骨間用）を医学的根拠に基づき3セット以上を算定する場合） 医学的根拠を詳細に記載すること。	830900071	セット（肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨腸骨間用）を3セット以上を算定する医学的根拠（胸郭変形矯正用材料（1）肋骨間用（2）肋骨腰椎間用（3）肋骨腸骨間用）：******	※
				②（部品連結用・横型を用いる場合であって、セット（肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨腸骨間用）を2セット以上算定する場合） 医学的根拠を詳細に記載すること。	830900072	部品連結用・横型を用いる場合であってセット（肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨腸骨間用）を2セット以上算定する医学的根拠（胸郭変形矯正用材料（1）肋骨間用（2）肋骨腰椎間用（3）肋骨腸骨間用）：******	※
65	Ⅱ	153	経皮的動脈管閉鎖セット （2）動脈管内留置型	①使用した患者の体重を記載すること。	830900073	使用した患者の体重（経皮的動脈管閉鎖セット（2）動脈管内留置型）：******	※
				②（体重1kg未満の患者に対し使用する場合） 使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830900074	使用する理由及び医学的根拠（経皮的動脈管閉鎖セット（2）動脈管内留置型）：******	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
66	Ⅱ	155	植込型心電図記録計	（潜因性脳梗塞患者に対して使用した場合） 理由及び医学的な根拠を記載すること。	830900075	使用する理由及び医学的根拠（植込型心電図記録計）：******	※
67	Ⅱ	159	局所陰圧閉鎖処置用材料	①（3週間を超えて算定した場合） 理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830900005	3週間を超えて算定する理由及び医学的な根拠（局所陰圧閉鎖処置用材料）：******	※
				②処置開始日を記載すること。	850900010	処置開始日（局所陰圧閉鎖処置用材料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
				③（術後縫合創に対して使用する場合（手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合に限る。）） 次に掲げる患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。 ア BMIが30以上の肥満症の患者 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 ウ ステロイド療法を受けている患者 エ 慢性維持透析患者 オ 免疫不全状態にある患者 カ 低栄養状態にある患者 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 ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者	820900035	ア BMIが30以上の肥満症の患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					820900036	イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%以上（NGSP値で7.0%以上）の者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					820900037	ウ ステロイド療法を受けている患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					820900038	エ 慢性維持透析患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					820900039	オ 免疫不全状態にある患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					820900040	カ 低栄養状態にある患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					820900041	キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					820900042	ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
68	Ⅱ	164	椎体形成用材料セット	（骨粗鬆症に対して、1回の手術で2セット以上使用した場合） 医療上の必要性について記載すること。	830900077	1回の手術で2セット以上使用する医療上の必要性（椎体形成用材料セット）：******	※
69	Ⅱ	174	植込型骨導補聴器	患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由（既存の骨導補聴器の使用歴がない患者に対して使用する場合は、既存の骨導補聴器を使用しない理由を含む。）、既存の治療の結果等を記載すること。	830900078	患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由、既存の治療の結果等（植込型骨導補聴器）：******	※
70	Ⅱ	180	陰圧創傷治療用カートリッジ	（入院中の患者に対して使用する場合（術後縫合創に対して、手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合に限る。）） 次に掲げる患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。 ア BMIが30以上の肥満症の患者 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 ウ ステロイド療法を受けている患者 エ 慢性維持透析患者 オ 免疫不全状態にある患者 カ 低栄養状態にある患者 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 ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者	820900043	ア BMIが30以上の肥満症の患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					820900044	イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%以上（NGSP値で7.0%以上）の者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					820900045	ウ ステロイド療法を受けている患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					820900046	エ 慢性維持透析患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					820900047	オ 免疫不全状態にある患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					820900048	カ 低栄養状態にある患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					820900049	キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					820900050	ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
71	Ⅱ	186	気管支手術用カテーテル	症状詳記を記載すること。	830900079	症状詳記（気管支手術用カテーテル）：******	※
72	Ⅱ	187	半導体レーザー用プローブ	①（局所遺残再発食道癌に対して使用する場合） 2本目を算定するに当たっては詳細な内視鏡所見を記載すること。	830900080	局所遺残再発食道癌に対し2本目を算定する場合の内視鏡所見（半導体レーザー用プローブ）：*******	※
				②（切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対して使用する場合であって、一連の治療につき8本を超えた本数の算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	830900081	切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対し一連の使用につき8本を超えて算定する理由（半導体レーザー用プローブ）：*******	※
73	Ⅱ	190	人工中耳用材料	人工中耳用材料を使用する理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830900082	人工中耳用材料を使用する理由及び医学的な根拠（人工中耳用材料）：*******	※
74	Ⅱ	191	末梢血管用ステントグラフト	①末梢血管用ステントグラフトを使用する理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830900083	末梢血管用ステントグラフトを使用する理由及び医学的な根拠（末梢血管用ステントグラフト）：*******	※
				②（膝骨動脈のTASCⅡA/B病変の、高度石灰化病変または閉塞性病変に使用した場合） 詳細な画像所見を記載すること。	830900084	画像所見（末梢血管用ステントグラフト）：*******	※
75	Ⅱ	191	末梢血管用ステントグラフト （3）腹部大動脈分枝血管対応型	（複数個算定する場合） 複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	830900085	複数個の治療が適応となる旨（末梢血管用ステントグラフト（3）腹部大動脈分枝血管対応型）：******	※
76	Ⅱ	193	補助循環用ポンプカテーテル （2）高流量型	使用する医療上の必要性及び使用した日数を含めた症状詳記を記載すること。	830900086	使用する医療上の必要性及び使用した日数を含めた症状詳記（補助循環用ポンプカテーテル （2）高流量型）：******	※
77	Ⅱ	195	体表面用電場電極 （1）膠芽腫用	（膠芽腫用について4枚以外の枚数を算定する場合） 理由を記載すること。	830900087	4枚以外の枚数を算定する理由（体表面用電場電極 （1）膠芽腫用）：******	※
78	Ⅱ	196	経皮的僧帽弁クリップシステム	外科手術が困難であることを評価し、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いた治療が当該患者にとって最適であると判断した評価内容を記載すること。	830900088	治療が最適であると判断した評価内容（経皮的僧帽弁クリップシステム）：******	※
79	Ⅱ	200	放射線治療用合成吸収性材料 （1）ハイドロゲル型	（Stage Ⅰ又はⅡ以外の前立腺癌患者に使用した場合） ハイドロゲル型の対象とならない患者ではないことについて記載すること。	830900089	ハイドロゲル型の対象となる理由（放射線治療用合成吸収性材料 （1）ハイドロゲル型）：******	※
80	Ⅱ	202	腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット	処置開始日を記載すること。	850900011	処置開始年月日（腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
81	Ⅱ	203	横隔神経電気刺激装置	D239筋電図検査の「2」を実施した日を記載すること。	850900012	筋電図検査の実施年月日（横隔神経電気刺激装置）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
82	Ⅱ	203	横隔神経電気刺激装置 （2）体外式パルス発生器 （3）接続ケーブル	①（初回導入時の算定の場合） 「K534－4 腹腔鏡下横隔膜電極植込術」を実施した日付を記載すること。 ②（交換時の診療報酬請求の場合） 医療上の必要性について症状詳記を記載すること。	850900013	（初回導入時のみ記載）実施年月日（横隔神経電気刺激装置）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
					830900090	（交換時のみ記載）交換する医学的必要性（横隔神経電気刺激装置）：******	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
83	Ⅱ	204	経皮的左心耳閉鎖システム	使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830900091	使用する理由及び医学的根拠（経皮的左心耳閉鎖システム）：******	※
84	Ⅱ	205	経皮的卵円孔開存閉鎖セット	使用する医学的根拠を詳細に記載すること。	830900092	使用する医学的根拠（経皮的卵円孔開存閉鎖セット）：******	※
85	Ⅱ	206	人工顎関節用材料	使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830900093	使用する理由及び医学的根拠（人工顎関節用材料）：******	※
86	Ⅱ	207	人工鼻材料 （1）人工鼻	（1月あたり60個を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	830900094	1月あたり60個を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料）：******	※
87	Ⅱ	207	人工鼻材料 （2）接続用材料　①シール型	（合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	830900095	1月あたり30枚を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料（2）接続用材料・シール型）：******	※
88	Ⅱ	211	植込型骨導補聴器（直接振動型）	使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830900096	使用する理由及び医学的根拠（植込型骨導補聴器（直接振動型））：******	※
89	Ⅱ	212	消化器内視鏡用止血材 （1）ペプチド由来吸収性局所止血材	①使用する医学的必要性を記載すること。	830900097	使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（1）ペプチド由来吸収性局所止血材）：******	※
				②（1回の手術で4mlを超える量を使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	830900098	4mlを超える量を使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材 （1）ペプチド由来吸収性局所止血材）：******	※
90	Ⅱ	212	消化器内視鏡用止血材 （2）鉱物由来非吸収性局所止血材	①使用する医学的必要性を記載すること。	830900099	使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（2）鉱物由来非吸収性局所止血材）：******	※
				②（1回の手術で20gを超える量を使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	830900100	20gを超える量を使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（2）鉱物由来非吸収性局所止血材）：******	※
91	Ⅱ	212	消化器内視鏡用止血材 （3）アミノ酸由来非吸収性局所止血材	①使用する医学的必要性を記載すること。	830900101	使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（3）アミノ酸由来非吸収性局所止血材）：******	※
				②（1回の手術で3gを超える量を使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	830900102	3gを超える量を使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（3）アミノ酸由来非吸収性局所止血材）：******	※
92	Ⅱ	213	脳神経減圧術用補綴材	（1回の手術で0.3gを超える量を使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	830900103	0．3gを超える量を使用する医学的必要性（脳神経減圧術用補綴材）：******	※
93	Ⅱ	214	前立腺用インプラント	①他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積を記載すること。	830900104	他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積（前立腺用インプラント）：******	※
				②（5個以上使用する必要がある場合） 医学的必要性を記載すること。	830900105	5個以上使用する医学的必要性（前立腺用インプラント）：******	※
94	Ⅱ	218	ヒト羊膜使用創傷被覆材	使用する必要がある理由及び既存療法の結果を記載すること。	830900106	使用する必要がある理由及び既存療法の結果（ヒト羊膜使用創傷被覆材）：******	※
95	Ⅱ	219	自家皮膚細胞移植用キット	使用する医療上の必要性及び受傷面積等を含めた症状詳記を記載すること。	830900107	使用する医療上の必要性及び受傷面積等を含めた症状詳記（自家皮膚細胞移植用キット）：******	※
96	Ⅱ	220	経消化管胆道ドレナージステント	（医学的な必要性から2個以上使用する必要がある場合） 理由を記載すること。	830900108	2個以上使用する医学的必要性（経消化管胆道ドレナージステント）：******	※
97	Ⅱ	224	前立腺組織用高圧水噴射システム	使用する医学的な根拠を記載すること。	830900109	使用する医学的な根拠（前立腺組織用高圧水噴射システム）：******	※
98	Ⅱ	225	気管支用バルブ	（5個以上使用する場合） 医学的な根拠を記載すること。	830900110	5個以上使用する医学的な根拠（気管支用バルブ）：******	※
				「K511」肺切除術又は「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由を記載すること。	830900111	肺切除術又は胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由（気管支用バルブ）：******	※
99	Ⅱ	228	培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キット	使用する前の患眼の最良矯正視力及び角膜内皮細胞密度を記載すること。	830900112	使用する前の患眼の最良矯正視力及び角膜内皮細胞密度（培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キット）：******	※
100	Ⅱ	229	弁周囲欠損孔閉鎖セット	区分番号「K555」弁置換術が適応とならない医学的な理由を記載すること。	830900113	弁置換術が適応とならない医学的な理由（弁周囲欠損孔閉鎖セット）：******	※
101	Ⅱ	234	薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント	①使用する医学的必要性を記載すること。 ②以下のいずれに該当するかを選択すること。 ア　副鼻腔の炎症が強く副鼻腔手術前に点鼻ステロイドまたは全身性ステロイド薬による治療歴がある症例 イ　再発の副鼻腔炎に対する再手術の症例 ウ　副鼻腔手術後の内視鏡画像検査で中鼻道あるいは各副鼻腔自然口が狭く再閉鎖のリスクが高いと判断される症例 エ　慢性鼻副鼻腔炎の再発又は難治化のリスクが高い症例	830900114	使用する医学的必要性（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）：******	※
					820900017	ア　副鼻腔の炎症が強く副鼻腔手術前に点鼻ステロイドまたは全身性ステロイド薬による治療歴がある症例（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）	※
					820900018	イ　再発の副鼻腔炎に対する再手術の症例（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）	※
					820900019	ウ　副鼻腔手術後の内視鏡画像検査で中鼻道あるいは各副鼻腔自然口が狭く再閉鎖のリスクが高いと判断される症例（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）	※
					820900020	エ　慢性鼻副鼻腔炎の再発又は難治化のリスクが高い症例（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）	※
				（一連の治療で3個以上使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	830900115	3個以上使用する医学的必要性（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）：******	※
102	Ⅱ	236	上腕静脈用カテーテル	使用する医学的必要性を記載すること。	830900116	使用する医学的必要性（上腕静脈用カテーテル）：******	※
103	Ⅱ	237	軟骨修復材	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記を記載すること。	830900117	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記（軟骨修復材）：******	※
104	Ⅱ	238	冷凍アブレーション用バルーンカテーテル	用いる医学的必要性を記載すること。	830900118	使用する医学的必要性（冷凍アブレーション用バルーンカテーテル）：******	※
105	Ⅱ	239	腎神経焼灼術用カテーテル	（医学的な必要性から3個以上使用する必要がある場合） 理由を記載すること。	830900119	3個以上使用する医学的必要性（腎神経焼灼術用カテーテル）：******	※
106	Ⅱ	240	経皮的三尖弁クリップシステム	（医学的な必要性から3個以上使用する必要がある場合） 理由を記載すること。	830900120	3個以上使用する医学的必要性（経皮的三尖弁クリップシステム）：******	※
				用いた治療が最適であると判断した評価内容及び症状詳記を記載すること。	830900121	用いた治療が最適であると判断した評価内容及び症状詳記（経皮的三尖弁クリップシステム）：******	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
107	Ⅳ	021	中心静脈用カテーテル （1）中心静脈カテーテル　⑥抗菌型	下記1から4について記載すること。 1　対象患者の症状詳記 2　対象患者についての該当項目【アのa～dのいずれか又はイ】を以下から選択して記載すること。 ア　中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必 要であり、かつ下記のa～dのいずれかに該当する患者 a　同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者 b　小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者 c　人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス（ペースメーカー等）等を体内に留置 しており、CLABSIによる続発症が重篤化する危険性が高い患者 d　好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易 感染患者 イ　CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス 事業等）の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した 日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者 3　対象患者のアレルギー歴（特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること。） 4（2のイに該当する患者に対して使用する場合） 当該保険医療機関のCLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）におけるCLABSI発生率	830900122	1症状詳記（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）；******	※
					820900030	2ア a　同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）	※
					820900031	2ア b　小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）	※
					820900032	2ア c　人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス（ペースメーカー等）等を体内に留置しており、CLABSIによる続発症が重篤化する危険性が高い患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）	※
					820900033	2ア d　好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易感染患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）	※
					820900034	2イ　CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）	※
					830900123	3対象患者のアレルギー歴（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）；******	※
					842900008	4　（2のイに該当する患者に対して使用する場合）CLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランスにおけるCLABSI発生率（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）；******	※
108	Ⅴ	033	口腔粘膜保護材	（患者の状況により10mLを超える量を使用する場合） 理由を記載すること。	830900125	10mLを超える量を使用する理由（口腔粘膜保護材）；******	※
109	Ⅴ	036	半導体レーザー用プローブ	（8本を超えた本数の算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	830900126	8本を超えて算定する理由（半導体レーザー用プローブ）；******	※
110	Ⅷ	012	皮膚欠損用創傷被覆材	（区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	830900001	3週間を超えて算定する詳細な理由（皮膚欠損用創傷被覆材）；******	※
111	Ⅷ	013	非固着性シリコンガーゼ	（区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	830900002	3週間を超えて算定する詳細な理由（非固着性シリコンガーゼ）；******	※
112	Ⅷ	015	人工鼻材料 （1）人工鼻	（1月当たり60個を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	830900006	60個を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料）；******	※
113	Ⅷ	015	人工鼻材料 （2）接続用材料　① シール型	（合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	830900007	30枚を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料（（2）接続用材料・シール型））；******	※

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「別表」欄におけるローマ数字は、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件（令和8年厚生労働省告示第 73 号）の別表のことを指す。
（例：「別表」欄の『Ⅰ』は、別表第一医科診療報酬点数表の第2章第2部に規定する特定保険医療材料のこと。）

別表Ⅴ　診療行為名称等の略号一覧（医科）

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1	A000	情報通信機器を用いた初診を行った場合	情初	「初診」欄
2	A000	初診料の注2、注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関において、他の保険医療機関等からの文書による紹介がない初診の場合	初減	「初診」欄
3	A000	初診料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合	初妥減	「初診」欄
4	A000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合	複初	「初診」欄
5	A000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合（初診料の注2、注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合）	複初減	「初診」欄
6	A000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合（初診料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合）	複初妥減	「初診」欄
7	A000	時間外加算の特例を算定した場合	特	「初診」欄
8	A000	小児科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	小特夜	「初診」欄
9	A000	小児科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	小特休	「初診」欄
10	A000	小児科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	小特深	「初診」欄
11	A000	夜間・早朝等加算を算定した場合	夜早	「初診」欄
12	A000	外来感染対策向上加算を算定した場合	初感	「初診」欄
13	A000	発熱患者等対応加算を算定した場合	初熱対	「初診」欄
14	A000	連携強化加算を算定した場合	初連	「初診」欄
15	A000	サーベイランス強化加算を算定した場合	初サ	「初診」欄
16	A000	抗菌薬適正使用体制加算を算定した場合	初抗菌適	「初診」欄
17	A000	特定機能病院等紹介患者受入加算を算定した場合	特紹受	「初診」欄
18	A000	電子的診療情報連携体制整備加算1を算定した場合	電情1	「初診」欄
19	A000	電子的診療情報連携体制整備加算2を算定した場合	電情2	「初診」欄
20	A000	電子的診療情報連携体制整備加算3を算定した場合	電情3	「初診」欄
21	A001	情報通信機器を用いた再診を行った場合	情再	「再診」欄
22	A001	再診料の注2に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合	再妥減	「再診」欄
23	A001	再診料の注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合	複再	「再診」欄
24	A001	再診料の注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合（再診料の注2に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合）	複再妥減	「再診」欄
25	A001	夜間・早朝等加算を算定した場合	夜早	「再診」欄
26	A001	時間外対応体制加算1を算定した場合	時外1	「再診」欄
27	A001	時間外対応体制加算2を算定した場合	時外2	「再診」欄
28	A001	時間外対応体制加算3を算定した場合	時外3	「再診」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
29	A001	時間外対応体制加算4を算定した場合	時外4	「再診」欄
30	A001	明細書発行体制等加算を算定した場合	明	「再診」欄
31	A001	地域包括診療加算1（認知症を有する患者等の場合）を算定した場合	再包1認	「再診」欄
32	A001	地域包括診療加算1（その他の慢性疾患等を有する患者の場合）を算定した場合	再包1慢	「再診」欄
33	A001	地域包括診療加算2（認知症を有する患者等の場合）を算定した場合	再包2認	「再診」欄
34	A001	地域包括診療加算2（その他の慢性疾患等を有する患者の場合）を算定した場合	再包2慢	「再診」欄
35	A001	外来データ提出加算を算定した場合	再外デ	「再診」欄
36	A001	地域包括診療加算の薬剤適正使用連携加算を算定した場合	薬適連	「再診」欄
37	A001	外来感染対策向上加算を算定した場合	再感	「再診」欄
38	A001	発熱患者等対応加算を算定した場合	再熱対	「再診」欄
39	A001	連携強化加算を算定した場合	再連	「再診」欄
40	A001	サーベイランス強化加算を算定した場合	再サ	「再診」欄
41	A001	抗菌薬適正使用体制加算を算定した場合	再抗菌適	「再診」欄
42	A001 A002	時間外加算の特例を算定した場合	特	「再診」欄
43	A001 A002	小児科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	小特夜	「再診」欄
44	A001 A002	小児科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	小特休	「再診」欄
45	A001 A002	小児科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	小特深	「再診」欄
46	A001 A002	電子的診療情報連携体制整備加算を算定した場合	電情再	「再診」欄
47	A001 A002	看護師等遠隔診療補助加算を算定した場合	看師補	「再診」欄
48	A002	情報通信機器を用いた外来診療を行った場合	情外	「再診」欄
49	A002	外来診療料の注2又は注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合	外診減	「再診」欄
50	A002	外来診療料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合	外診妥減	「再診」欄
51	A002	外来診療料の注5に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合	複外診	「再診」欄
52	A002	外来診療料の注5に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合（外来診療料の注2又は注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合）	複外診減	「再診」欄
53	A002	外来診療料の注5に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合（外来診療料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合）	複外診妥減	「再診」欄
54	第2部通則5	特別の関係にある保険医療機関等に入院又は入所していたことのある患者であって、入院期間を当該保険医療機関等の初回入院日を起算日として計算する場合	特別	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
55	第2部通則6	「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）」に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関の場合	超過	「入院」欄
56	第2部通則6	「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する医師等の員数の基準に該当する保険医療機関（離島等所在保険医療機関以外）の場合	標欠7	「入院」欄
57	第2部通則6	「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する医師等の員数の基準に該当する保険医療機関（離島等所在保険医療機関）の場合	標欠5	「入院」欄
58	第2部通則8	管理栄養士の配置について基準を満たせない場合の経過措置に該当する場合	経措	「入院」欄
59	第2部通則8	医科点数表第1章第2部通則第8号により、当該保険医療機関内に、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が1名以上配置されている場合	栄40減	「入院」欄
60	第2部通則9	医科点数表第1章第2部通則第9号により、身体的拘束最小化に関する基準を満たせない場合	拘40減	「入院」欄
61	第2部通則11	医科点数表第1章第2部通則第11号により、継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準を満たせない場合	賃減	「入院」欄
62	A100	一般病棟入院基本料（急性期病院一般入院基本料の急性期病院A一般入院料）を算定した場合	急病A	「入院」欄
63	A100	一般病棟入院基本料（急性期病院一般入院基本料の急性期病院B一般入院料）を算定した場合	急病B	「入院」欄
64	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料1）を算定した場合	急一般1	「入院」欄
65	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料2）を算定した場合	急一般2	「入院」欄
66	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料3）を算定した場合	急一般3	「入院」欄
67	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料4）を算定した場合	急一般4	「入院」欄
68	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料5）を算定した場合	急一般5	「入院」欄
69	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料6）を算定した場合	急一般6	「入院」欄
70	A100	一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料の地域一般入院料1）を算定した場合	地一般1	「入院」欄
71	A100	一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料の地域一般入院料2）を算定した場合	地一般2	「入院」欄
72	A100	一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料の地域一般入院料3）を算定した場合	地一般3	「入院」欄
73	A100	一般病棟入院基本料の特別入院基本料等を算定した場合	一般特別	「入院」欄
74	A100	一般病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料を算定した場合	一般夜特	「入院」欄
75	A100	一般病棟入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	一般夜看特定減	「入院」欄
76	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料A）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例A	「入院」欄
77	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料B）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例B	「入院」欄
78	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料C）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例C	「入院」欄
79	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料D）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例D	「入院」欄
80	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料E）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例E	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
81	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料１（入院料Ｆ）の例により算定する入院料を算定した場合	療１例Ｆ	「入院」欄
82	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料１（入院料Ｇ）の例により算定する入院料を算定した場合	療１例Ｇ	「入院」欄
83	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料１（入院料Ｈ）の例により算定する入院料を算定した場合	療１例Ｈ	「入院」欄
84	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料１（入院料Ｉ）の例により算定する入院料を算定した場合	療１例Ｉ	「入院」欄
85	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料１の入院料１～30）を算定した場合	療1入● （※●は1から30の算定する数字を記載）	「入院」欄
86	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料２の入院料１～30）を算定した場合	療2入● （※●は1から30の算定する数字を記載）	「入院」欄
87	A101	療養病棟入院基本料の特別入院基本料等を算定した場合	療特	「入院」欄
88	A102	結核病棟入院基本料（７対１入院基本料）を算定した場合	結７	「入院」欄
89	A102	結核病棟入院基本料（10対１入院基本料）を算定した場合	結１０	「入院」欄
90	A102	結核病棟入院基本料（13対１入院基本料）を算定した場合	結１３	「入院」欄
91	A102	結核病棟入院基本料（15対１入院基本料）を算定した場合	結１５	「入院」欄
92	A102	結核病棟入院基本料（18対１入院基本料）を算定した場合	結１８	「入院」欄
93	A102	結核病棟入院基本料（20対１入院基本料）を算定した場合	結２０	「入院」欄
94	A102	結核病棟入院基本料の特別入院基本料等を算定した場合	結特	「入院」欄
95	A102	結核病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料を算定した場合	結夜特	「入院」欄
96	A102	結核病棟入院基本料の重症患者割合特別入院基本料を算定した場合	重割特	「入院」欄
97	A102	結核病棟入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	結夜看特定減	「入院」欄
98	A103	急性期病院A精神病棟入院料（10対１入院基本料）を算定した場合	精Ａ１０	「入院」欄
99	A103	急性期病院A精神病棟入院料（13対１入院基本料）を算定した場合	精Ａ１３	「入院」欄
100	A103	急性期病院A精神病棟入院料（15対１入院基本料）を算定した場合	精Ａ１５	「入院」欄
101	A103	急性期病院B精神病棟入院料（10対１入院基本料）を算定した場合	精Ｂ１０	「入院」欄
102	A103	急性期病院B精神病棟入院料（13対１入院基本料）を算定した場合	精Ｂ１３	「入院」欄
103	A103	急性期病院B精神病棟入院料（15対１入院基本料）を算定した場合	精Ｂ１５	「入院」欄
104	A103	精神病棟入院基本料（10対１入院基本料）を算定した場合	精１０	「入院」欄
105	A103	精神病棟入院基本料（13対１入院基本料）を算定した場合	精１３	「入院」欄
106	A103	精神病棟入院基本料（15対１入院基本料）を算定した場合	精１５	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
107	A103	精神病棟入院基本料(18対1入院基本料)を算定した場合	精18	「入院」欄
108	A103	精神病棟入院基本料(20対1入院基本料)を算定した場合	精20	「入院」欄
109	A103	精神病棟入院基本料の特別入院基本料等を算定した場合	精特	「入院」欄
110	A103	精神病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料を算定した場合	精夜特	「入院」欄
111	A103	精神病棟入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	精夜看特定減	「入院」欄
112	A104	特定機能病院A入院基本料の一般病棟(7対1入院基本料)を算定した場合	特A－7	「入院」欄
113	A104	特定機能病院A入院基本料の一般病棟(10対1入院基本料)を算定した場合	特A－10	「入院」欄
114	A104	特定機能病院A入院基本料の結核病棟(7対1入院基本料)を算定した場合	特A結7	「入院」欄
115	A104	特定機能病院A入院基本料の結核病棟(10対1入院基本料)を算定した場合	特A結10	「入院」欄
116	A104	特定機能病院A入院基本料の結核病棟(13対1入院基本料)を算定した場合	特A結13	「入院」欄
117	A104	特定機能病院A入院基本料の結核病棟(15対1入院基本料)を算定した場合	特A結15	「入院」欄
118	A104	特定機能病院A入院基本料の精神病棟(7対1入院基本料)を算定した場合	特A精7	「入院」欄
119	A104	特定機能病院A入院基本料の精神病棟(10対1入院基本料)を算定した場合	特A精10	「入院」欄
120	A104	特定機能病院A入院基本料の精神病棟(13対1入院基本料)を算定した場合	特A精13	「入院」欄
121	A104	特定機能病院A入院基本料の精神病棟(15対1入院基本料)を算定した場合	特A精15	「入院」欄
122	A104	特定機能病院B入院基本料の一般病棟(7対1入院基本料)を算定した場合	特B－7	「入院」欄
123	A104	特定機能病院B入院基本料の一般病棟(10対1入院基本料)を算定した場合	特B－10	「入院」欄
124	A104	特定機能病院B入院基本料の結核病棟(7対1入院基本料)を算定した場合	特B結7	「入院」欄
125	A104	特定機能病院B入院基本料の結核病棟(10対1入院基本料)を算定した場合	特B結10	「入院」欄
126	A104	特定機能病院B入院基本料の結核病棟(13対1入院基本料)を算定した場合	特B結13	「入院」欄
127	A104	特定機能病院B入院基本料の結核病棟(15対1入院基本料)を算定した場合	特B結15	「入院」欄
128	A104	特定機能病院B入院基本料の精神病棟(7対1入院基本料)を算定した場合	特B精7	「入院」欄
129	A104	特定機能病院B入院基本料の精神病棟(10対1入院基本料)を算定した場合	特B精10	「入院」欄
130	A104	特定機能病院B入院基本料の精神病棟(13対1入院基本料)を算定した場合	特B精13	「入院」欄
131	A104	特定機能病院B入院基本料の精神病棟(15対1入院基本料)を算定した場合	特B精15	「入院」欄
132	A104	特定機能病院C入院基本料の一般病棟(7対1入院基本料)を算定した場合	特C－7	「入院」欄
133	A104	特定機能病院C入院基本料の一般病棟(10対1入院基本料)を算定した場合	特C－10	「入院」欄
134	A104	特定機能病院C入院基本料の結核病棟(7対1入院基本料)を算定した場合	特C結7	「入院」欄
135	A104	特定機能病院C入院基本料の結核病棟(10対1入院基本料)を算定した場合	特C結10	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
136	A104	特定機能病院C入院基本料の結核病棟(13対1入院基本料)を算定した場合	特C結13	「入院」欄
137	A104	特定機能病院C入院基本料の結核病棟(15対1入院基本料)を算定した場合	特C結15	「入院」欄
138	A104	特定機能病院C入院基本料の精神病棟(7対1入院基本料)を算定した場合	特C精7	「入院」欄
139	A104	特定機能病院C入院基本料の精神病棟(10対1入院基本料)を算定した場合	特C精10	「入院」欄
140	A104	特定機能病院C入院基本料の精神病棟(13対1入院基本料)を算定した場合	特C精13	「入院」欄
141	A104	特定機能病院C入院基本料の精神病棟(15対1入院基本料)を算定した場合	特C精15	「入院」欄
142	A105	専門病院入院基本料(7対1入院基本料)を算定した場合	専7	「入院」欄
143	A105	専門病院入院基本料(10対1入院基本料)を算定した場合	専10	「入院」欄
144	A105	専門病院入院基本料(13対1入院基本料)を算定した場合	専13	「入院」欄
145	A105	専門病院入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	専夜看特定減	「入院」欄
146	A106	障害者施設等入院基本料(7対1入院基本料)を算定した場合	障7	「入院」欄
147	A106	障害者施設等入院基本料(10対1入院基本料)を算定した場合	障10	「入院」欄
148	A106	障害者施設等入院基本料(13対1入院基本料)を算定した場合	障13	「入院」欄
149	A106	障害者施設等入院基本料(15対1入院基本料)を算定した場合	障15	「入院」欄
150	A106	障害者施設等入院基本料(7対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する重度の意識障害の患者)を算定した場合	2障7意	「入院」欄
151	A106	障害者施設等入院基本料(7対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する重度の意識障害の患者)を算定した場合	1障7意	「入院」欄
152	A106	障害者施設等入院基本料(10対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する重度の意識障害の患者)を算定した場合	2障10意	「入院」欄
153	A106	障害者施設等入院基本料(10対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する重度の意識障害の患者)を算定した場合	1障10意	「入院」欄
154	A106	障害者施設等入院基本料(13対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する重度の意識障害の患者)を算定した場合	2障13意	「入院」欄
155	A106	障害者施設等入院基本料(13対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する重度の意識障害の患者)を算定した場合	1障13意	「入院」欄
156	A106	障害者施設等入院基本料(15対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する重度の意識障害の患者)を算定した場合	2障15意	「入院」欄
157	A106	障害者施設等入院基本料(15対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する重度の意識障害の患者)を算定した場合	1障15意	「入院」欄
158	A106	障害者施設等入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	障夜看特定減	「入院」欄
159	A106	障害者施設等入院基本料(7対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者)を算定した場合	2障7脳	「入院」欄
160	A106	障害者施設等入院基本料(7対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者)を算定した場合	1障7脳	「入院」欄
161	A106	障害者施設等入院基本料(10対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者)を算定した場合	2障10脳	「入院」欄
162	A106	障害者施設等入院基本料(10対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者)を算定した場合	1障10脳	「入院」欄
163	A106	障害者施設等入院基本料(13対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者)を算定した場合	2障13脳	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
164	A106	障害者施設等入院基本料（13対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	1障13脳	「入院」欄
165	A106	障害者施設等入院基本料（15対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	2障15脳	「入院」欄
166	A106	障害者施設等入院基本料（15対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	1障15脳	「入院」欄
167	A108	有床診療所入院基本料1を算定した場合	診1	「入院」欄
168	A108	有床診療所入院基本料2を算定した場合	診2	「入院」欄
169	A108	有床診療所入院基本料3を算定した場合	診3	「入院」欄
170	A108	有床診療所入院基本料4を算定した場合	診4	「入院」欄
171	A108	有床診療所入院基本料5を算定した場合	診5	「入院」欄
172	A108	有床診療所入院基本料6を算定した場合	診6	「入院」欄
173	A109	有床診療所療養病床入院基本料Aを算定した場合	診療A	「入院」欄
174	A109	有床診療所療養病床入院基本料Bを算定した場合	診療B	「入院」欄
175	A109	有床診療所療養病床入院基本料Cを算定した場合	診療C	「入院」欄
176	A109	有床診療所療養病床入院基本料Dを算定した場合	診療D	「入院」欄
177	A109	有床診療所療養病床入院基本料Eを算定した場合	診療E	「入院」欄
178	A109	有床診療所療養病床入院基本料の特別入院基本料を算定した場合	診療特	「入院」欄
179	A100 A104 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、退院が特定の時間帯に集中していることにより、減算された入院基本料を算定した場合	午前減	「入院」欄
180	A100 A104 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、入院日及び退院日が特定の日に集中していることにより、減算された入院基本料を算定した場合	土日減	「入院」欄
181	A100 A102 A103 A106	一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は障害者施設等入院基本料について、月平均夜勤時間72時間の要件を満たさない場合	夜減	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
182	A100 A101 A106 A108 A109	一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、重症児（者）受入連携加算を算定した場合	重受連	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
183	A100	一般病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算を算定した場合	病初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
184	A104 A105	特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、看護必要度加算1を算定した場合	看必1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
185	A104 A105	特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、看護必要度加算2を算定した場合	看必2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
186	A100 A104 A105	特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、看護必要度加算3を算定した場合	看必3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
187	A101 A109	療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料の褥瘡対策加算1又は2を算定した場合	褥対1、褥対2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
188	A101	療養病棟入院基本料の急性期患者支援療養病床初期加算を算定した場合	療急初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
189	A101	療養病棟入院基本料の在宅患者支援療養病床初期加算を算定した場合	療支初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
190	A101	療養病棟入院基本料の経腸栄養管理加算を算定した場合	療経栄	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
191	A101	療養病棟入院基本料の夜間看護加算を算定した場合	療夜看	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
192	A101	療養病棟入院基本料の看護補助・患者ケア体制充実加算1を算定した場合	療看充1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
193	A101	療養病棟入院基本料の看護補助・患者ケア体制充実加算2を算定した場合	療看充2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
194	A101	療養病棟入院基本料の看護補助・患者ケア体制充実加算3を算定した場合	療看充3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
195	A103 A104	精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料の重度認知症加算を算定した場合	重認	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
196	A103	精神病棟入院基本料を算定している患者について、救急支援精神病棟初期加算を算定した場合	精初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
197	A103 A312	精神療養病棟入院料及び精神病棟入院基本料を算定している患者について、精神保健福祉士配置加算を算定した場合	精福	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
198	A104	特定機能病院入院基本料の入院栄養管理体制加算を算定した場合	特栄	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
199	A105	専門病院入院基本料の13対1入院基本料を算定する病棟で、一般病棟看護必要度評価加算を算定した場合	専看評	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
200	A106	障害者施設等入院基本料の看護補助加算を算定した場合	障看補	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
201	A106	障害者施設等入院基本料の看護補助・患者ケア体制充実加算1を算定した場合	障看充1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
202	A106	障害者施設等入院基本料の看護補助・患者ケア体制充実加算2を算定した場合	障看充2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
203	A106	障害者施設等入院基本料の看護補助・患者ケア体制充実加算3を算定した場合	障看充3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
204	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所急性期患者支援病床初期加算を算定した場合	有急支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
205	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算を算定した場合	有在支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
206	A108	有床診療所入院基本料の夜間緊急体制確保加算を算定した場合	有緊	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
207	A108	有床診療所入院基本料の医師配置加算1を算定した場合	有医1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
208	A108	有床診療所入院基本料の医師配置加算2を算定した場合	有医2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
209	A108	有床診療所入院基本料の看護配置加算1を算定した場合	有看1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
210	A108	有床診療所入院基本料の看護配置加算2を算定した場合	有看2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
211	A108	有床診療所入院基本料の夜間看護配置加算1を算定した場合	有夜看1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
212	A108	有床診療所入院基本料の夜間看護配置加算2を算定した場合	有夜看2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
213	A108	有床診療所入院基本料の看護補助配置加算1を算定した場合	有補1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
214	A108	有床診療所入院基本料の看護補助配置加算2を算定した場合	有補2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
215	A108 A109	有床診療所入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、看取り加算を算定した場合（在宅療養支援診療所以外の場合）	看取	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
216	A108 A109	有床診療所入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、看取り加算を算定した場合（在宅療養支援診療所の場合）	看取在支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
217	A108	有床診療所入院基本料の介護連携加算1又は2を算定した場合	介連1、介連2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
218	A109	有床診療所療養病床入院基本料の急性期患者支援療養病床初期加算を算定した場合	有療急支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
219	A109	有床診療所療養病床入院基本料の有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算を算定した場合	有療在支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
220	A109	栄養管理実施加算を算定した場合	栄管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
221	A109	有床診療所療養病床入院基本料の慢性維持透析管理加算を算定した場合	有慢	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
222	A200	急性期総合体制加算1を算定した場合	急総1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
223	A200	急性期総合体制加算2を算定した場合	急総2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
224	A200	急性期総合体制加算3を算定した場合	急総3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
225	A200	急性期総合体制加算4を算定した場合	急総4	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
226	A200	急性期総合体制加算5を算定した場合	急総5	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
227	A204	地域医療支援病院入院診療加算を算定した場合	地入診	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
228	A204-2	臨床研修病院入院診療加算を算定した場合	臨修	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
229	A204-3	紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定した場合	紹入診	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
230	A204-4	包括期充実体制加算を算定した場合	包充実	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
231	A205	救急医療管理加算1を算定した場合	救医1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
232	A205	救急医療管理加算2を算定した場合	救医2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
233	A205	救急医療管理加算の乳幼児加算を算定した場合	乳救医	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
234	A205	救急医療管理加算の小児加算を算定した場合	小救医	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
235	A205-2	超急性期脳卒中加算を算定した場合	超急	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
236	A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算を算定した場合	妊搬	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
237	A206	在宅患者緊急入院診療加算を算定した場合	在緊	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
238	A207	診療録管理体制加算1を算定した場合	録管1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
239	A207	診療録管理体制加算2を算定した場合	録管2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
240	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（15対1）を算定した場合	医1の15	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
241	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（20対1）を算定した場合	医1の20	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
242	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（25対1）を算定した場合	医1の25	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
243	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（30対1）を算定した場合	医1の30	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
244	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（40対1）を算定した場合	医1の40	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
245	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（50対1）を算定した場合	医1の50	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
246	A207-2	医師事務作業補助体制加算1(75対1)を算定した場合	医1の75	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
247	A207-2	医師事務作業補助体制加算1(100対1)を算定した場合	医1の100	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
248	A207-2	医師事務作業補助体制加算2(15対1)を算定した場合	医2の15	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
249	A207-2	医師事務作業補助体制加算2(20対1)を算定した場合	医2の20	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
250	A207-2	医師事務作業補助体制加算2(25対1)を算定した場合	医2の25	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
251	A207-2	医師事務作業補助体制加算2(30対1)を算定した場合	医2の30	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
252	A207-2	医師事務作業補助体制加算2(40対1)を算定した場合	医2の40	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
253	A207-2	医師事務作業補助体制加算2(50対1)を算定した場合	医2の50	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
254	A207-2	医師事務作業補助体制加算2(75対1)を算定した場合	医2の75	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
255	A207-2	医師事務作業補助体制加算2(100対1)を算定した場合	医2の100	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
256	A207-3	25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)を算定した場合	急25上	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
257	A207-3	25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)を算定した場合	急25	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
258	A207-3	50対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	急50	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
259	A207-3	75対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	急75	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
260	A207-3	夜間30対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	夜30	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
261	A207-3	夜間50対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	夜50	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
262	A207-3	夜間100対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	夜100	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
263	A207-3	急性期看護補助体制加算の夜間看護体制加算を算定した場合	急夜看	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
264	A207-3	急性期看護補助体制加算の看護補助体制充実加算1を算定した場合	急看充1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
265	A207-3	急性期看護補助体制加算の看護補助体制充実加算2を算定した場合	急看充2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
266	A207-4	看護職員夜間12対1配置加算1を算定した場合	看職12夜1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
267	A207-4	看護職員夜間12対1配置加算2を算定した場合	看職12夜2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
268	A207-4	看護職員夜間16対1配置加算1を算定した場合	看職16夜1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
269	A207-4	看護職員夜間16対1配置加算2を算定した場合	看職16夜2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
270	A207-5	電子的診療情報連携体制整備加算1	入電情1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
271	A207-5	電子的診療情報連携体制整備加算2	入電情2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
272	A208	乳幼児加算を算定した場合	乳	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
273	A208	幼児加算を算定した場合	幼	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
274	A209	特定感染症入院医療管理加算を算定した場合	特感管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
275	A210	難病患者等入院診療加算を算定した場合	難入	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
276	A210	二類感染症患者入院診療加算を算定した場合	二感入	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
277	A211	特殊疾患入院施設管理加算を算定した場合	特疾	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
278	A212	超重症児（者）入院診療加算を算定した場合	超重症	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
279	A212	準超重症児（者）入院診療加算を算定した場合	準超重症	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
280	A212	救急・在宅重症児（者）受入加算を算定した場合	救在重受	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
281	A213	看護配置加算を算定した場合	看配	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
282	A214	看護補助加算1を算定した場合	補1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
283	A214	看護補助加算2を算定した場合	補2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
284	A214	看護補助加算3を算定した場合	補3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
285	A214	夜間75対1看護補助加算を算定した場合	夜75補	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
286	A214	看護補助加算の夜間看護体制加算を算定した場合	夜看補	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
287	A214	看護補助加算の看護補助体制充実加算1を算定した場合	補看充1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
288	A214	看護補助加算の看護補助体制充実加算2を算定した場合	補看充2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
289	A215	看護・多職種協働加算1を算定した場合	看多協1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
290	A215	看護・多職種協働加算2を算定した場合	看多協2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
291	A219	療養環境加算を算定した場合	環境	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
292	A220	HIV感染者療養環境特別加算を算定した場合	感染特	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
293	A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算の「1」個室加算を算定した場合	個室	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
294	A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算の「2」陰圧室加算を算定した場合	陰圧	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
295	A220-3	特定薬剤治療環境特別加算を算定した場合	薬剤特	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
296	A221	重症者等療養環境特別加算を算定した場合	重境	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
297	A221-2	小児療養環境特別加算を算定した場合	小環特	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
298	A222	療養病棟療養環境加算1を算定した場合	療環1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
299	A222	療養病棟療養環境加算2を算定した場合	療環2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
300	A222-2	療養病棟療養環境改善加算1を算定した場合	療改1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
301	A222-2	療養病棟療養環境改善加算2を算定した場合	療改2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
302	A223	診療所療養病床療養環境加算を算定した場合	診環	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
303	A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算を算定した場合	診環改	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
304	A224	無菌治療室管理加算1を算定した場合	無菌1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
305	A224	無菌治療室管理加算2を算定した場合	無菌2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
306	A225	放射線治療病室管理加算1を算定した場合	放室1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
307	A225	放射線治療病室管理加算2を算定した場合	放室2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
308	A226	重症皮膚潰瘍管理加算を算定した場合	重皮潰	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
309	A226-2	緩和ケア診療加算を算定した場合	緩和	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
310	A226-2	緩和ケア診療加算の小児加算を算定した場合	小緩和	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
311	A226-2	緩和ケア診療加算の個別栄養食事管理加算を算定した場合	栄養緩和	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
312	A226-2	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された緩和ケア診療加算を算定した場合	緩和地域	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
313	A226-3	有床診療所緩和ケア診療加算を算定した場合	診緩和	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
314	A226-4	小児緩和ケア診療加算を算定した場合	小児緩和	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
315	A226-4	小児個別栄養食事管理加算を算定した場合	小栄管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
316	A227	精神科措置入院診療加算を算定した場合	精措	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
317	A228	精神科応急入院施設管理加算を算定した場合	精応	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
318	A229	精神科隔離室管理加算を算定した場合	精隔	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
319	A230	精神病棟入院時医学管理加算を算定した場合	精医管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
320	A230-2	精神科地域移行実施加算を算定した場合	精移	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
321	A230-3	精神科身体合併症管理加算を算定した場合	精身	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
322	A230-4	精神科リエゾンチーム加算を算定した場合	精リエ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
323	A230-5	精神科慢性身体合併症管理加算を算定した場合	精慢身	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
324	A231-2	強度行動障害入院医療管理加算を算定した場合	強行	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
325	A231-3	依存症入院医療管理加算を算定した場合	依存	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
326	A231-4	摂食障害入院医療管理加算を算定した場合	摂障	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
327	A232の1	がん診療連携拠点病院加算を算定した場合	がん診	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
328	A232の2	小児がん拠点病院加算を算定した場合	小児がん	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
329	A233	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した場合	リ栄口	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
330	A233-2	栄養サポートチーム加算を算定した場合	栄サ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
331	A233-2	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された栄養サポートチーム加算を算定した場合	栄サ地域	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
332	A233-2	歯科医師連携加算を算定した場合	歯連	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
333	A233-3	口腔管理連携加算を算定した場合	口腔管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
334	A234	医療安全対策加算1を算定した場合	安全1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
335	A234	医療安全対策加算2を算定した場合	安全2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
336	A234	医療安全対策地域連携加算1を算定した場合	安全地連1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
337	A234	医療安全対策地域連携加算2を算定した場合	安全地連2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
338	A234-2	感染対策向上加算1を算定した場合	感向1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
339	A234-2	感染対策向上加算2を算定した場合	感向2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
340	A234-2	感染対策向上加算3を算定した場合	感向3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
341	A234-2	指導強化加算を算定した場合	感指	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
342	A234-2	微生物学的検査体制加算を算定した場合	感微	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
343	A234-2	連携強化加算を算定した場合	感連	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
344	A234-2	サーベイランス強化加算を算定した場合	感サ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
345	A234-2	抗菌薬適正使用体制加算を算定した場合	抗菌適	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
346	A234-3	患者サポート体制充実加算を算定した場合	患サポ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
347	A234-4	重症患者初期支援充実加算を算定した場合	重支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
348	A234-5	報告書管理体制加算を算定した場合	報管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
349	A235	身体的拘束最小化推進体制加算を算定した場合	拘束小	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
350	A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定した場合	褥ハイ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
351	A236	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定した場合	褥ハ地域	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
352	A236-2	ハイリスク妊娠管理加算を算定した場合	ハイ妊娠	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
353	A237	ハイリスク分娩管理加算を算定した場合	ハイ分娩	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
354	A237	地域連携分娩管理加算を算定した場合	地分娩	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
355	A238-6	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した場合	精救紹	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
356	A238-7	精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定した場合	精救受	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
357	A242	呼吸ケアチーム加算を算定した場合	呼ケア	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
358	A242-2	術後疼痛管理チーム加算を算定した場合	術疼管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
359	A243	地域支援・医薬品供給対応体制加算1を算定した場合	地薬供1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
360	A243	地域支援・医薬品供給対応体制加算2を算定した場合	地薬供2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
361	A243	地域支援・医薬品供給対応体制加算3を算定した場合	地薬供3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
362	A243-2	バイオ後続品使用体制加算を算定した場合	バイオ体制	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
363	A244	病棟薬剤業務実施加算1を算定した場合	病薬実1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
364	A244	病棟薬剤業務実施加算2を算定した場合	病薬実2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
365	A244	薬剤業務向上加算を算定した場合	薬業向	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
366	A245	データ提出加算1を算定した場合	デ提1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
367	A245	データ提出加算2を算定した場合	デ提2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
368	A245	データ提出加算3を算定した場合	デ提3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
369	A245	データ提出加算4を算定した場合	デ提4	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
370	A245	提出データ評価加算を算定した場合	デ評	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
371	A246	入退院支援加算1を算定した場合	入退支1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
372	A246	入退院支援加算2を算定した場合	入退支2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
373	A246	入退院支援加算3を算定した場合	入退支3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
374	A246	地域連携診療計画加算を算定した場合	地連診計	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
375	A246	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された入退院支援加算2を算定した場合	入退支地域	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
376	A246	小児加算を算定した場合	入退支小	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
377	A246	入院時支援加算1を算定した場合	入退入1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
378	A246	入院時支援加算2を算定した場合	入退入2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
379	A246	入院事前調整加算を算定した場合	入前	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
380	A246-2	精神科入退院支援加算を算定した場合	精入退	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
381	A246-2	精神科措置入院退院支援加算を算定した場合	精退	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
382	A246-3	医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定した場合	医ケア支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
383	A246-3	情報通信機器を用いて医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定した場合	情医ケア支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
384	A247	認知症ケア加算1を算定した場合	認ケア1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
385	A247	認知症ケア加算2を算定した場合	認ケア2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
386	A247	認知症ケア加算3を算定した場合	認ケア3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
387	A247	認知症ケア加算1の100分の60に相当する点数を算定した場合	認ケア1減	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
388	A247	認知症ケア加算2の100分の60に相当する点数を算定した場合	認ケア2減	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
389	A247-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算を算定した場合	せハイ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
390	A248	精神疾患診療体制加算1を算定した場合	精疾診1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
391	A248	精神疾患診療体制加算2を算定した場合	精疾診2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
392	A249	精神科急性期医師配置加算を算定した場合	精急医配	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
393	A250	薬剤総合評価調整加算を算定した場合	薬総評加	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
394	A251	排尿自立支援加算を算定した場合	排自	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
395	A252	地域医療体制確保加算1を算定した場合	地医体1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
396	A252	地域医療体制確保加算2を算定した場合	地医体2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
397	A253	協力対象施設入所者入院加算を算定した場合	協施	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
398	A254	医療提供機能連携確保加算を算定した場合	入医提連	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
399	A255	精神科地域密着多機能体制加算1を算定した場合	精地密1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
400	A255	精神科地域密着多機能体制加算2を算定した場合	精地密2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
401	A255	精神科地域密着多機能体制加算3を算定した場合	精地密3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
402	A300	救命救急入院料1を算定した場合	救命1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
403	A300	救命救急入院料2を算定した場合	救命2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
404	A300	精神疾患診断治療初回加算イを算定した場合	精初イ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
405	A300	精神疾患診断治療初回加算ロを算定した場合	精初ロ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
406	A300	救命救急入院料の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階A若しくはBである場合	A救	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
407	A300	救命救急入院料の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階A若しくはBである場合	B救	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
408	A300	救命救急入院料の救急体制充実加算1を算定した場合	救充1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
409	A300	救命救急入院料の救急体制充実加算2を算定した場合	救充2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
410	A300	救命救急入院料の救急体制充実加算3を算定した場合	救充3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
411	A300	救命救急入院料の高度救命救急センターである場合	高救	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
412	A300	救命救急入院料の急性薬毒物中毒1に係る加算を算定した場合	薬救1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
413	A300	救命救急入院料の急性薬毒物中毒2に係る加算を算定した場合	薬救2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
414	A300	救命救急入院料の小児加算を算定した場合	小児	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
415	A300	救命救急入院料の早期離床・リハビリテーション加算を算定した場合	救早リ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
416	A300	救命救急入院料の早期栄養介入管理加算を算定した場合	救早栄	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
417	A300	救命救急入院料の早期栄養介入管理加算（早期から経腸栄養を開始した場合）を算定した場合	救早経	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
418	A300	救命救急入院料の生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合に算定する加算を算定した場合	救精助	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
419	A300	救命救急入院料の重症患者対応体制強化加算イを算定した場合	救重イ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
420	A300	救命救急入院料の重症患者対応体制強化加算ロを算定した場合	救重ロ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
421	A300	救命救急入院料の重症患者対応体制強化加算ハを算定した場合	救重ハ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
422	A300	救命救急入院料の広範囲熱傷管理加算を算定した場合	救熱傷	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
423	A301	特定集中治療室管理料1を算定した場合	特集1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
424	A301	特定集中治療室管理料2を算定した場合	特集2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
425	A301	特定集中治療室管理料3を算定した場合	特集3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
426	A301	特定集中治療室管理料の小児加算を算定した場合	小児	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
427	A301	特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算を算定した場合	特集早リ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
428	A301	特定集中治療室管理料の早期栄養介入管理加算を算定した場合	特集早栄	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
429	A301	特定集中治療室管理料の早期栄養介入管理加算（早期から経腸栄養を開始した場合）を算定した場合	特集早経	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
430	A301	特定集中治療室管理料の重症患者対応体制強化加算イを算定した場合	特集重イ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
431	A301	特定集中治療室管理料の重症患者対応体制強化加算ロを算定した場合	特集重ロ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
432	A301	特定集中治療室管理料の重症患者対応体制強化加算ハを算定した場合	特集重ハ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
433	A301	特定集中治療室遠隔支援加算を算定した場合	特集遠隔	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
434	A300	特定集中治療室管理料の広範囲熱傷管理加算を算定した場合	特集熱傷	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
435	A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料1を算定した場合	ハイ1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
436	A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料2を算定した場合	ハイ2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
437	A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料の早期離床・リハビリテーション加算を算定した場合	ハイ早リ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
438	A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料の早期栄養介入管理加算を算定した場合	ハイ早栄	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
439	A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料の早期栄養介入管理加算（早期から経腸栄養を開始した場合）を算定した場合	ハイ早経	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
440	A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料の注5の入院料を算定した場合	ハイ注	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
441	A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定した場合	脳ケア	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
442	A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料の早期離床・リハビリテーション加算を算定した場合	脳ケア早リ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
443	A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料の早期栄養介入管理加算を算定した場合	脳ケア早栄	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
444	A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料の早期栄養介入管理加算（早期から経腸栄養を開始した場合）を算定した場合	脳ケア早経	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
445	A301-4	小児特定集中治療室管理料を算定した場合	小特集	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
446	A301-4	小児特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算を算定した場合	小特集早リ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
447	A301-4	小児特定集中治療室管理料の早期栄養介入管理加算を算定した場合	小特集早栄	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
448	A301-4	小児特定集中治療室管理料の早期栄養介入管理加算（早期から経腸栄養を開始した場合）を算定した場合	小特集早経	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
449	A302	新生児特定集中治療室管理料1を算定した場合	新集1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
450	A302	新生児特定集中治療室管理料2を算定した場合	新集2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
451	A302-2	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定した場合	新集重	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
452	A303	総合周産期特定集中治療室管理料「1」母体・胎児集中治療室管理料を算定した場合	産集母	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
453	A303	総合周産期特定集中治療室管理料「2」新生児集中治療室管理料を算定した場合	産集新	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
454	A303	総合周産期特定集中治療室管理料の成育連携支援加算を算定した場合	産集成	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
455	A303-2	新生児治療回復室入院医療管理料を算定した場合	新治回	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
456	A304	地域包括医療病棟入院料1を算定した場合	地包医1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
457	A304	地域包括医療病棟入院料2を算定した場合	地包医2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
458	A304	地域包括医療病棟入院料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	地包医夜看特定減	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
459	A304	地域包括医療病棟入院料の25対1看護補助体制加算（看護補助者5割以上）を算定した場合	地包括医25上	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
460	A304	地域包括医療病棟入院料の25対1看護補助体制加算（看護補助者5割未満）を算定した場合	地包括医25	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
461	A304	地域包括医療病棟入院料の50対1看護補助体制加算を算定した場合	地包括医50	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
462	A304	地域包括医療病棟入院料の75対1看護補助体制加算を算定した場合	地包括医75	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
463	A304	地域包括医療病棟入院料の夜間30対1看護補助体制加算を算定した場合	地包括医夜30	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
464	A304	地域包括医療病棟入院料の夜間50対1看護補助体制加算を算定した場合	地包括医夜50	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
465	A304	地域包括医療病棟入院料の夜間100対1看護補助体制加算を算定した場合	地包括医夜100	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
466	A304	地域包括医療病棟入院料の看護補助・患者ケア体制充実加算1を算定した場合	地包医看充1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
467	A304	地域包括医療病棟入院料の看護補助・患者ケア体制充実加算2を算定した場合	地包医看充2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
468	A304	地域包括医療病棟入院料の看護補助・患者ケア体制充実加算3を算定した場合	地包医看充3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
469	A304	地域包括医療病棟入院料の看護職員夜間配置加算を算定した場合	地包医看職夜配	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
470	A304	地域包括医療病棟入院料のリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した場合	地包医リ栄口	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
471	A305	一類感染症患者入院医療管理料を算定した場合	感入管	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
472	A306	特殊疾患入院医療管理料を算定した場合	特入管	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
473	A306	特殊疾患入院医療管理料（重度の意識障害で医療区分2に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	2特入管意	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
474	A306	特殊疾患入院医療管理料（重度の意識障害で医療区分1に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	1特入管意	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
475	A306 A309 A317	特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は特定一般病棟入院料の重症児（者）受入連携加算を算定した場合	重受連	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
476	A306	障害者施設等入院基本料（7対1入院基本料届出病棟で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	2特入管脳	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
477	A306	障害者施設等入院基本料（7対1入院基本料届出病棟で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	1特入管脳	「入院」欄
478	A307	小児入院医療管理料1を算定した場合	小入管1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
479	A307	小児入院医療管理料2を算定した場合	小入管2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
480	A307	小児入院医療管理料3を算定した場合	小入管3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
481	A307	小児入院医療管理料4を算定した場合	小入管4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
482	A307	小児入院医療管理料5を算定した場合	小入管5	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
483	A307	小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5の重症児受入体制加算1を算定した場合	重受体1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
484	A307	小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5の重症児受入体制加算2を算定した場合	重受体2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
485	A307	小児入院医療管理料の無菌治療管理加算1を算定した場合	小無1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
486	A307	小児入院医療管理料の無菌治療管理加算2を算定した場合	小無2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
487	A307	小児入院医療管理料の退院時薬剤情報管理指導連携加算を算定した場合	小退連	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
488	A307	小児入院医療管理料の養育支援体制加算を算定した場合	小養	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
489	A307	小児入院医療管理料の時間外受入体制強化加算1を算定した場合	小時受体1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
490	A307	小児入院医療管理料の時間外受入体制強化加算2を算定した場合	小時受体2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
491	A307	小児入院医療管理料の看護補助加算を算定した場合	小看	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
492	A307	小児入院医療管理料の看護補助体制充実加算を算定した場合	小看充	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
493	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定した場合	復リ入1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
494	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定した場合	復リ入2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
495	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料3を算定した場合	復リ入3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
496	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定した場合	復リ入4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
497	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定した場合	復リ入5	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
498	A308	回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定した場合	復リ入管	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
499	A308	回復期リハビリテーション病棟入院基本料の休日リハビリテーション提供体制加算を算定した場合	休リ体加	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
500	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料の回復期リハビリテーション強化体制加算を算定した場合	復リ強	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
501	A308-3	地域包括ケア病棟入院料1を算定した場合	地包1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
502	A308-3	地域包括ケア病棟入院料2を算定した場合	地包2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
503	A308-3	地域包括ケア病棟入院料3を算定した場合	地包3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
504	A308-3	地域包括ケア病棟入院料4を算定した場合	地包4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
505	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料1を算定した場合	地包管1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
506	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料2を算定した場合	地包管2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
507	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料3を算定した場合	地包管3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
508	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料4を算定した場合	地包管4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
509	A308-3	地域包括ケア病棟入院料1（当該病棟が療養病棟である場合）を算定した場合	地包療1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
510	A308-3	地域包括ケア病棟入院料2（当該病棟が療養病棟である場合）を算定した場合	地包療2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
511	A308-3	地域包括ケア病棟入院料3（当該病棟が療養病棟である場合）を算定した場合	地包療3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
512	A308-3	地域包括ケア病棟入院料4（当該病棟が療養病棟である場合）を算定した場合	地包療4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
513	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料1（当該病床が療養病床である場合）を算定した場合	地包管療1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
514	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料2（当該病床が療養病床である場合）を算定した場合	地包管療2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
515	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料3（当該病床が療養病床である場合）を算定した場合	地包管療3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
516	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料4（当該病床が療養病床である場合）を算定した場合	地包管療4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
517	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア病棟入院料1を算定した場合	包病1地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
518	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア病棟入院料2を算定した場合	包病2地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
519	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア病棟入院料3を算定した場合	包病3地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
520	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア病棟入院料4を算定した場合	包病4地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
521	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア入院医療管理料1を算定した場合	包入1地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
522	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア入院医療管理料2を算定した場合	包入2地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
523	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア入院医療管理料3を算定した場合	包入3地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
524	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア入院医療管理料4を算定した場合	包入4地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
525	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の看護補助者配置加算を算定した場合	包看補	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
526	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の看護補助・患者ケア体制充実加算1を算定した場合	包看充1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
527	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の看護補助・患者ケア体制充実加算2を算定した場合	包看充2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
528	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の看護補助・患者ケア体制充実加算3を算定した場合	包看充3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
529	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算（1）の①を算定した場合	包急支転400以①	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
530	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算（1）の②を算定した場合	包急支転400以②	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
531	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算（2）の①を算定した場合	包急支転400未①	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
532	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算（2）の②を算定した場合	包急支転400未②	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
533	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の在宅患者支援病床初期加算（1）を算定した場合	包在支転介老	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
534	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の在宅患者支援病床初期加算（2）を算定した場合	包在支転自	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
535	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の看護職員夜間配置加算を算定した場合	包看職夜配	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
536	A308-3	地域包括ケア病棟入院料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	包夜看特定減	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
537	A308-3	地域包括ケア病棟入院料について、注10に定める基準に適合せず100分の85相当の点数を算定した場合	包注10適	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
538	A308-3	地域包括ケア病棟入院料について、注11に定める基準に適合せず100分の90相当の点数を算定した場合	包注11適	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
539	A308-3	地域包括ケア病棟入院料について、注12に定める基準に適合せず100分の90相当の点数を算定した場合	包注12適	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
540	A308-3	地域包括ケア病棟入院料について、注13に定める基準に適合せず100分の90相当の点数を算定した場合	包注13適	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
541	A309	特殊疾患病棟入院料1を算定した場合	特疾1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
542	A309	特殊疾患病棟入院料2を算定した場合	特疾2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
543	A309	特殊疾患病棟入院料1（重度の意識障害で医療区分2に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	2特疾1意	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
544	A309	特殊疾患病棟入院料1（重度の意識障害で医療区分1に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	1特疾1意	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
545	A309	特殊疾患病棟入院料2（重度の意識障害で医療区分2に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	2特疾2意	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
546	A309	特殊疾患病棟入院料2（重度の意識障害で医療区分1に相当する重度の意識障害の患者）を算定した場合	1特疾2意	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
547	A309	特殊疾患病棟入院料1（重度の意識障害で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	2特疾1脳	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
548	A309	特殊疾患病棟入院料1（重度の意識障害で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	1特疾1脳	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
549	A309	特殊疾患病棟入院料2（重度の意識障害で医療区分2に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	2特疾2脳	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
550	A309	特殊疾患病棟入院料2（重度の意識障害で医療区分1に相当する脳卒中又は脳卒中後遺症の患者）を算定した場合	1特疾2脳	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
551	A310	緩和ケア病棟入院料1を算定した場合	緩和1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
552	A310	緩和ケア病棟入院料2を算定した場合	緩和2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
553	A310	緩和ケア病棟入院料の緩和ケア病棟緊急入院初期加算を算定した場合	緩和緊入	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
554	A310	緩和ケア病棟入院料の緩和ケア疼痛評価加算を算定した場合	緩和疼	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
555	A311	精神科救急急性期医療入院料を算定した場合	精救	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
556	A311 A311-2 A311-3 A312 A318	精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料の統合失調症の患者に対する非定型抗精神病薬加算を算定した場合	非精	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
557	A311 A311-3	精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料の看護職員夜間配置加算を算定した場合	精看職夜配	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
558	A311	精神科救急急性期医療入院料の精神科救急医療体制加算1を算定した場合	精救体1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
559	A311	精神科救急急性期医療入院料の精神科救急医療体制加算2を算定した場合	精救体2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
560	A311-2	精神科急性期治療病棟入院料1を算定した場合	精急1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
561	A311-2	精神科急性期治療病棟入院料2を算定した場合	精急2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
562	A103 A104 A311-2	精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟の場合）、精神科急性期治療病棟入院料の精神病棟看護・多職種協働加算を算定した場合	精看多協	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
563	A311-3	精神科救急・合併症入院料を算定した場合	精合	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
564	A311-4	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した場合	児春	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
565	A311-4	精神科養育支援体制加算を算定した場合	精養支	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
566	A312	精神療養病棟入院料を算定した場合	精療	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
567	A312 A318	精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算1を算定した場合	重症1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
568	A312 A318	精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算2を算定した場合	重症2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
569	A314	認知症治療病棟入院料1を算定した場合	認知1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
570	A314	認知症治療病棟入院料2を算定した場合	認知2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
571	A314	認知症治療病棟入院料の認知症夜間対応加算を算定した場合	認夜	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
572	A317	特定一般病棟入院料1を算定した場合	特般1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
573	A317	特定一般病棟入院料2を算定した場合	特般2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
574	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、地域包括ケア入院医療管理1が行われた場合	包1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
575	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、地域包括ケア入院医療管理2が行われた場合	包2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
576	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、地域包括ケア入院医療管理3が行われた場合	包3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
577	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、地域包括ケア入院医療管理4が行われた場合	包4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
578	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、療養病棟入院料1（入院料1～30）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例● （※●は1から30の算定する数字を記載）	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
579	A317	特定一般病棟入院料の救急・在宅等支援病床初期加算を算定した場合	病初	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
580	A317	特定一般病棟入院料の一般病棟看護必要度評価加算を算定した場合	一看評	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
581	A318	地域移行機能強化病棟入院料を算定した場合	地移	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
582	A319	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	特リハ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
583	－	90日を超える期間一般病棟に入院している患者であって特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの（平成20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者）のうち、同別表第四の第三号（重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等）に該当する場合	重	「入院」欄
584	－	90日を超える期間一般病棟に入院している患者であって特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの（平成20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者）のうち、同別表第四の第十二号に該当するものとして退院支援状況報告書の届出を行っている場合	退支	「入院」欄
585	A400の1	短期滞在手術等基本料1を算定した場合	短手1	「その他」欄
586	A400の3	短期滞在手術等基本料3を算定した場合	短手3	「入院」欄
587	A400の3	短期滞在手術等基本料3の入院手術対応加算を算定した場合	短手入	「入院」欄
588	第1部通則3	外来感染対策向上加算を算定した場合	医感	「医学管理」欄
589	第1部通則3	発熱患者等対応加算を算定した場合	医熱対	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
590	第1部通則4	連携強化加算を算定した場合	医連	「医学管理」欄
591	第1部通則5	サーベイランス強化加算を算定した場合	医サ	「医学管理」欄
592	第1部通則6	抗菌薬適正使用体制加算を算定した場合	医抗菌適	「医学管理」欄
593	第1部通則7	遠隔電子処方箋活用加算を算定した場合	遠電処	「医学管理」欄
594	第1部通則8	医療提供機能連携確保加算を算定した場合	外医提連	「医学管理」欄
595	B000	特定疾患療養管理料を算定した場合	特	「医学管理」欄
596	B000	特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情特	「医学管理」欄
597	B001の1	ウイルス疾患指導料1を算定した場合	ウ1	「医学管理」欄
598	B001の1	ウイルス疾患指導料2を算定した場合	ウ2	「医学管理」欄
599	B001の1	ウイルス疾患指導料1(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情ウ1	「医学管理」欄
600	B001の1	ウイルス疾患指導料2(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情ウ2	「医学管理」欄
601	B001の2	特定薬剤治療管理料1を算定した場合	薬1	「医学管理」欄
602	B001の2	特定薬剤治療管理料2を算定した場合	薬2	「医学管理」欄
603	B001の3	悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合	悪	「医学管理」欄
604	B001の4	小児特定疾患カウンセリング料を算定した場合	小児特定	「医学管理」欄
605	B001の4	小児特定疾患カウンセリング料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情小児特定	「医学管理」欄
606	B001の5	小児科療養指導料を算定した場合	小児療養	「医学管理」欄
607	B001の5	小児科療養指導料の人工呼吸器導入時相談支援加算を算定した場合	人呼支援	「医学管理」欄
608	B001の5	小児科療養指導料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情小児療	「医学管理」欄
609	B001の6	てんかん指導料を算定した場合	てんかん	「医学管理」欄
610	B001の6	てんかん指導料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情てんかん	「医学管理」欄
611	B001の7	難病外来指導管理料1を算定した場合	難病1	「医学管理」欄
612	B001の7	難病外来指導管理料2を算定した場合	難病2	「医学管理」欄
613	B001の7	難病外来指導管理料の人工呼吸器導入時相談支援加算を算定した場合	人呼支援	「医学管理」欄
614	B001の7	難病外来指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情難病	「医学管理」欄
615	B001の8	皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)を算定した場合	皮膚(Ⅰ)	「医学管理」欄
616	B001の8	皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)を算定した場合	皮膚(Ⅱ)	「医学管理」欄
617	B001の8	皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情皮膚(Ⅰ)	「医学管理」欄
618	B001の8	皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情皮膚(Ⅱ)	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
619	B001の9	外来栄養食事指導料1(初回の指導を対面で行った場合)を算定した場合	外栄初対1	「医学管理」欄
620	B001の9	外来栄養食事指導料1(初回の指導を情報通信機器等を用いて行った場合)を算定した場合	外栄初情1	「医学管理」欄
621	B001の9	外来栄養食事指導料1(2回目以降の指導を対面で行った場合)を算定した場合	外栄2対1	「医学管理」欄
622	B001の9	外来栄養食事指導料1(2回目以降の指導を情報通信機器等を用いて行った場合)を算定した場合	外栄2情1	「医学管理」欄
623	B001の9	外来栄養食事指導料2(初回の指導を対面で行った場合)を算定した場合	外栄初対2	「医学管理」欄
624	B001の9	外来栄養食事指導料2(初回の指導を情報通信機器等を用いて行った場合)を算定した場合	外栄初情2	「医学管理」欄
625	B001の9	外来栄養食事指導料2(2回目以降の指導を対面で行った場合)を算定した場合	外栄2対2	「医学管理」欄
626	B001の9	外来栄養食事指導料2(2回目以降の指導を情報通信機器等を用いて行った場合)を算定した場合	外栄2情2	「医学管理」欄
627	B001の9	外来栄養食事指導料(注3に規定する専門の管理栄養士が指導した場合)を算定した場合	外栄専	「医学管理」欄
628	B001の10	入院栄養食事指導料1を算定した場合	入栄1	「医学管理」欄
629	B001の10	入院栄養食事指導料2を算定した場合	入栄2	「医学管理」欄
630	B001の11	集団栄養食事指導料を算定した場合	集栄	「医学管理」欄
631	B001の12	心臓ペースメーカー指導管理料を算定した場合	ペ	「医学管理」欄
632	B001の12	心臓ペースメーカー指導管理料の導入期加算を算定した場合	導入期	「医学管理」欄
633	B001の13	在宅療養指導料を算定した場合	在宅指導	「医学管理」欄
634	B001の14	高度難聴指導管理料を算定した場合	高難	「医学管理」欄
635	B001の15	慢性維持透析患者外来医学管理料を算定した場合	慢透	「医学管理」欄
636	B001の15	慢性維持透析患者外来医学管理料の腎代替療法実績加算を算定した場合	腎代替	「医学管理」欄
637	B001の16	喘息治療管理料1を算定した場合	喘息1	「医学管理」欄
638	B001の16	喘息治療管理料2を算定した場合	喘息2	「医学管理」欄
639	B001の17	慢性疼痛疾患管理料を算定した場合	疼痛	「医学管理」欄
640	B001の18	小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合	小児悪腫	「医学管理」欄
641	B001の18	小児悪性腫瘍患者指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情小児悪腫	「医学管理」欄
642	B001の20	糖尿病合併症管理料を算定した場合	糖	「医学管理」欄
643	B001の21	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料を算定した場合	耳鼻	「医学管理」欄
644	B001の22	がん性疼痛緩和指導管理料を算定した場合	がん	「医学管理」欄
645	B001の22	がん性疼痛緩和指導管理料を算定している患者に対して小児加算を算定した場合	小児	「医学管理」欄
646	B001の22	がん性疼痛緩和指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情がん	「医学管理」欄
647	B001の23	がん患者指導管理料イを算定した場合	が指イ	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
648	B001の23	がん患者指導管理料ロを算定した場合	が指ロ	「医学管理」欄
649	B001の23	がん患者指導管理料ハを算定した場合	が指ハ	「医学管理」欄
650	B001の23	がん患者指導管理料ニを算定した場合	が指ニ	「医学管理」欄
651	B001の23	がん患者指導管理料イ(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情が指イ	「医学管理」欄
652	B001の23	がん患者指導管理料ロ(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情が指ロ	「医学管理」欄
653	B001の23	がん患者指導管理料ハ(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情が指ハ	「医学管理」欄
654	B001の23	がん患者指導管理料ニ(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情が指ニ	「医学管理」欄
655	B001の24	外来緩和ケア管理料を算定した場合	外緩	「医学管理」欄
656	B001の24	外来緩和ケア管理料を算定している患者に対して小児加算を算定した場合	小児	「医学管理」欄
657	B001の24	外来緩和ケア管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情外緩	「医学管理」欄
658	B001の24	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された外来緩和ケア管理料を算定した場合	緩ケ地域	「医学管理」欄
659	B001の25	移植後患者指導管理料の臓器移植後の場合を算定した場合	臓移	「医学管理」欄
660	B001の25	移植後患者指導管理料の造血幹細胞移植後の場合を算定した場合	造移	「医学管理」欄
661	B001の25	移植後患者指導管理料の臓器移植後の場合(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	臓移	「医学管理」欄
662	B001の25	移植後患者指導管理料の造血幹細胞移植後の場合(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	造移	「医学管理」欄
663	B001の26	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料を算定した場合	植ポ	「医学管理」欄
664	B001の26	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料の導入期加算を算定した場合	導入期	「医学管理」欄
665	B001の27	糖尿病透析予防指導管理料を算定した場合	透予	「医学管理」欄
666	B001の27	糖尿病透析予防指導管理料の高度腎機能障害患者指導加算を算定した場合	腎機能	「医学管理」欄
667	B001の27	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された糖尿病透析予防指導管理料を算定した場合	透予地域	「医学管理」欄
668	B001の27	糖尿病透析予防指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情透予	「医学管理」欄
669	B001の27	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された糖尿病透析予防指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情透予地域	「医学管理」欄
670	B001の28	小児運動器疾患指導管理料を算定した場合	小運動	「医学管理」欄
671	B001の29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料を算定した場合	乳腺ケア	「医学管理」欄
672	B001の30	婦人科特定疾患治療管理料を算定した場合	婦特	「医学管理」欄
673	B001の31	腎代替療法指導管理料を算定した場合	腎代指	「医学管理」欄
674	B001の31	腎代替療法指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情腎代指	「医学管理」欄
675	B001の32	一般不妊治療管理料を算定した場合	一妊	「医学管理」欄
676	B001の33	生殖補助医療管理料を算定した場合	生補	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
677	B001の34	二次性骨折予防継続管理料を算定した場合	骨継	「医学管理」欄
678	B001の35	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料を算定した場合	アレ免	「医学管理」欄
679	B001の36	下肢創傷処置管理料を算定した場合	下創	「医学管理」欄
680	B001の37	慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定した場合	慢腎透	「医学管理」欄
681	B001の37	情報通信機器を用いて慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定した場合	情慢腎透	「医学管理」欄
682	B001-2	小児科外来診療料の「1」院外処方の「イ」初診を算定した場合	児外初	「医学管理」欄
683	B001-2	小児科外来診療料の「1」院外処方の「ロ」再診を算定した場合	児外再	「医学管理」欄
684	B001-2	小児科外来診療料の「2」院内処方の「イ」初診を算定した場合	児内初	「医学管理」欄
685	B001-2	小児科外来診療料の「2」院内処方の「ロ」再診を算定した場合	児内再	「医学管理」欄
686	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の時間外加算を算定した場合	外	「医学管理」欄
687	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の休日加算を算定した場合	休	「医学管理」欄
688	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の深夜加算を算定した場合	深	「医学管理」欄
689	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の時間外加算の特例を算定した場合	特	「医学管理」欄
690	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の小児科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	特夜	「医学管理」欄
691	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の小児科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	特休	「医学管理」欄
692	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の小児科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	特深	「医学管理」欄
693	B001-2	小児科外来診療料の小児抗菌薬適正使用支援加算を算定した場合	小抗菌	「医学管理」欄
694	B001-2-2	地域連携小児夜間・休日診療料を算定した場合	地域小児	「医学管理」欄
695	B001-2-2	地域連携小児夜間・休日診療料の院内トリアージ実施体制加算を算定した場合	地小トリ	「医学管理」欄
696	B001-2-3	乳幼児育児栄養指導料を算定した場合	乳栄	「医学管理」欄
697	B001-2-3	乳幼児育児栄養指導料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情乳栄	「医学管理」欄
698	B001-2-4	地域連携夜間・休日診療料を算定した場合	地域夜休	「医学管理」欄
699	B001-2-4	地域連携夜間・休日診療料の院内トリアージ実施体制加算を算定した場合	地域トリ	「医学管理」欄
700	B001-2-6	救急搬送医学管理料1を算定した場合	救搬医1	「医学管理」欄
701	B001-2-6	救急搬送医学管理料2を算定した場合	救搬医2	「医学管理」欄
702	B001-2-6	救急搬送医学管理料3を算定した場合	救搬医3	「医学管理」欄
703	B001-2-6	夜間休日救急医学管理料1を算定した場合	夜救医1	「医学管理」欄
704	B001-2-6	夜間休日救急医学管理料2を算定した場合	夜救医2	「医学管理」欄
705	B001-2-6	夜間休日救急医学管理料3を算定した場合	夜救医3	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
706	B001-2-6	救急外来医学管理料の救急外来緊急検査対応加算1を算定した場合	救緊検1	「医学管理」欄
707	B001-2-6	救急外来医学管理料の救急外来緊急検査対応加算2を算定した場合	救緊検2	「医学管理」欄
708	B001-2-6	救急外来医学管理料の精神科疾患患者等受入加算を算定した場合	救精受	「医学管理」欄
709	B001-2-6	救急外来医学管理料の救急時医療情報取得加算を算定した場合	救情報	「医学管理」欄
710	B001-2-6	救急外来医学管理料の時間外救急搬送加算のイを算定した場合	救時外イ	「医学管理」欄
711	B001-2-6	救急外来医学管理料の時間外救急搬送加算のロを算定した場合	救時外ロ	「医学管理」欄
712	B001-2-6	救急外来医学管理料の時間外救急搬送加算のハを算定した場合	救時外ハ	「医学管理」欄
713	B001-2-6	救急外来医学管理料の院内トリアージ実施体制加算を算定した場合	救外トリ	「医学管理」欄
714	B001-2-7	外来リハビリテーション診療料1を算定した場合	外リ1	「医学管理」欄
715	B001-2-7	外来リハビリテーション診療料2を算定した場合	外リ2	「医学管理」欄
716	B001-2-8	外来放射線照射診療料を算定した場合	外放	「医学管理」欄
717	B001-2-8	外来放射線照射診療料の100分の50に相当する点数を算定した場合	外放減	「医学管理」欄
718	B001-2-9	地域包括診療料1（認知症を有する患者等の場合）を算定した場合	地包1認	「医学管理」欄
719	B001-2-9	地域包括診療料1（その他の慢性疾患等を有する患者の場合）を算定した場合	地包1慢	「医学管理」欄
720	B001-2-9	地域包括診療料2（認知症を有する患者等の場合）を算定した場合	地包2認	「医学管理」欄
721	B001-2-9	地域包括診療料2（その他の慢性疾患等を有する患者の場合）を算定した場合	地包2慢	「医学管理」欄
722	B001-2-9	地域包括診療料の薬剤適正使用連携加算を算定した場合	薬適連	「医学管理」欄
723	B001-2-9	地域包括診療料の外来データ提出加算を算定した場合	外デ	「医学管理」欄
724	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「1」の院外処方の初診を算定した場合	児か外初1	「医学管理」欄
725	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「1」の院外処方の再診を算定した場合	児か外再1	「医学管理」欄
726	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「1」の院内処方の初診を算定した場合	児か内初1	「医学管理」欄
727	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「1」の院内処方の再診を算定した場合	児か内再1	「医学管理」欄
728	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「2」の院外処方の初診を算定した場合	児か外初2	「医学管理」欄
729	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「2」の院外処方の再診を算定した場合	児か外再2	「医学管理」欄
730	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「2」の院内処方の初診を算定した場合	児か内初2	「医学管理」欄
731	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「2」の院内処方の再診を算定した場合	児か内再2	「医学管理」欄
732	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の小児抗菌薬適正使用支援加算を算定した場合	小抗菌	「医学管理」欄
733	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料1（抗悪性腫瘍剤を投与した場合（静注製剤等の場合））を算定した場合	外化投静1	「医学管理」欄
734	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料1（抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合（静注製剤等の場合））を算定した場合	外化管静1	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
735	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料2(抗悪性腫瘍剤を投与した場合(静注製剤等の場合))を算定した場合	外化投静2	「医学管理」欄
736	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料2(抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合(静注製剤等の場合))を算定した場合	外化管静2	「医学管理」欄
737	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料3(抗悪性腫瘍剤を投与した場合(静注製剤等の場合))を算定した場合	外化投静3	「医学管理」欄
738	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料3(抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合(静注製剤等の場合))を算定した場合	外化管静3	「医学管理」欄
739	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料1(抗悪性腫瘍剤を投与した場合(その他の場合))を算定した場合	外化投皮1	「医学管理」欄
740	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料1(抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合(その他の場合))を算定した場合	外化管皮1	「医学管理」欄
741	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料2(抗悪性腫瘍剤を投与した場合(その他の場合))を算定した場合	外化投皮2	「医学管理」欄
742	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料2(抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合(その他の場合))を算定した場合	外化管皮2	「医学管理」欄
743	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料3(抗悪性腫瘍剤を投与した場合(その他の場合))を算定した場合	外化投皮3	「医学管理」欄
744	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料3(抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合(その他の場合))を算定した場合	外化管皮3	「医学管理」欄
745	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料の連携充実加算を算定した場合	連充	「医学管理」欄
746	B001-3	生活習慣病管理料(Ⅰ)の1を算定した場合	生1脂	「医学管理」欄
747	B001-3	生活習慣病管理料(Ⅰ)の2を算定した場合	生1高	「医学管理」欄
748	B001-3	生活習慣病管理料(Ⅰ)の3を算定した場合	生1糖	「医学管理」欄
749	B001-3 B001-3-3	生活習慣病管理料の充実管理加算1(脂質異常症を主病とする場合)を算定した場合	充1脂	「医学管理」欄
750	B001-3 B001-3-3	生活習慣病管理料の充実管理加算2(脂質異常症を主病とする場合)を算定した場合	充2脂	「医学管理」欄
751	B001-3 B001-3-3	生活習慣病管理料の充実管理加算2(脂質異常症を主病とする場合)を算定した場合	充3脂	「医学管理」欄
752	B001-3 B001-3-3	生活習慣病管理料の充実管理加算1(高血圧症を主病とする場合)を算定した場合	充1高	「医学管理」欄
753	B001-3 B001-3-3	生活習慣病管理料の充実管理加算2(高血圧症を主病とする場合)を算定した場合	充2高	「医学管理」欄
754	B001-3 B001-3-3	生活習慣病管理料の充実管理加算3(高血圧症を主病とする場合)を算定した場合	充3高	「医学管理」欄
755	B001-3 B001-3-3	生活習慣病管理料の充実管理加算1(糖尿病を主病とする場合)を算定した場合	充1糖	「医学管理」欄
756	B001-3 B001-3-3	生活習慣病管理料の充実管理加算2(糖尿病を主病とする場合)を算定した場合	充2糖	「医学管理」欄
757	B001-3 B001-3-3	生活習慣病管理料の充実管理加算3(糖尿病を主病とする場合)を算定した場合	充3糖	「医学管理」欄
758	B001-3 B001-3-3	血糖自己測定指導加算を算定した場合	自指加	「医学管理」欄
759	B001-3 B001-3-3	眼科医療機関連携強化加算を算定した場合	眼連強	「医学管理」欄
760	B001-3 B001-3-3	歯科医療機関連携強化加算を算定した場合	歯連強	「医学管理」欄
761	B001-3-2	ニコチン依存症管理料1を算定した場合	ニコ1	「医学管理」欄
762	B001-3-2	ニコチン依存症管理料2を算定した場合	ニコ2	「医学管理」欄
763	B001-3-2	ニコチン依存症管理料の100分の70に相当する点数を算定した場合	ニコ減	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
764	B001-3-3	生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した場合(脂質異常症を主病とする場合)	生2脂	「医学管理」欄
765	B001-3-3	生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した場合(高血圧症を主病とする場合)	生2高	「医学管理」欄
766	B001-3-3	生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した場合(糖尿病を主病とする場合)	生2糖	「医学管理」欄
767	B001-3-3	情報通信機器を用いて生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定した場合	情生2	「医学管理」欄
768	B001-4	手術前医学管理料を算定した場合	手前	「医学管理」欄
769	B001-5	手術後医学管理料を算定した場合	手後	「医学管理」欄
770	B001-6	肺血栓塞栓症予防管理料を算定した場合	肺予	「医学管理」欄
771	B001-7	リンパ浮腫指導管理料を算定した場合	リ	「医学管理」欄
772	B001-8	臍ヘルニア圧迫指導管理料を算定した場合	臍ヘ	「医学管理」欄
773	B001-9	療養・就労両立支援指導料(初回)を算定した場合	就労1	「医学管理」欄
774	B001-9	療養・就労両立支援指導料(2回目以降)を算定した場合	就労2	「医学管理」欄
775	B001-9	療養・就労両立支援指導料の相談支援加算を算定した場合	就労相談	「医学管理」欄
776	B001-9	療養・就労両立支援指導料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情就労	「医学管理」欄
777	B001-10	心不全再入院予防継続管理料1を算定した場合	心再予1	「医学管理」欄
778	B001-10	心不全再入院予防継続管理料2を算定した場合	心再予2	「医学管理」欄
779	B001-10	心不全再入院予防継続管理料3を算定した場合	心再予3	「医学管理」欄
780	B001-11	遺伝性疾患療養指導管理料1を算定した場合	遺療指1	「医学管理」欄
781	B001-11	遺伝性疾患療養指導管理料2(初回)を算定した場合	遺療指2イ	「医学管理」欄
782	B001-11	遺伝性疾患療養指導管理料2(2回目)を算定した場合	遺療指2ロ	「医学管理」欄
783	B002	開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合	開Ⅰ	「医学管理」欄
784	B003	開放型病院共同指導料(Ⅱ)を算定した場合	開Ⅱ	「医学管理」欄
785	B004	退院時共同指導料1を算定した場合	退共1	「医学管理」欄
786	B004	退院時共同指導料1を算定している患者に対して特別管理指導加算を算定した場合	特管	「医学管理」欄
787	B005	退院時共同指導料2を算定した場合	退共2	「医学管理」欄
788	B005	退院時共同指導料2の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して指導を行った場合	2者共	「医学管理」欄
789	B005	退院時共同指導料2の多機関共同指導加算を算定した場合	多共	「医学管理」欄
790	B005-1-2	介護支援等連携指導料を算定した場合	介連	「医学管理」欄
791	B005-1-3	介護保険リハビリテーション移行支援料を算定した場合	介リ支	「医学管理」欄
792	B005-4	ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定した場合	ハイⅠ	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
793	B005-5	ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)を算定した場合	ハイⅡ	「医学管理」欄
794	B005-6	がん治療連携計画策定料の「1」を算定した場合	がん策1	「医学管理」欄
795	B005-6	がん治療連携計画策定料の「2」を算定した場合	がん策2	「医学管理」欄
796	B005-6	がん治療連携計画策定料の「2」(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情がん策2	「医学管理」欄
797	B005-6-2	がん治療連携指導料を算定した場合	がん指	「医学管理」欄
798	B005-6-3	がん治療連携管理料の「1」を算定した場合	がん管1	「医学管理」欄
799	B005-6-3	がん治療連携管理料の「2」を算定した場合	がん管2	「医学管理」欄
800	B005-6-3	がん治療連携管理料の「3」を算定した場合	がん管3	「医学管理」欄
801	B005-6-4	外来がん患者在宅連携指導料を算定した場合	外がん連	「医学管理」欄
802	B005-6-4	外来がん患者在宅連携指導料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情外がん連	「医学管理」欄
803	B005-7	認知症専門診断管理料の「1」を算定した場合	認管1	「医学管理」欄
804	B005-7	認知症専門診断管理料の「2」を算定した場合	認管2	「医学管理」欄
805	B005-7-2	認知症療養指導料1を算定した場合	認指1	「医学管理」欄
806	B005-7-2	認知症療養指導料2を算定した場合	認指2	「医学管理」欄
807	B005-7-2	認知症療養指導料3を算定した場合	認指3	「医学管理」欄
808	B005-7-3	認知症サポート指導料を算定した場合	認サ	「医学管理」欄
809	B005-8	肝炎インターフェロン治療計画料を算定した場合	肝計	「医学管理」欄
810	B005-8	肝炎インターフェロン治療計画料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情肝計	「医学管理」欄
811	B005-9	外来排尿自立指導料を算定した場合	外排自	「医学管理」欄
812	B005-10	ハイリスク妊産婦連携指導料1を算定した場合	ハイ妊連1	「医学管理」欄
813	B005-10-2	ハイリスク妊産婦連携指導料2を算定した場合	ハイ妊連2	「医学管理」欄
814	B005-11	遠隔連携診療料(外来診療)を算定した場合	遠連診外	「医学管理」欄
815	B005-11	遠隔連携診療料(訪問診療)を算定した場合	遠連他診訪	「医学管理」欄
816	B005-11	遠隔連携診療料(入院診療)を算定した場合	遠連診入	「医学管理」欄
817	B005-12	こころの連携指導料(Ⅰ)を算定した場合	こ連Ⅰ	「医学管理」欄
818	B005-13	こころの連携指導料(Ⅱ)を算定した場合	こ連Ⅱ	「医学管理」欄
819	B005-14	プログラム医療機器指導管理料を算定した場合	プ管	「医学管理」欄
820	B005-14	プログラム医療機器指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	プ管	「医学管理」欄
821	B006	救急救命管理料を算定した場合	救	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
822	B006-3	退院時リハビリテーション指導料を算定した場合	退リハ	「医学管理」欄
823	B007	退院前訪問指導料を算定した場合	退前	「医学管理」欄
824	B007-2	退院後訪問指導料を算定した場合	退後	「医学管理」欄
825	B007-2	退院後訪問指導料の訪問看護同行加算を算定した場合	退訪同	「医学管理」欄
826	B008	薬剤管理指導料の「1」を算定した場合	薬管1	「医学管理」欄
827	B008	薬剤管理指導料の「2」を算定した場合	薬管2	「医学管理」欄
828	B008	薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻加	「医学管理」欄
829	B008-2	薬剤総合評価調整管理料を算定した場合	薬総評管	「医学管理」欄
830	B008-2	薬剤総合評価調整管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情薬総評管	「医学管理」欄
831	B009	診療情報提供料(Ⅰ)を算定した場合	情Ⅰ	「医学管理」欄
832	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の「注8」に規定する加算を算定した場合	情Ⅰ退	「医学管理」欄
833	B009	診療情報提供料(Ⅰ)のハイリスク妊婦紹介加算を算定した場合	情Ⅰ妊	「医学管理」欄
834	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の認知症専門医療機関紹介加算を算定した場合	情Ⅰ認紹	「医学管理」欄
835	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の認知症専門医療機関連携加算を算定した場合	情Ⅰ認連	「医学管理」欄
836	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の精神科医連携加算を算定した場合	情Ⅰ精	「医学管理」欄
837	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の肝炎インターフェロン治療連携加算を算定した場合	情Ⅰ肝	「医学管理」欄
838	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の歯科医療機関連携加算1を算定した場合	情Ⅰ歯1	「医学管理」欄
839	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の歯科医療機関連携加算2を算定した場合	情Ⅰ歯2	「医学管理」欄
840	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の地域連携診療計画加算を算定した場合	情地連診	「医学管理」欄
841	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の療養情報提供加算を算定した場合	情療養	「医学管理」欄
842	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算を算定した場合	情検画	「医学管理」欄
843	B009-2	電子的診療情報評価料を算定した場合	電診情評	「医学管理」欄
844	B010	診療情報提供料(Ⅱ)を算定した場合	情Ⅱ	「医学管理」欄
845	B010-2	診療情報連携共有料を算定した場合	情共	「医学管理」欄
846	B011	連携強化診療情報提供料を算定した場合	連強情	「医学管理」欄
847	B011-3	薬剤情報提供料を算定した場合	薬情	「医学管理」欄
848	B011-3	薬剤情報提供料の手帳記載加算を算定した場合	手帳	「医学管理」欄
849	B011-4	医療機器安全管理料を算定した場合	医機安	「医学管理」欄
850	B011-5	がんゲノムプロファイリング評価提供料を算定した場合	がんゲ評	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
851	B011-6	栄養情報連携料を算定した場合	栄情	「医学管理」欄
852	B012	傷病手当金意見書交付料を算定した場合	傷	「医学管理」欄
853	B012	傷病手当金意見書交付料を遺族等に対して意見書を交付した場合	相続	「医学管理」欄
854	B013	療養費同意書交付料を算定した場合	療	「医学管理」欄
855	B014	退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合	退薬	「医学管理」欄
856	B014	退院時薬剤情報管理指導料の退院時薬剤情報連携加算を算定した場合	退薬連	「医学管理」欄
857	B015	精神科退院時共同指導料1を算定した場合	精退共1	「医学管理」欄
858	B015	精神科退院時共同指導料2を算定した場合	精退共2	「医学管理」欄
859	第2部通則5	外来感染対策向上加算を算定した場合	在感	「在宅」欄
860	第2部通則5	発熱患者等対応加算を算定した場合	在熱対	「在宅」欄
861	第2部通則6	連携強化加算を算定した場合	在連	「在宅」欄
862	第2部通則7	サーベイランス強化加算を算定した場合	在サ	「在宅」欄
863	第2部通則8	抗菌薬適正使用体制加算を算定した場合	在抗菌適	「在宅」欄
864	C000	在宅療養支援診療所の保険医が往診を行った場合	在支援	「在宅」欄
865	C000	在宅療養支援病院の保険医が往診を行った場合	在支病	「在宅」欄
866	C000 C001	特別往診料を算定した場合 患家との直線距離が16kmを超えた場合又は海路の場合であって、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料を算定した場合	特	「在宅」欄
867	C000 C005 C005-1-2	在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診を行った場合 在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行った場合	支援	「在宅」欄
868	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)「1」の同一建物居住者以外の場合を算定した場合	(Ⅰ)1在宅	「在宅」欄
869	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)「1」の同一建物居住者の場合を算定した場合	(Ⅰ)1同一	「在宅」欄
870	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)「2」の同一建物居住者以外の場合を算定した場合	(Ⅰ)2在宅	「在宅」欄
871	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)「2」の同一建物居住者の場合を算定した場合	(Ⅰ)2同一	「在宅」欄
872	C001-2	在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定した場合	(Ⅱ)	「在宅」欄
873	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、(Ⅱ)の厚生労働大臣が定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合	難病	「在宅」欄
874	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、(Ⅱ)の乳幼児加算を算定した場合	乳	「在宅」欄
875	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の在宅ターミナルケア加算イ又はロを算定した場合 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の在宅ターミナルケア加算を算定した場合	(Ⅰ)タ在、(Ⅰ)タ施 (Ⅱ)タ	「在宅」欄
876	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、(Ⅱ)の酸素療法加算を算定した場合	タ酸	「在宅」欄
877	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、(Ⅱ)の看取り加算を算定した場合	看取	「在宅」欄
878	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、(Ⅱ)の患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合	急性	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
879	C001 C003	在宅医療DX情報活用加算を算定した場合	在DX	「在宅」欄
880	C002	在宅時医学総合管理料の処方箋を交付した場合	在医総管外	「在宅」欄
881	C002	在宅時医学総合管理料の処方箋を交付していない場合	在医総管内	「在宅」欄
882	C002	在宅時医学総合管理料（月１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合）を算定する患者であって処方箋を交付した場合	情在医総管外	「在宅」欄
883	C002	在宅時医学総合管理料（月１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合）を算定する患者であって処方箋を交付していない場合	情在医総管内	「在宅」欄
884	C002	在宅時医学総合管理料の処方箋を交付した場合であって、100分の80に相当する点数を算定した場合	在医総管外減	「在宅」欄
885	C002	在宅時医学総合管理料の処方箋を交付していない場合であって、100分の80に相当する点数を算定した場合	在医総管内減	「在宅」欄
886	C002	在宅時医学総合管理料の100分の60に相当する点数を算定した場合	在医総管減	「在宅」欄
887	C002-2	施設入居時等医学総合管理料の処方箋を交付した場合	施医総管外	「在宅」欄
888	C002-2	施設入居時等医学総合管理料の処方箋を交付していない場合	施医総管内	「在宅」欄
889	C002-2	施設入居時等医学総合管理料の処方箋を交付した場合であって、100分の80に相当する点数を算定した場合	施医総管外減	「在宅」欄
890	C002-2	施設入居時等医学総合管理料の処方箋を交付していない場合であって、100分の80に相当する点数を算定した場合	施医総管内減	「在宅」欄
891	C002	施設入居時等医学総合管理料の100分の60に相当する点数を算定した場合	施医総管減	「在宅」欄
892	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の頻回訪問加算を算定した場合	頻訪加算	「在宅」欄
893	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の在宅移行早期加算を算定した場合	在宅移行	「在宅」欄
894	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の在宅療養移行加算1を算定した場合	在療移1	「在宅」欄
895	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の在宅療養移行加算2を算定した場合	在療移2	「在宅」欄
896	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の在宅療養移行加算3を算定した場合	在療移3	「在宅」欄
897	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の在宅療養移行加算4を算定した場合	在療移4	「在宅」欄
898	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算を算定した場合	包括支援	「在宅」欄
899	C002 C002-2 C003	在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料の在宅データ提出加算を算定した場合	在デ	「在宅」欄
900	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の在宅医療情報連携加算を算定した場合	在療連	「在宅」欄
901	C003	在宅がん医療総合診療料を算定した場合	在医総	「在宅」欄
902	C003	在宅がん医療総合診療料の小児加算を算定した場合	在総小	「在宅」欄
903	C003	在宅がん医療総合診療料の在宅医療情報連携加算を算定した場合	在総連	「在宅」欄
904	C004	救急搬送診療料を算定した場合	搬送診療	「在宅」欄
905	C004	救急搬送診療料の長時間加算を算定した場合	搬送診療長	「在宅」欄
906	C004	救急搬送診療料の重症患者搬送加算を算定した場合	搬送重	「在宅」欄
907	C004-2	救急患者連携搬送料1のイを算定した場合	搬送連1イ	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
908	C004-2	救急患者連携搬送料1のロを算定した場合	搬送連1ロ	「在宅」欄
909	C004-2	救急患者連携搬送料2のイを算定した場合	搬送連2イ	「在宅」欄
910	C004-2	救急患者連携搬送料2のロを算定した場合	搬送連2ロ	「在宅」欄
911	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合	訪問看護 訪問看護(同一)	「在宅」欄
912	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の厚生労働大臣の定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合	訪問看護難病 訪問看護難病(同一)	「在宅」欄
913	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の急性増悪等により頻回な訪問看護を必要とする患者に対して行った場合	訪問看護急性 訪問看護急性(同一)	「在宅」欄
914	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	訪問看護専門 訪問看護専門(同一)	「在宅」欄
915	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算を算定した場合	複	「在宅」欄
916	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の緊急訪問看護加算を算定した場合	訪問看護緊急 訪問看護緊急(同一)	「在宅」欄
917	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の長時間訪問看護・指導加算を別に厚生労働大臣が定める者に算定した場合	訪問看護別定長時 訪問看護別定長時(同一)	「在宅」欄
918	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の長時間訪問看護・指導加算を別に厚生労働大臣が定める者以外の者に算定した場合	訪問看護長時 訪問看護長時(同一)	「在宅」欄
919	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の乳幼児加算を算定した場合	訪問看護乳 訪問看護乳(同一)	「在宅」欄
920	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護加算(保健師、助産師又は看護師)を算定した場合	複訪看看	「在宅」欄
921	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護加算(准看護師)を算定した場合	複訪看准	「在宅」欄
922	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護加算(看護補助者)を算定した場合(別に厚生労働大臣が定める場合を除く。)	複訪看補ハ	「在宅」欄
923	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護加算(看護補助者)を算定した場合(別に厚生労働大臣が定める場合)	複訪看補ニ	「在宅」欄
924	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料の在宅患者連携指導加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者連携指導加算	訪問看護連携 訪問看護連携(同一)	「在宅」欄
925	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料の在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合	訪問看護カン 訪問看護カン(同一)	「在宅」欄
926	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定した場合(在宅で死亡した患者)	タ在 同タ在	「在宅」欄
927	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定した場合(特別養護老人ホーム等で死亡した患者)	タ施 同タ施	「在宅」欄
928	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅移行管理加算を算定した場合	移	「在宅」欄
929	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅移行管理重症者加算を算定した場合	移重症	「在宅」欄
930	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の夜間・早朝訪問看護加算を算定した場合	夜早	「在宅」欄
931	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の深夜訪問看護加算を算定した場合	深	「在宅」欄
932	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の看護・介護職員連携強化加算を算定した場合	訪問看護看介 訪問看護看介(同一)	「在宅」欄
933	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の特別地域訪問看護加算のイを算定した場合	訪問看護特地イ 訪問看護特地イ(同一)	「在宅」欄
934	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の特別地域訪問看護加算のロを算定した場合	訪問看護特地ロ 訪問看護特地ロ(同一)	「在宅」欄
935	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の注~~16~~専門管理加算のイを算定した場合	訪問特研イ	「在宅」欄
936	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の注~~16~~専門管理加算のロを算定した場合	訪問特研ロ	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
937	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の訪問看護医療DX情報活用加算を算定した場合	在訪DX	「在宅」欄
938	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の遠隔死亡診断補助加算を算定した場合	遠診	「在宅」欄
939	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の訪問看護医療情報連携加算を算定した場合	訪看情連	「在宅」欄
940	C005-1-3	訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合	訪看遠診助	「在宅」欄
941	C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定した場合	訪問点滴	「在宅」欄
942	C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料に用いる注射薬を支給した場合	訪点	「在宅」欄
943	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「１」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問リハビリテーションを行った場合	訪問リ在宅	「在宅」欄
944	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「２」の同一建物居住者である患者に対して訪問リハビリテーションを行った場合	訪問リ同一	「在宅」欄
945	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を必要とする患者に対して行った場合	急性	「在宅」欄
946	C007	訪問看護指示料を算定した場合	訪問指示	「在宅」欄
947	C007	訪問看護指示料の特別訪問看護指示加算を算定した場合	特別指示	「在宅」欄
948	C007	訪問看護指示料の衛生材料等提供加算を算定した場合	衛材提供	「在宅」欄
949	C007	訪問看護指示料の手順書加算を算定した場合	訪看手	「在宅」欄
950	C007-2	介護職員等喀痰吸引等指示料を算定した場合	喀痰指示	「在宅」欄
951	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合	訪問薬剤	「在宅」欄
952	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻加	「在宅」欄
953	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳幼	「在宅」欄
954	C009	在宅患者訪問栄養食事指導料1を算定した場合	訪問栄養1	「在宅」欄
955	C009	在宅患者訪問栄養食事指導料2を算定した場合	訪問栄養2	「在宅」欄
956	C010	在宅患者連携指導料を算定した場合	在宅連携	「在宅」欄
957	C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した場合	在宅緊急	「在宅」欄
958	C012	在宅患者共同診療料の15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とした場合	在共	「在宅」欄
959	C012-2	訪問診療薬剤師同時指導料を算定した場合	訪医薬同	「在宅」欄
960	C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定した場合	在褥	「在宅」欄
961	C014	外来在宅共同指導料1を算定した場合	外在共1	「在宅」欄
962	C014	外来在宅共同指導料2を算定した場合	外在共2	「在宅」欄
963	C015	在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料を算定した場合	在緊連	「在宅」欄
964	C100	退院前在宅療養指導管理料を算定した場合	前	「在宅」欄
965	C100	退院前在宅療養指導管理料の乳幼児加算を算定した場合	乳幼	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
966	C101	在宅自己注射指導管理料を算定した場合	注	「在宅」欄
967	C101	在宅自己注射指導管理料のバイオ後続品導入初期加算を算定した場合	在バイオ	「在宅」欄
968	C101	在宅自己注射指導管理料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	情注	「在宅」欄
969	C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定した場合	在小血糖	「在宅」欄
970	C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1を算定した場合	在妊糖1	「在宅」欄
971	C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2を算定した場合	在妊糖2	「在宅」欄
972	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料1を算定した場合	灌1	「在宅」欄
973	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料1の遠隔モニタリング加算を算定した場合	遠モニ	「在宅」欄
974	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料2を算定した場合	灌2	「在宅」欄
975	C102-2	在宅血液透析指導管理料を算定した場合	在透	「在宅」欄
976	C103	在宅酸素療法指導管理料を算定した場合	酸	「在宅」欄
977	C103	在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算を算定した場合	遠モニ	「在宅」欄
978	C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定した場合	中	「在宅」欄
979	C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合	経	「在宅」欄
980	C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料を算定した場合	小経	「在宅」欄
981	C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合	半固形	「在宅」欄
982	C106	在宅自己導尿指導管理料を算定した場合	尿	「在宅」欄
983	C107	在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合	人	「在宅」欄
984	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1を算定した場合	持呼1	「在宅」欄
985	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定した場合	持呼2	「在宅」欄
986	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算を算定した場合	遠モニ	「在宅」欄
987	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	持呼情	「在宅」欄
988	C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料1を算定した場合	ハイセ1	「在宅」欄
989	C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料2を算定した場合	ハイセ2	「在宅」欄
990	C108	在宅麻薬等注射指導管理料（悪性腫瘍の場合）を算定した場合	在麻注悪	「在宅」欄
991	C108	在宅麻薬等注射指導管理料（筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合）を算定した場合	在麻注筋	「在宅」欄
992	C108	在宅麻薬等注射指導管理料（心不全、呼吸器疾患又は腎不全の場合）を算定した場合	在麻注心呼腎	「在宅」欄
993	C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定した場合	在悪共	「在宅」欄
994	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定した場合	寝	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
995	C110	在宅自己疼痛管理指導管理料を算定した場合	疼	「在宅」欄
996	C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料を算定した場合	振	「在宅」欄
997	C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	振情	「在宅」欄
998	C110-2 C110-3	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料又は在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の導入期加算を算定した場合	導入期	「在宅」欄
999	C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料を算定した場合	迷	「在宅」欄
1000	C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料を算定した場合	仙	「在宅」欄
1001	C110-5	在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料を算定した場合	舌電	「在宅」欄
1002	C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料を算定した場合	肺	「在宅」欄
1003	C112	在宅気管切開患者指導管理料を算定した場合	気	「在宅」欄
1004	C112-2	在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定した場合	喉摘	「在宅」欄
1005	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定した場合	難皮	「在宅」欄
1006	C116	在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料を算定した場合	植心非拍	「在宅」欄
1007	C117	在宅経腸投薬指導管理料を算定した場合	経腸投	「在宅」欄
1008	C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料を算定した場合	電場	「在宅」欄
1009	C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料を算定した場合	洗腸	「在宅」欄
1010	C120	在宅中耳加圧療法指導管理料を算定した場合	中加	「在宅」欄
1011	C121	在宅抗菌薬吸入療法指導管理料を算定した場合	抗吸	「在宅」欄
1012	C150	血糖自己測定器加算を算定した場合	注糖	「在宅」欄
1013	C150	血糖自己測定器加算の血中ケトン体自己測定器加算を算定した場合	ケト	「在宅」欄
1014	C151	注入器加算を算定した場合	入	「在宅」欄
1015	C152	間歇注入シリンジポンプ加算を算定した場合	間	「在宅」欄
1016	C152-2	持続血糖測定器加算を算定した場合	持血	「在宅」欄
1017	C152-3	経腸投薬用ポンプ加算を算定した場合	経腸ポ	「在宅」欄
1018	C153	注入器用注射針加算を算定した場合	針	「在宅」欄
1019	C154	紫外線殺菌器加算を算定した場合	紫	「在宅」欄
1020	C155	自動腹膜灌流装置加算を算定した場合	自腹	「在宅」欄
1021	C156	透析液供給装置加算を算定した場合	透液	「在宅」欄
1022	C157	酸素ボンベ加算を算定した場合	ボ	「在宅」欄
1023	C157 C159	酸素ボンベ加算及び液化酸素装置加算について携帯用又は携帯型を用いた場合	携	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1024	C158	酸素濃縮装置加算を算定した場合	濃	「在宅」欄
1025	C159	液化酸素装置加算を算定した場合	液	「在宅」欄
1026	C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算を算定した場合	呼	「在宅」欄
1027	C160	在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算を算定した場合	輸	「在宅」欄
1028	C161	注入ポンプ加算を算定した場合	注ポ	「在宅」欄
1029	C161	注入ポンプ加算（在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料）を算定した場合	悪ポ	「在宅」欄
1030	C162	在宅経管栄養法用栄養管セット加算を算定した場合	管	「在宅」欄
1031	C163	特殊カテーテル加算の「１」を算定した場合	サ	「在宅」欄
1032	C163	特殊カテーテル加算の「２」を算定した場合	カ	「在宅」欄
1033	C163	特殊カテーテル加算の「３」を算定した場合	バ	「在宅」欄
1034	C164	人工呼吸器加算のうち、陽圧式人工呼吸器を使用した場合	陽呼	「在宅」欄
1035	C164	人工呼吸器加算のうち、鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合	鼻呼	「在宅」欄
1036	C164	人工呼吸器加算のうち、陰圧式人工呼吸器を使用した場合	陰呼	「在宅」欄
1037	C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「１」を算定した場合	持呼加1	「在宅」欄
1038	C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「２」を算定した場合	持呼加2	「在宅」欄
1039	C166	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算を算定した場合	携ポ	「在宅」欄
1040	C167	疼痛等管理用送信器加算を算定した場合	疼信	「在宅」欄
1041	C168	携帯型精密輸液ポンプ加算を算定した場合	肺ポ	「在宅」欄
1042	C168-2	携帯型精密ネブライザ加算を算定した場合	精ネ	「在宅」欄
1043	C169	気管切開患者用人工鼻加算を算定した場合	気鼻	「在宅」欄
1044	C170	排痰補助装置加算を算定した場合	排痰	「在宅」欄
1045	C171	在宅酸素療法材料加算を算定した場合	酸材	「在宅」欄
1046	C171-2	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算を算定した場合	持材	「在宅」欄
1047	C171-3	在宅ハイフローセラピー材料加算を算定した場合	ハイ材	「在宅」欄
1048	C173	横隔神経電気刺激装置加算を算定した場合	横電	「在宅」欄
1049	C174	在宅ハイフローセラピー装置加算を算定した場合	ハイ装	「在宅」欄
1050	C175	在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算を算定した場合	吸ネブ	「在宅」欄
1051	D005	特殊染色加算を算定した場合	特染	「検査・病理」欄
1052	D009の8	前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原(PSA)を2回以上算定した場合	未確	「検査・病理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1053	D014の23	関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定した場合	未確	「検査・病理」欄
1054	D018	嫌気性培養加算を算定した場合	嫌培	「検査・病理」欄
1055	D025	基本的検体検査実施料を算定した場合	基検	「検査・病理」欄
1056	D026	尿・糞便等検査判断料を算定した場合	判尿	「検査・病理」欄
1057	D026	遺伝子関連・染色体検査判断料	判遺	「検査・病理」欄
1058	D026	血液学的検査判断料を算定した場合	判血	「検査・病理」欄
1059	D026	生化学的検査(Ⅰ)判断料を算定した場合	判生Ⅰ	「検査・病理」欄
1060	D026	生化学的検査(Ⅱ)判断料を算定した場合	判生Ⅱ	「検査・病理」欄
1061	D026	免疫学的検査判断料を算定した場合	判免	「検査・病理」欄
1062	D026	微生物学的検査判断料を算定した場合	判微	「検査・病理」欄
1063	D026	検体検査管理加算(Ⅰ)を算定した場合	検管Ⅰ	「検査・病理」欄
1064	D026	検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合	検管Ⅱ	「検査・病理」欄
1065	D026	検体検査管理加算(Ⅲ)を算定した場合	検管Ⅲ	「検査・病理」欄
1066	D026	検体検査管理加算(Ⅳ)を算定した場合	検管Ⅳ	「検査・病理」欄
1067	D026	国際標準検査管理加算を算定した場合	国標検	「検査・病理」欄
1068	D026	骨髄像診断加算を算定した場合	骨診	「検査・病理」欄
1069	D027	基本的検体検査判断料を算定した場合	判基	「検査・病理」欄
1070	D205	呼吸機能検査等判断料を算定した場合	判呼	「検査・病理」欄
1071	D206	血管内超音波検査加算を算定した場合	血超	「検査・病理」欄
1072	D206	血管内光断層撮影加算を算定した場合	血光断	「検査・病理」欄
1073	D206	冠動脈血流予備能測定検査加算を算定した場合	冠血予	「検査・病理」欄
1074	D206	血管内視鏡検査加算を算定した場合	血内	「検査・病理」欄
1075	D206	心腔内超音波検査加算を算定した場合	心超	「検査・病理」欄
1076	D215-2	肝硬度測定を3月に2回以上算定した場合	複肝	「検査・病理」欄
1077	D215-3	超音波エラストグラフィーを3月に2回以上算定した場合	複エ	「検査・病理」欄
1078	D217	大腿骨同時撮影加算を算定した場合	腿撮	「検査・病理」欄
1079	D238	脳波検査判断料1を算定した場合	判脳1	「検査・病理」欄
1080	D238	脳波検査判断料2を算定した場合	判脳2	「検査・病理」欄
1081	D241	神経・筋検査判断料を算定した場合	判神	「検査・病理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1082	D256	広角眼底撮影加算を算定した場合	広眼	「検査・病理」欄
1083	D294	ラジオアイソトープ検査判断料を算定した場合	判ラ	「検査・病理」欄
1084	D306 D308 D310 D312 D313	粘膜点墨法加算を算定した場合	墨	「検査・病理」欄
1085	D306 D308 D313 D317 D317-2	狭帯域光強調加算を算定した場合	狭光	「検査・病理」欄
1086	D415	経気管肺生検法のガイドシース加算を算定した場合	ガ	「検査・病理」欄
1087	D415	経気管肺生検法のCT透視下気管支鏡検査加算を算定した場合	CT気	「検査・病理」欄
1088	第1節 第1款通則1	時間外緊急院内検査加算を算定した場合	緊検	「検査・病理」欄
1089	第1節 第1款通則3	外来迅速検体検査加算を算定した場合	外迅検	「検査・病理」欄
1090	第3節内視鏡検査通則1	超音波内視鏡検査加算を算定した場合	超内	「検査・病理」欄
1091	第4部	電子画像管理加算（エックス線診断料、核医学診断料又はコンピューター断層撮影診断料）を算定した場合	電画	「画像診断」欄
1092	第4部	別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合	画診共同	「画像診断」欄
1093	第4部通則3	時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合	緊画	「画像診断」欄
1094	第4部通則4	写真診断について、画像診断管理加算1を算定した場合	写画1	「画像診断」欄
1095	第4部通則4	基本的エックス線診断について、画像診断管理加算1を算定した場合	基画1	「画像診断」欄
1096	第4部通則4	核医学診断について、画像診断管理加算1を算定した場合	核画1	「画像診断」欄
1097	第4部通則4	コンピューター断層診断について、画像診断管理加算1を算定した場合	コ画1	「画像診断」欄
1098	第4部通則5	核医学診断について、画像診断管理加算2を算定した場合	核画2	「画像診断」欄
1099	第4部通則5	コンピューター断層診断について、画像診断管理加算2を算定した場合	コ画2	「画像診断」欄
1100	第4部通則5	核医学診断について、画像診断管理加算2（一部委託を行う場合）を算定した場合	核画2委	「画像診断」欄
1101	第4部通則5	コンピューター断層診断について、画像診断管理加算2（一部委託を行う場合）を算定した場合	コ画2委	「画像診断」欄
1102	第4部通則5	核医学診断について、画像診断管理加算3を算定した場合	核画3	「画像診断」欄
1103	第4部通則5	コンピューター断層診断について、画像診断管理加算3を算定した場合	コ画3	「画像診断」欄
1104	第4部通則5	核医学診断について、画像診断管理加算4を算定した場合	核画4	「画像診断」欄
1105	第4部通則5	コンピューター断層診断について、画像診断管理加算4を算定した場合	コ画4	「画像診断」欄
1106	E004	基本的エックス線診断料を算定した場合	基エ	「画像診断」欄
1107	F100	特定疾患処方管理加算を算定した場合	特処	「投薬」欄
1108	F100	抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合	抗悪	「投薬」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1109	F100	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1を算定した場合	地外薬供1	「投薬」欄
1110	F100	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2を算定した場合	地外薬供2	「投薬」欄
1111	F100	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3を算定した場合	地外薬供3	「投薬」欄
1112	F100	向精神薬調整連携加算を算定した場合	向調連	「投薬」欄
1113	F200	初診料の注2、注3又は外来診療料の注2、注3を算定する保険医療機関において投与期間が30日以上の処方をし、薬剤料を所定点数の合計の100分の40に相当する点数で算定した場合 常態として、内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合	減	「投薬」欄
1114	F200	1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬を4種類以上投与した場合であって、薬剤料（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係るものに限る。）を所定点数の100分の80に相当する点数で算定した場合	精減	「投薬」欄
1115	F500	院内製剤加算を算定した場合	院	「投薬」欄
1116	－	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合	薬評	「投薬」欄
1117	F400	特定疾患処方管理加算を算定した場合	特処	「その他」欄
1118	F400	抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合	抗悪	「その他」欄
1119	F400	一般名処方加算1を算定した場合	一般1	「その他」欄
1120	F400	一般名処方加算2を算定した場合	一般2	「その他」欄
1121	F400	向精神薬調整連携加算を算定した場合	向調連	「その他」欄
1122	第6部通則6	外来化学療法加算1を算定した場合	化1	「注射」欄
1123	第6部通則6	外来化学療法加算2を算定した場合	化2	「注射」欄
1124	第6部通則7	バイオ後続品導入初期加算を算定した場合	バイオ	「注射」欄
1125	第6部通則10	看護師等遠隔診療注射実施料	看遠診注	「注射」欄
1126	G004 G005	点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤加算を算定した場合	血漿	「注射」欄
1127	G020	無菌製剤処理料の「1」を算定した場合	菌1	「注射」欄
1128	G020	無菌製剤処理料の「2」を算定した場合	菌2	「注射」欄
1129	G020	無菌製剤処理料の「1」を算定した場合であって、閉鎖式接続器具を使用した場合	菌1器具	「注射」欄
1130	G020	無菌製剤処理料の「1」の「イ」を算定した場合であって、投与時閉鎖式接続器具使用加算を算定した場合	菌1器投	「注射」欄
1131	G100	特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数が上限点数を超える場合	その他薬剤	「注射」欄
1132	－	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合	薬評	「注射」欄
1133	H000 H001 H001-2 H002 H003	早期リハビリテーション加算を算定した場合	早リ加	「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1134	H000 H001 H001-2 H002 H003	初期加算を算定した場合	初期	「その他」欄
1135	H000 H001 H001-2 H002 H003	急性期リハビリテーション加算を算定した場合	急リ加	「その他」欄
1136	H000 H001 H001-2 H002 H003	休日リハビリテーション加算を算定した場合	休リ加	「その他」欄
1137	H000 H001 H001-2 H002 H003	100分の90に相当する点数により算定した場合	離床減	「その他」欄
1138	H001 H001-2 H002	入院中の要介護被保険者等に対して、標準算定日数を超えて、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料の100分の90に相当する点数により算定した場合	介離減	「その他」欄
1139	H003-2	リハビリテーション総合計画評価料の「1」を算定した場合	リハ総評1	「その他」欄
1140	H003-2	リハビリテーション総合計画評価料の「2」を算定した場合	リハ総評2	「その他」欄
1141	H006	短期集中リハビリテーション実施加算を算定した場合	短リ加	「その他」欄
1142	H007-4	リンパ浮腫複合的治療料の「1」を算定した場合	リ複治1	「その他」欄
1143	H007-4	リンパ浮腫複合的治療料の「2」を算定した場合	リ複治2	「その他」欄
1144	I001 I002 I011	家族等に対する入院精神療法、通院・在宅精神療法又は精神科退院指導料を算定した場合	家族	「その他」欄
1145	I002	通院・在宅精神療法の100分の50に相当する点数を算定した場合	精多剤減	「その他」欄
1146	I002	通院・在宅精神療法の100分の60に相当する点数を算定した場合	精非指減	「その他」欄
1147	I002 I002-2	通院・在宅精神療法又は精神科継続外来支援・指導料の特定薬剤副作用評価加算を算定した場合	副評	「その他」欄
1148	I002-2	精神科継続外来支援・指導料の療養生活環境を整備するための加算を算定した場合	精外療加	「その他」欄
1149	I008-2	入院中の患者に精神科ショート・ケアを算定した場合	他精シ	「その他」欄
1150	I008-2 I009 I010 I010-2 I015	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケア料の早期加算を算定した場合	早	「その他」欄
1151	I009	入院中の患者に精神科デイ・ケアを算定した場合	他精デ	「その他」欄
1152	I009 I010 I010-2	精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの100分の90に相当する点数を算定した場合	精長減	「その他」欄
1153	I010-2	精神科デイ・ナイト・ケアの疾患別等診療計画加算を算定した場合	疾計	「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1154	I011-2	精神科退院前訪問指導料の必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合	複職	「その他」欄
1155	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)を算定した場合	精訪看Ⅰ	「その他」欄
1156	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を算定した場合	精訪看Ⅲ	「その他」欄
1157	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の急性増悪により頻回な精神科訪問看護を必要とする患者に対して行った場合	精訪看Ⅰ急性	「その他」欄
1158	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の急性増悪により頻回な精神科訪問看護を必要とする患者に対して行った場合	精訪看Ⅲ急性	「その他」欄
1159	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅰ複訪看看	「その他」欄
1160	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅲ複訪看看	「その他」欄
1161	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅰ複訪看准	「その他」欄
1162	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅲ複訪看准	「その他」欄
1163	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅰ複訪看補	「その他」欄
1164	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅲ複訪看補	「その他」欄
1165	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の長時間精神科訪問看護・指導加算を算定した場合	精訪看Ⅰ長時	「その他」欄
1166	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の長時間精神科訪問看護・指導加算を算定した場合	精訪看Ⅲ長時	「その他」欄
1167	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の夜間・早朝訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅰ夜早	「その他」欄
1168	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の夜間・早朝訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅲ夜早	「その他」欄
1169	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の深夜訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅰ深	「その他」欄
1170	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の深夜訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅲ深	「その他」欄
1171	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の精神科緊急訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅰ緊急	「その他」欄
1172	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の精神科緊急訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅲ緊急	「その他」欄
1173	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の精神科複数回訪問加算を算定した場合	精訪看Ⅰ複	「その他」欄
1174	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の精神科複数回訪問加算を算定した場合	精訪看Ⅲ複	「その他」欄
1175	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の看護・介護職員連携強化加算を算定した場合	精訪看Ⅰ看介	「その他」欄
1176	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の看護・介護職員連携強化加算を算定した場合	精訪看Ⅲ看介	「その他」欄
1177	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の特別地域訪問看護加算のイを算定した場合	精訪看Ⅰ特地イ	「その他」欄
1178	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の特別地域訪問看護加算のロを算定した場合	精訪看Ⅰ特地ロ	「その他」欄
1179	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の特別地域訪問看護加算のイを算定した場合	精訪看Ⅲ特地イ	「その他」欄
1180	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の特別地域訪問看護加算のロを算定した場合	精訪看Ⅲ特地ロ	「その他」欄
1181	I012	精神科訪問看護・指導料の外来感染対策向上加算を算定した場合	精外感	「その他」欄
1182	I012	精神科訪問看護・指導料の発熱患者等対応加算を算定した場合	精熱対	「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1183	I012	精神科訪問看護・指導料のサーベイランス強化加算を算定した場合	精サ	「その他」欄
1184	I012	精神科訪問看護・指導料の抗菌薬適正使用体制加算を算定した場合	精抗菌適	「その他」欄
1185	I012	精神科訪問看護・指導料の訪問看護医療DX情報活用加算を算定した場合	精訪DX	「その他」欄
1186	I012-2	精神科訪問看護指示料を算定した場合	精訪指示	「その他」欄
1187	I012-2	精神科訪問看護指示料の衛生材料等提供加算を算定した場合	衛材提供	「その他」欄
1188	I012-2	精神科訪問看護指示料の精神科特別訪問看護指示加算を算定した場合	精特指示	「その他」欄
1189	I012-2	精神科訪問看護指示料の手順書加算を算定した場合	精訪看手	「その他」欄
1190	I013	抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「１」持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合	持精	「その他」欄
1191	I013	抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「２」治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定した場合	治統	「その他」欄
1192	I015	重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合	認デイ	「その他」欄
1193	I015	重度認知症患者デイ・ケア料の夜間ケア加算を算定した場合	夜ケ	「その他」欄
1194	I016	精神科在宅患者支援管理料を算定した場合	精在支	「その他」欄
1195	第９部通則５ 第10部通則12 第11部通則３	処置、手術又は麻酔の時間外加算を算定した場合	外	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1196	第９部通則５ 第10部通則12 第11部通則３	処置、手術又は麻酔の休日加算を算定した場合	休	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1197	第９部通則５ 第10部通則12 第11部通則３	処置、手術又は麻酔の深夜加算を算定した場合	深	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1198	第９部通則５ 第10部通則12 第11部通則３	処置、手術又は麻酔の時間外加算の特例を算定した場合	特外	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1199	第９部通則９	看護師等遠隔診療処置実施料	看遠診処	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1200	第10部通則14	「複数手術に係る費用の特例を定める件」（平成30年厚生労働省告示第72号）に規定する複数手術を同時に行った場合	（併施）	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1201	第10部通則７	手術の1,500グラム未満の児加算を算定した場合	未満	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1202	第10部通則８ 第11部通則２	手術の幼児（３歳以上６歳未満）加算を算定した場合 麻酔の幼児（１歳以上３歳未満）加算を算定した場合	幼	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1203	第11部通則２	麻酔の未熟児加算を算定した場合	未	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1204	第９部第１節 第10部通則７ 第11部通則２	処置の新生児加算を算定した場合 手術の新生児（1,500グラム未満の児を除く）加算を算定した場合 麻酔の新生児加算を算定した場合	新	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1205	第９部第１節 第10部通則８	処置の乳幼児（６歳未満）加算を算定した場合 手術の乳幼児（３歳未満）加算を算定した場合	乳幼	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
1206	第10部通則22	臓器移植実施体制確保加算を算定した場合	移植確	「手術・麻酔」欄
1207	第10部通則23	外科医療確保特別加算を算定した場合	外確特	「手術・麻酔」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1208	J038	人工腎臓の透析液水質確保加算を算定した場合	水	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1209	J038 J038-2	人工腎臓又は持続緩徐式血液濾過の障害者等加算を算定した場合	障	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1210	－	180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者であって厚生労働大臣が定める状態にあるもの（「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成18年厚生労働省告示第498号）第九のトに該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合 90日を超える期間一般病棟に入院している患者であって特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの（平成20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者）のうち、同別表第四の第七号に該当する患者について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合	洗浄	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1211	－	90日を超える期間一般病棟に入院している患者であって特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの（平成20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者）のうち、同別表第四の第八号に該当する患者について喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出を算定した場合	頻回	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1212	K014	皮膚移植術（生体・培養）を行った場合	膚	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1213	K514-6	生体部分肺移植術を行った場合	肺	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1214	K697-5	生体部分肝移植を行った場合	肝	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1215	K780-2	生体腎移植術を行った場合	腎	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1216	K920-2	輸血管理料Ⅰを算定した場合	輸管Ⅰ	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1217	K920-2	輸血管理料Ⅱを算定した場合	輸管Ⅱ	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1218	K922	造血幹細胞移植のうち同種移植を行った場合	造	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1219	第11部通則2	麻酔の乳児加算を算定した場合	乳	「手術・麻酔」欄
1220	L009	麻酔管理料（Ⅰ）を算定した場合	麻管Ⅰ	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1221	L010	麻酔管理料（Ⅱ）を算定した場合	麻管Ⅱ	「処置」欄又は「手術・麻酔」欄
1222	第12部	放射線治療料を算定した場合	放	「その他」欄
1223	第12部通則3	小児放射線治療加算（新生児）を算定した場合	新	「その他」欄
1224	第12部通則3	小児放射線治療加算（3歳未満の乳幼児（新生児を除く））を算定した場合	乳幼	「その他」欄
1225	第12部通則3	小児放射線治療加算（3歳以上6歳未満の幼児）を算定した場合	幼児	「その他」欄
1226	第12部通則3	小児放射線治療加算（6歳以上15歳未満の小児）を算定した場合	小児	「その他」欄
1227	M000	放射線治療管理料を算定した場合	放管	「その他」欄
1228	M000-2	放射性同位元素内用療法管理料を算定した場合	放内	「その他」欄
1229	M001	体外照射の画像誘導放射線治療加算を算定した場合	画誘	「その他」欄
1230	M001	体外照射の体外照射呼吸性移動対策加算を算定した場合	体呼	「その他」欄
1231	M001-3	定位放射線治療呼吸性移動対策加算を算定した場合	定呼	「その他」欄
1232	M004	密封小線源治療に当たって、気管・気管支用アプリケータを使用した場合	気アプ	「その他」欄
1233	M004	密封小線源治療に当たって、食道アプリケータを使用した場合	食アプ	「その他」欄
1234	N002	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合	4免	「検査・病理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1235	N006	病理診断料の組織診断料を算定した場合	判組診	「検査・病理」欄
1236	N006	病理診断料の細胞診断料を算定した場合	判細診	「検査・病理」欄
1237	N006	病理診断管理加算1を算定した場合	病管1	「検査・病理」欄
1238	N006	病理診断管理加算2を算定した場合	病管2	「検査・病理」欄
1239	N006	国際標準病理診断管理加算を算定した場合	国標病	「検査・病理」欄
1240	N007	病理判断料を算定した場合	判病判	「検査・病理」欄
1241	O000	看護職員処遇改善評価料１～165を算定した場合	看処遇● （※●は1から165の算定する数字を記載）	「その他」欄
1242	O001	外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）初診時を算定した場合	外ベアＩ初	「その他」欄
1243	O001	外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）再診時を算定した場合	外ベアＩ再	「その他」欄
1244	O001	外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）訪問診療時のイを算定した場合	外ベアＩ訪同	「その他」欄
1245	O001	外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）訪問診療時のロを算定した場合	外ベアＩ訪他	「その他」欄
1246	O002	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１～24の初診時又は訪問診療を算定した場合	外ベアⅡ● （※●は1から24の算定する数字を記載）	「その他」欄
1247	O002	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１～24の再診時等を算定した場合	外ベアⅡ再● （※●は1から24の算定する数字を記載）	「その他」欄
1248	O003	入院ベースアップ評価料１～500を算定した場合	入ベア● （※●は1から500の算定する数字を記載）	「その他」欄
1249	O100	外来・在宅物価対応料初診時を算定した場合	外物価初	「その他」欄
1250	O100	外来・在宅物価対応料再診時を算定した場合	外物価再	「その他」欄
1251	O100	外来・在宅物価対応料訪問診療時を算定した場合	外物価訪	「その他」欄
1252	O100	入院物価対応料イ～ヘンを算定した場合	入物価● （※●はイからヘンの算定する記号を記載）	「その他」欄
1253	第3章	施設入所者自己腹膜灌流薬剤料を算定した場合	灌薬	「在宅」欄
1254	第3章	施設入所者共同指導料を算定した場合	施設指導	「その他」欄

※　略号については、複初　等と四角囲みをし記載することとするが、電子計算機の場合は、□に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

※　複数の略号を組み合わせて所定点数を算出する場合は、それぞれの略号を連記すること。

別表Ⅴ　診療行為名称等の略号一覧（歯科）

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
1	A000	初診料に係る時間外加算の特例を算定した場合 ※電子計算機の場合は全体の「その他」欄に表示	特	初診 「時間外」の文字の上※
2	A000	地域歯科医療加算を算定した場合	地歯	全体「その他」欄
3	A000	電子的歯科診療情報連携体制整備加算1を算定した場合	医歯DX1	全体「その他」欄
4	A000	電子的歯科診療情報連携体制整備加算2を算定した場合	歯DX2	全体「その他」欄
5	A000	情報通信機器を用いた初診を算定した場合	情初診	全体 「その他」欄
6	A002	再診料に係る時間外加算の特例を算定した場合 ※電子計算機の場合は全体の「その他」欄に表示	特	再診 「時間外」の文字の上※
7	A002	地域歯科医療加算を算定した場合	地歯	全体「その他」欄
8	A002	電子的歯科診療情報連携体制整備加算を算定した場合	歯DX	全体「その他」欄
9	A002	情報通信機器を用いた再診を算定した場合	情再診	全体 「その他」欄
10	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料1を算定した場合	周計1	管理・リハ 「その他」欄
11	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料2を算定した場合	周計2	管理・リハ 「その他」欄
12	B000-6	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）の手術前	周前（Ⅰ）	管理・リハ 「その他」欄
13	B000-6	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）の手術後	周後（Ⅰ）	管理・リハ 「その他」欄
14	B000-7	周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の手術前	周前（Ⅱ）	管理・リハ 「その他」欄
15	B000-7	周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の手術後	周後（Ⅱ）	管理・リハ 「その他」欄
16	B000-8	周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）	周（Ⅲ）	管理・リハ 「その他」欄
17	B000-9	周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）	周（Ⅳ）	管理・リハ 「その他」欄
18	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料1を算定した場合	回計１	管理・リハ 「その他」欄
19	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料2を算定した場合	回計２	管理・リハ 「その他」欄
20	B000-11	回復期等口腔機能管理料	回機能	管理・リハ 「その他」欄
21	B002	歯科特定疾患療養管理料を算定した場合	特疾管	全体 「その他」欄
22	B002	歯科特定疾患療養管理料に係る共同療養指導計画加算を算定した場合	共計	全体 「その他」欄
23	B002	歯科特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	情特疾管	管理・リハ 「その他」欄
24	B003	特定薬剤治療管理料を算定した場合	薬	全体 「その他」欄
25	B004	悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合	悪	全体 「その他」欄
26	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料1（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投1	全体 「その他」欄
27	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料1（イ以外の必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管1	全体 「その他」欄
28	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料2（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投2	全体 「その他」欄
29	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料2（イ以外の必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管2	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
30	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料3（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投3	全体 「その他」欄
31	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料3（イ以外の必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管3	全体 「その他」欄
32	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料の連携充実加算を算定した場合	連充	全体 「その他」欄
33	B004-2	手術前医学管理料を算定した場合	手前	全体 「その他」欄
34	B004-3	手術後医学管理料を算定した場合	手後	全体 「その他」欄
35	B004-6-2	歯科治療時医療管理料を算定した場合	医管	管理・リハ 「その他」欄
36	B005	開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定した場合	開Ⅰ	全体 「その他」欄
37	B006	開放型病院共同指導料（Ⅱ）を算定した場合	開Ⅱ	全体 「その他」欄
38	B006-3-4	療養・就労両立支援指導料を算定した場合	就労	全体 「その他」欄
39	B006-3-5	こころの連携指導料（Ⅰ）を算定した場合	こ連Ⅰ	全体 「その他」欄
40	B006－4	歯科遠隔連携診療料を算定した場合	歯遠隔	全体 「その他」欄
41	B007	退院前訪問指導料を算定した場合	退前	全体 「その他」欄
42	B008	薬剤管理指導料「1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合」を算定した場合	薬管1	全体 「その他」欄
43	B008	薬剤管理指導料「2 1の患者以外の患者に対して行う場合」を算定した場合	薬管2	全体 「その他」欄
44	B008	薬剤管理指導料に係る麻薬管理指導加算を算定した場合	麻加	全体 「その他」欄
45	B008-2	薬剤総合評価調整管理料を算定した場合	薬総評管	全体 「その他」欄
46	B009	診療情報提供料（Ⅰ）を算定した場合	情Ⅰ	全体 「その他」欄
47	B009	診療情報提供料（Ⅰ）に係る退院患者の紹介の加算を算定した場合	情Ⅰ加1	全体 「その他」欄
48	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の基本診療料に係る歯科診療特別対応加算1、2又は3若しくは歯科訪問診療料を算定している患者の紹介に係る加算（区分B009　注6）を算定した場合	情Ⅰ加2	全体 「その他」欄
49	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の基本診療料に係る歯科診療特別対応加算1、2又は3若しくは歯科訪問診療料を算定している患者の紹介に係る加算（区分B009　注7）を算定した場合	情Ⅰ加3	全体 「その他」欄
50	B009	診療情報提供料（Ⅰ）に係る検査・画像情報提供加算の「イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合」を算定した場合	情Ⅰ加4イ	全体 「その他」欄
51	B009	診療情報提供料（Ⅰ）に係る検査・画像情報提供加算の「ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合」を算定した場合	情Ⅰ加4ロ	全体 「その他」欄
52	B009-2	電子的診療情報評価料を算定した場合	電診情評	全体 「その他」欄
53	B010	診療情報提供料（Ⅱ）を算定した場合	情Ⅱ	全体 「その他」欄
54	B011	診療情報等連携共有料1	情共1	全体 「その他」欄
55	B011	診療情報等連携共有料2	情共2	全体 「その他」欄
56	B011-2	連携強化診療情報提供料	連情	全体 「その他」欄
57	B011-5	がんゲノムプロファイリング評価提供料を算定した場合	がんゲ評	全体 「その他」欄
58	B012	傷病手当金意見書交付料を算定した場合	傷	全体 「その他」欄
59	B013-3	広範囲顎骨支持型補綴物管理料1を算定した場合	特イ管1	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
60	B013-3	広範囲顎骨支持型補綴物管理料2を算定した場合	特イ管2	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
61	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療1を算定した場合	歯訪1	全体 「その他」欄
62	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療2を算定した場合	歯訪2	全体 「その他」欄
63	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療3を算定した場合	歯訪3	全体 「その他」欄
64	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療4を算定した場合	歯訪4	全体 「その他」欄
65	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療5を算定した場合	歯訪5	全体 「その他」欄
66	C000	歯科訪問診療料の緊急歯科訪問診療加算を算定した場合	緊訪	全体 「その他」欄
67	C000	歯科訪問診療料の夜間歯科訪問診療加算を算定した場合	夜訪	全体 「その他」欄
68	C000	歯科訪問診療料の深夜歯科訪問診療加算を算定した場合	深訪	全体 「その他」欄
69	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算(イの(1)同一建物居住者以外の場合)を算定した場合	訪補助イ(1)	全体 「その他」欄
70	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算(イの(2)同一建物居住者の場合)を算定した場合	訪補助イ(2)	全体 「その他」欄
71	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算(ロの(1)同一建物居住者以外の場合)を算定した場合	訪補助ロ(1)	全体 「その他」欄
72	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算(ロの(2)同一建物居住者の場合)を算定した場合	訪補助ロ(2)	全体 「その他」欄
73	C000	区分番号C000の注16に規定する歯科訪問診療料「イ 初診時」を算定した場合	歯訪診(初)	全体 「その他」欄
74	C000	区分番号C000の注16に規定する歯科訪問診療料「ロ 再診時」を算定した場合	歯訪診(再)	全体 「その他」欄
75	C000	歯科訪問診療に係る歯科訪問診療移行加算を算定した場合	訪移行	全体 「その他」欄
76	C000	区分番号C000の注20 に規定する歯科訪問診療料「イ 初診時」を算定した場合	特歯訪診(初)	全体 「その他」欄
77	C000	区分番号C000の注20に規定する歯科訪問診療料「ロ 再診時」を算定した場合	特歯訪診(再)	全体 「その他」欄
78	C000	歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して歯科訪問診療を行い、周術期等口腔機能管理及び周術期等口腔機能管理に伴う治療行為を行った場合	周術期等連携	「摘要」欄
79	C000	歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して歯科訪問診療を行い、回復期等口腔機能管理及び回復期等口腔機能管理に伴う治療行為を行った場合	回復期等連携	「摘要」欄
80	C000	同一の患家において2人以上の患者を診察(診療時間が20分以上の場合に限る。)し、患者の1人に対して歯科訪問診療1を算定する場合	同一世帯(1)	「摘要」欄
81	C000	歯科訪問診療に係る通信画像情報活用加算を算定した場合	ICT加算	全体 「その他」欄
82	C000	在宅医療DX情報活用加算を算定した場合	在DX	全体 「その他」欄
83	C000	医科連携訪問加算を算定した場合	医訪	全体 「その他」欄
84	C001	訪問歯科衛生指導料(1　単一建物診療患者が1人の場合)を算定した場合	訪衛指1	全体 「その他」欄
85	C001	訪問歯科衛生指導料(2　単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合)を算定した場合	訪衛指2	全体 「その他」欄
86	C001	訪問歯科衛生指導料(3　1及び2以外の場合)を算定した場合	訪衛指3	全体 「その他」欄
87	C001	訪問歯科衛生指導料に係る複数名訪問歯科衛生指導加算を算定した場合	複訪	全体 「その他」欄
88	C001	訪問歯科衛生指導料の注4 に規定する特別の関係にある保険医療機関等において訪問歯科衛生指導料を算定した場合	特訪	全体 「その他」欄
89	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合	歯在管	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
90	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る文書提供加算を算定した場合	文	全体 「その他」欄
91	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅総合医療管理加算を算定した場合	歯総管	全体 「その他」欄
92	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療連携加算1を算定した場合	医連1	全体 「その他」欄
93	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療連携加算2を算定した場合	医連2	全体 「その他」欄
94	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
95	C001-4-2	在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した場合	在歯管	全体 「その他」欄
96	C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した場合	訪問口腔リハ	全体 「その他」欄
97	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る口腔管理体制強化加算を算定した場合	口管強	全体 「その他」欄
98	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科診療所加算1を算定した場合	歯援診1	全体 「その他」欄
99	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科診療所加算2を算定した場合	歯援診2	全体 「その他」欄
100	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科病院加算を算定した場合	歯援病	全体 「その他」欄
101	C001-3	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療連携加算1を算定した場合	医連1	全体 「その他」欄
102	C001-3	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療連携加算2を算定した場合	医連2	全体 「その他」欄
103	C001-3	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
104	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した場合	小訪問口腔リハ	全体 「その他」欄
105	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る小児在宅歯科医療連携加算1を算定した場合	小医連1	全体 「その他」欄
106	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る小児在宅歯科医療連携加算2を算定した場合	小医連2	全体 「その他」欄
107	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
108	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1を算定した場合	NST1	全体 「その他」欄
109	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2を算定した場合	NST2	全体 「その他」欄
110	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3を算定した場合	NST3	全体 「その他」欄
111	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料4を算定した場合	NST4	全体 「その他」欄
112	C003	在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合	訪問薬剤	全体 「その他」欄
113	C003	在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る麻薬加算を算定した場合	麻	全体 「その他」欄
114	D002-6	口腔細菌定量検査2を算定した場合	口菌検2	X線・検査「菌検」欄
115	D010	歯冠補綴時色調採得検査を算定した場合	色調	X線・検査「色調」欄
116	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能1イ（前）	X線・検査 「その他」欄
117	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能1ロ（前）	X線・検査 「その他」欄
118	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能1イ（後）	X線・検査 「その他」欄
119	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能1ロ（後）	X線・検査 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
120	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能2イ（前）	X線・検査「その他」欄
121	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「ロ 咬合圧測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能2ロ（前）	X線・検査「その他」欄
122	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能2イ（後）	X線・検査「その他」欄
123	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「ロ 咬合圧測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能2ロ（後）	X線・検査「その他」欄
124	D011-2	咀嚼能力検査1を算定した場合	咀嚼1	X線・検査「その他」欄
125	D011-2	咀嚼能力検査2を算定した場合	咀嚼2	X線・検査「その他」欄
126	D011-3	咬合圧検査1を算定した場合	咬合圧1	X線・検査「その他」欄
127	D011-3	咬合圧検査2を算定した場合	咬合圧2	X線・検査「その他」欄
128	D011-4	小児口唇閉鎖力検査を算定した場合	小口唇	X線・検査「その他」欄
129	D011-5	口腔粘膜湿潤度検査を算定した場合	湿潤	X線・検査「その他」欄
130	D012	舌圧検査を算定した場合	舌圧	X線・検査「その他」欄
131	D013	精密触覚機能検査を算定した場合	精密触覚	X線・検査「その他」欄
132	第4部通則4	画像診断において時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合	緊画	X線・検査「その他」欄
133	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「イ 歯科エックス線撮影」を算定した場合	電	X線・検査「その他」欄
134	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ロ 歯科パノラマ断層撮影」を算定した場合	パ電	X線・検査「その他」欄
135	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ハ 歯科用3次元エックス線断層撮影」を算定した場合	CT電	X線・検査「その他」欄
136	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ニ 歯科部分パノラマ断層撮影」を算定した場合	部パ電	X線・検査「その他」欄
137	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ホ その他」を算定した場合	他電	X線・検査「その他」欄
138	第4部通則6	区分番号E000（1のイ及び3に係るものを除く。）及びE200について歯科画像診断管理加算1を算定した場合	画診加1	X線・検査「その他」欄
139	第4部通則7	区分番号E000（3に係るものに限る。）又は医科点数表の区分番号E203について歯科画像診断管理加算2を算定した場合	画診加2	X線・検査「その他」欄
140	第4部通則8 第4部通則9	遠隔画像診断を行った場合	遠画診	X線・検査「その他」欄
141	E100	歯科エックス線撮影の全顎撮影（デジタル撮影）を算定した場合	全デジ	X線・検査「その他」欄
142	E100	歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）を算定した場合	単デジ	X線・検査「その他」欄
143	E100	歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）を算定した場合	パデジ	X線・検査「その他」欄
144	E100	歯科部分パノラマ断層撮影（デジタル撮影）を算定した場合	部パデジ	X線・検査「その他」欄
145	E100	歯科用3次元エックス線断層撮影を算定した場合	歯CT	X線・検査「その他」欄
146	E200	基本的エックス線診断料を算定した場合	基エ	X線・検査「その他」欄
147	F100	処方料に係る地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1を算定した場合	地外薬供1	全体「その他」欄
148	F100	処方料に係る地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2を算定した場合	地外薬供2	全体「その他」欄
149	F100	処方料に係る地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3を算定した場合	地外薬供3	全体「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
150	F100 F400	処方料及び処方せん料に係る特定疾患処方管理加算を算定した場合であって、処方期間が28日以上の場合	特処長	全体 「その他」欄
151	F100 F400	処方料及び処方せん料に係る特定疾患処方管理加算を算定した場合であって、処方期間が28日未満の場合	特処	全体 「その他」欄
152	F200	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合	薬評	「摘要」欄
153	F200	常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合	減	「摘要」欄 薬剤名の前
154	F400	7種類以上の内服薬の投薬に係る処方せんを発行した場合	処方せん	投薬・注射 余白
155	F400	処方せん料に係る一般名処方加算1を算定した場合	一般名処方加算1	全体 「その他」欄
156	F400	処方せん料に係る一般名処方加算2を算定した場合	一般名処方加算2	全体 「その他」欄
157	F500	調剤技術基本料を算定した場合	調基	全体 「その他」欄
158	F500	調剤技術基本料に係る院内製剤加算を算定した場合	院	全体 「その他」欄
159	第6部通則6	区分番号G001からG005及びG006について外来化学療法加算1を算定した場合	化1	「摘要」欄
160	第6部通則6	区分番号G001からG005及びG006について外来化学療法加算2を算定した場合	化2	「摘要」欄
161	第6部通則7	バイオ後続品導入初期加算を算定した場合	バイオ	「摘要」欄
162	G004 G005	点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤加算を算定した場合	血漿	「摘要」欄
163	G020	無菌製剤処理料1を算定した場合	菌1	「摘要」欄
164	G020	無菌製剤処理料2を算定した場合	菌2	「摘要」欄
165	G020	無菌製剤処理料1の「イ 閉鎖式接続器具を使用した場合」を算定した場合	菌1器具	「摘要」欄
166	H －	「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを実施した場合	リハ選	「摘要」欄
167	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「2 舌接触補助床の場合」を算定した場合	歯リハ1（2）	全体 「その他」欄
168	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「3 小児保隙装置の場合」を算定した場合	歯リハ1（3）	全体 「その他」欄
169	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「4 その他の場合」を算定した場合	歯リハ1（4）	全体 「その他」欄
170	H001-3	歯科口腔リハビリテーション料2「1 口腔内装置を装着している場合」	歯リハ2（1）	全体 「その他」欄
171	H001-3	歯科口腔リハビリテーション料2「2 1以外の場合」	歯リハ2（2）	全体 「その他」欄
172	H001-4	歯科口腔リハビリテーション料3「1 口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合」を算定した場合	歯リハ3（1）	全体 「その他」欄
173	H001-4	歯科口腔リハビリテーション料3「2 口腔機能の低下を来している患者の場合」を算定した場合	歯リハ3（2）	全体 「その他」欄
174	I005	歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内に抜髄を行った場合	抜温	処置・手術 「その他」欄
175	I005	直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に抜髄を行った場合	抜直	処置・手術 「その他」欄
176	I006	抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合	消炎拡大	処置・手術 「その他」欄
177	I007	抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合	根貼	処置・手術 「その他」欄
178	I010	糖尿病を有する患者に対して、スケーリング・ルートプレーニングと並行して歯周病処置を行う場合	P処（糖）	「摘要」欄
179	I017	口腔内装置1を算定した場合	OAp1	処置・手術 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
180	I017	口腔内装置2を算定した場合	OAp2	処置・手術 「その他」欄
181	I017	口腔内装置3を算定した場合	OAp3	処置・手術 「その他」欄
182	I017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置1を算定した場合	SAS－OAp1	処置・手術 「その他」欄
183	I017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2を算定した場合	SAS－OAp2	処置・手術 「その他」欄
184	I017-1-3	舌接触補助床を製作又は旧義歯を用いた場合	PAP	処置・手術 「その他」欄
185	I017-1-4	術後即時顎補綴装置を製作した場合	術後即時顎補綴装置	処置・手術 「その他」欄
186	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「イ　口腔内装置調整1」を算定した場合	OAp調1	処置・手術 「その他」欄
187	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「ロ　口腔内装置調整2」を算定した場合	OAp調2	処置・手術 「その他」欄
188	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「ハ　口腔内装置調整3」を算定した場合	OAp調3	処置・手術 「その他」欄
189	I017-2	口腔内装置調整・修理の「2　口腔内装置修理」を算定した場合	OAp修	処置・手術 「その他」欄
190	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した患者に対して術前に周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛(前)	処置・手術 「その他」欄
191	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した患者に対して術後に周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛(後)	処置・手術 「その他」欄
192	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛1(Ⅲ)	処置・手術 「その他」欄
193	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置2を行った場合	術口衛2(Ⅲ)	処置・手術 「その他」欄
194	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛1(Ⅳ)	処置・手術 「その他」欄
195	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置2を行った場合	術口衛2(Ⅳ)	処置・手術 「その他」欄
196	I029-1-2	回復期等口腔機能管理料を算定した患者に対して回復期等専門的口腔衛生処置を行った場合	回口衛	処置・手術 「その他」欄
197	I029-2	在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した場合	在口衛	処置・手術 「その他」欄
198	I029-3	口腔粘膜処置を算定した場合	口処	処置・手術 「その他」欄
199	I030-2	非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した場合	非経口処	処置・手術 「その他」欄
200	I030-3	口腔バイオフィルム除去処置を算定した場合	バイオ除	処置・手術 「その他」欄
201	第9部通則10	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者に対し、医科点数表の区分番号L008、L002又はL004を伴う手術を算定した場合	感	処置・手術 「その他」欄
202	J004	歯根端切除手術「2 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合」を算定した場合	根切顕微	処置・手術 「その他」欄
203	J053 J087 J087-2	区分番号J053（2及び3）、J087及びJ087－2において内視鏡下加算を算定した場合	内	処置・手術 「その他」欄
204	J109	広範囲顎骨支持型装置埋入手術を算定した場合	特イ術	処置・手術 「その他」欄
205	J110	広範囲顎骨支持型装置掻爬術を算定した場合	特イ掻	処置・手術 「その他」欄
206	J200-4-2	レーザー機器加算	レーザー機器加算	処置・手術 「その他」欄
207	K002	吸入鎮静法を算定した場合	IS	麻酔 「その他」欄
208	K003	静脈内鎮静法を算定した場合	静鎮	麻酔 「その他」欄
209	K004	歯科麻酔管理料1を算定した場合	歯麻管1	麻酔 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
210	K004	歯科麻酔管理料2を算定した場合	歯麻管2	麻酔 「その他」欄
211	K005	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅰ）「10分未満のもの」を算定した場合	歯麻酔（Ⅰ）1	麻酔 「その他」欄
212	K005	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅰ）「10分以上20分未満のもの」を算定した場合	歯麻酔（Ⅰ）2	麻酔 「その他」欄
213	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）「1 麻酔に従事する歯科医師が専従で実施する場合」	歯麻酔（Ⅱ）1	麻酔 「その他」欄
214	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）「2 麻酔に従事する歯科医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合」	歯麻酔（Ⅱ）2	麻酔 「その他」欄
215	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）「3 麻酔を専従で実施する場合」	歯麻酔（Ⅱ）3	麻酔 「その他」欄
216	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）「4　1から3まで以外の場合」	歯麻酔（Ⅱ）4	麻酔 「その他」欄
217	M000-3	広範囲顎骨支持型補綴診断料を算定した場合	特イ診	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
218	M002	支台築造「1 間接法」「ロ ファイバーポストを用いた場合」を算定した場合	ファイバー（間）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
219	M002	支台築造「2 直接法」「イ ファイバーポストを用いた場合」を算定した場合	ファイバー（直）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
220	M003-4	光学印象を算定した場合	光imp	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
221	M005	脱離した歯冠修復物の再装着を算定した場合	再装	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
222	M005	脱離又は修理したブリッジを再装着した場合	Br再装	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
223	M010 M017	歯科鋳造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復を算定した場合	14K	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
224	M015	レジンインレーを算定した場合	RIn	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
225	M015-2	CAD/CAM冠の「1　2以外の場合」について、CAD/CAM冠用材料（Ⅴ）を用いた場合	歯CAD（Ⅴ）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
226	M015-2	CAD/CAM冠の「2　エンドクラウンの場合」について、CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を用いた場合	エンクラ	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
227	M016-2	小児保隙装置の「1 固定式保隙装置」を算定した場合	保隙（固）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
228	M016-2	小児保隙装置の「2 可撤式保隙装置」を算定した場合	保隙（可）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
229	M018	有床義歯補強加算を算定した場合	芯補強	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
230	M018-2	3次元プリント有床義歯を算定した場合	3DFD	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
231	M020	金銀パラジウム合金を用いた鋳造鉤を算定した場合	鋳Cl(金パラ)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
232	M020	14カラット金合金を用いた鋳造鉤を算定した場合	鋳Cl(金)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
233	M021	14カラット金合金を用いた線鉤を算定した場合	線Cl(金)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
234	M021-2	金銀パラジウム合金を用いたコンビネーション鉤を算定した場合	コンビCl（金パラ）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
235	M023	金銀パラジウム合金を用いた鋳造バーを算定した場合	バー（金パラ）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
236	M025-2	広範囲顎骨支持型補綴を算定した場合	特イ補	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
237	M029 M030	有床義歯修理又は有床義歯内面適合法において歯科技工加算2を算定した場合	歯技工2	「摘要」欄
238	M030	軟質材料を用いた有床義歯内面適合法を算定した場合	床適合（軟）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
239	M041	広範囲顎骨支持型補綴物修理を算定した場合	特イ修	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
240	－	都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合の療養担当手当を算定した場合	療担手当	全体 「その他」欄
241	－	患者が要介護者又は要支援者の場合に、介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合	介	「摘要」欄
242	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）初診時を算定した場合	歯外ベアⅠ初	全体 「その他」欄
243	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）再診時等を算定した場合	歯外ベアⅠ再	全体 「その他」欄
244	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）歯科訪問診療時のイを算定した場合	歯外ベアⅠ訪イ	全体 「その他」欄
245	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）歯科訪問診療時のロを算定した場合	歯外ベアⅠ訪ロ	全体 「その他」欄
246	P002	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1～24の初診又は歯科訪問診療を算定した場合	歯外ベアⅡ● （※●は1から24までの算定する数字を記載）	全体 「その他」欄
247	P002	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1～24の再診時等を算定した場合	歯外ベアⅡ再● （※●は1から24までの算定する数字を記載）	全体 「その他」欄
248	P003	入院ベースアップ評価料1～500を算定した場合	入ベア● （※●は1から500までの算定する数字を記載）	全体 「その他」欄
249	P100	歯科外来物価対応料の初診時を算定した場合	歯物価初	全体 「その他」欄
250	P100	歯科外来物価対応料の再診時等を算定した場合	歯物価再	全体 「その他」欄
251	P100	歯科入院物価対応料のイ～ヘンを算定した場合	歯物価入● （※●はイからヘンまでの算定する区分を記載）	全体 「その他」欄
252	P200	歯科技工所ベースアップ支援料を算定した場合	歯技ベア	全体 「その他」欄

別表Ｖ　調剤行為名称等の略号一覧

項番	区分	項目	略称	記載欄
1	区分番号01	麻薬加算を算定した場合	麻	「加算料」欄
2	区分番号01	向精神薬加算を算定した場合	向	「加算料」欄
3	区分番号01	覚醒剤原料加算を算定した場合	覚原	「加算料」欄
4	区分番号01	毒薬加算を算定した場合	毒	「加算料」欄
5	区分番号01	薬剤調製料に係る時間外加算を算定した場合	薬時	「加算料」欄
6	区分番号01	薬剤調製料に係る休日加算を算定した場合	薬休	「加算料」欄
7	区分番号01	薬剤調製料に係る深夜加算を算定した場合	薬深	「加算料」欄
8	区分番号01	薬剤調製料に係る時間外加算の特例を算定した場合	薬特	「加算料」欄
9	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合	調時	「加算料」欄
10	区分番号01	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合	調休	「加算料」欄
11	区分番号01	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合	調深	「加算料」欄
12	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合	調特	「加算料」欄
13	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合	自	「加算料」欄
14	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合：錠剤を分割する場合（100分の20に該当する場合）	分自	「加算料」欄
15	区分番号01	計量混合調剤加算を算定した場合	計	「加算料」欄
16	区分番号01	予製剤加算を算定した場合	予	「加算料」欄
17	区分番号01	無菌製剤処理加算を算定した場合	菌	「加算料」欄
18	区分番号00	調剤基本料1の場合	基A	「調剤基本料」欄
19	区分番号00	調剤基本料2の場合	基B	「調剤基本料」欄
20	区分番号00	調剤基本料3のイの場合	基C	「調剤基本料」欄
21	区分番号00	調剤基本料3のロの場合	基D	「調剤基本料」欄
22	区分番号00	調剤基本料3のハの場合	基E	「調剤基本料」欄
23	区分番号00	特別調剤基本料Aの場合	特基A	「調剤基本料」欄
24	区分番号00	特別調剤基本料Bの場合	特基B	「調剤基本料」欄
25	区分番号00	調剤基本料注3（受付2回目以降）に該当する場合	同	「調剤基本料」欄
26	区分番号00	調剤基本料注4（未妥結減算等）に該当する場合	妥減	「調剤基本料」欄
27	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算1を算定した場合	地支A	「調剤基本料」欄
28	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算2を算定した場合	地支B	「調剤基本料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
29	区分番号００	地域支援・医薬品供給対応体制加算3を算定した場合	地支C	「調剤基本料」欄
30	区分番号００	地域支援・医薬品供給対応体制加算4を算定した場合	地支D	「調剤基本料」欄
31	区分番号００	地域支援・医薬品供給対応体制加算5を算定した場合	地支E	「調剤基本料」欄
32	区分番号００	連携強化加算を算定した場合	連強	「調剤基本料」欄
33	区分番号００	バイオ後続品調剤体制加算を算定した場合	バ後体	「調剤基本料」欄
34	区分番号００	地域支援・医薬品供給対応体制加算4を算定した場合：100分の10に該当する場合	地敷D	「調剤基本料」欄
35	区分番号００	地域支援・医薬品供給対応体制加算5を算定した場合：100分の10に該当する場合	地敷E	「調剤基本料」欄
36	区分番号００	バイオ後続品調剤体制加算を算定した場合：100分の10に該当する場合	バ後体敷	「調剤基本料」欄
37	区分番号００	調剤基本料注8（後発医薬品減算）に該当する場合	後減	「調剤基本料」欄
38	区分番号００	在宅薬学総合体制加算1を算定した場合	在総A	「調剤基本料」欄
39	区分番号００	在宅薬学総合体制加算2イを算定した場合	在総Bイ	「調剤基本料」欄
40	区分番号００	在宅薬学総合体制加算2ロを算定した場合	在総Bロ	「調剤基本料」欄
41	区分番号００	在宅薬学総合体制加算1を算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷A	「調剤基本料」欄
42	区分番号００	在宅薬学総合体制加算2イを算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷Bイ	「調剤基本料」欄
43	区分番号００	在宅薬学総合体制加算2ロを算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷Bロ	「調剤基本料」欄
44	区分番号００	電子的調剤情報連携体制整備加算を算定した場合	薬DX	「調剤基本料」欄
45	区分番号００	調剤基本料の加減算を行うと3点以下になり3点を算定した場合	基一定	「調剤基本料」欄
46	区分番号００	門前薬局等立地依存減算に該当する場合	門減	「調剤基本料」欄
47	区分番号００	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数2回のうち、1回目の調剤を行う場合	リ1/2	「時間外等加算」欄
48	区分番号００	リフィル処方箋による調剤を行う場合；総使用回数2回のうち、2回目の調剤を行う場合	リ2/2	「時間外等加算」欄
49	区分番号００	リフィル処方箋による調剤を行う場合；総使用回数3回のうち、1回目の調剤を行う場合	リ1/3	「時間外等加算」欄
50	区分番号００	リフィル処方箋による調剤を行う場合；総使用回数3回のうち、2回目の調剤を行う場合	リ2/3	「時間外等加算」欄
51	区分番号００	リフィル処方箋による調剤を行う場合；総使用回数3回のうち、3回目の調剤を行う場合	リ3/3	「時間外等加算」欄
52	区分番号００	調剤基本料に係る時間外加算を算定した場合	時	「時間外等加算」欄
53	区分番号００	調剤基本料に係る休日加算を算定した場合	休	「時間外等加算」欄
54	区分番号００	調剤基本料に係る深夜加算を算定した場合	深	「時間外等加算」欄
55	区分番号００	調剤基本料に係る時間外加算の特例を算定した場合	特	「時間外等加算」欄
56	区分番号０１	薬剤調製料に係る夜間・休日等加算を算定した場合	夜	「時間外等加算」欄
57	区分番号０１	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調時	「時間外等加算」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
58	区分番号01	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調休	「時間外等加算」欄
59	区分番号01	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調深	「時間外等加算」欄
60	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調特	「時間外等加算」欄
61	区分番号10の2	調剤管理料の調剤時残薬調整加算イを算定した場合	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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
87	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(13点)を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導(3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳あり))	特1オA	「薬学管理料」欄
88	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(13点)を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導(3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳なし))	特1オB	「薬学管理料」欄
89	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(13点)を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導(3月以内に再度処方箋を持参した患者以外)	特1オC	「薬学管理料」欄
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
144	区分番号40	調剤ベースアップ評価料	調ベ	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
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。

別紙２

診療録等の記載上の注意事項

第１　一般的事項

１　診療録、歯科診療録及び処方箋（以下「診療録等」という。）の様式については、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和 32 年厚生省令第 15 号）によるものであること。保険薬局に分割調剤を指示する場合は、様式第二号の二を用いること。

２　処方箋の用紙は、Ａ列５番を標準とすること。なお、診療録及び歯科診療録の用紙については、用紙の大きさに特段の定めはないが、Ａ列４番とすることが望ましいものであること。

３　医療保険単独の者に係る診療録等については公費負担医療に係る欄は空欄のままとし、公費負担医療単独の者に係る診療録等については療養の給付に係る欄は空欄のままとして差し支えないこと。

４　公費負担医療に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのは公費負担医療の担当医療機関と、「保険医氏名」とあるのは公費負担医療の担当医氏名と読み替えるものであること。

第２　診療録等の記載上の注意事項（共通）

１　「公費負担者番号」欄について

（１）　医療券等に記入されている公費負担者番号８桁を記載すること（別添２「保険者番号、公費負担者番号・公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領（以下「設定要領」という。）の第２を参照）。

（２）　１種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、当該公費負担医療に係る分は左上部の該当欄に記載すること（以下左上部の該当欄に記載される公費負担医療を「第１公費」という。）。

（３）　２種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第１公費」とし、後順位の公費負担医療に係る分は右下部の該当欄（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第２公費」という。）。

（４）　公費負担医療単独の場合は、左上部の該当欄に記載すること。

（５）　公費負担医療のみが２種併用される場合は、第１公費に係るものは左上部の該当欄に、第２公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

なお、特例的に、生活保護法による医療扶助、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等の３種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、生活保護法による医療扶助に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者資格に係る記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は左上部の該当欄に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

（６）　同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号が変更となった場合は、変更前の公費負担医療に係る分は第１公費とし、変更後の公費負担医療に係る分は第２公費として取り扱うものとすること。

なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

２　「公費負担医療の受給者番号」欄について

（１） 医療券等に記入されている受給者番号７桁を記載すること（別添２「設定要領」の第３を参照）。

（２） その他は、１の（２）から（６）までと同様であること。

３ 「保険者番号」欄について

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

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

（３） 月の途中において保険者番号の変更があった場合は「備考」欄に変更後の保険者番号を記載すること。

４ 「被保険者資格に係る情報」欄の「記号・番号」欄（処方箋にあっては、「被保険者資格に係る記号・番号」欄）について

健康保険資格確認書、国民健康資格確認書、船員保険資格確認書、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「資格確認書等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。

なお、資格確認書等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、枝番も併せて記載すること。

また、後期高齢者医療資格確認書の「被保険者番号」欄の被保険者番号を記載すること。

第３ 診療録の記載上の注意事項

１ 「受診者」欄について

（１） 「氏名」欄には、受診者の姓名を記載すること。

（２） 「生年月日」及び「性別」欄には、受診者の生年月日を記載するとともに、性別の該当するものを〇で囲むこと。

（３） 「住所」欄には、受診者の住所及び電話番号を記載すること。

なお、電話番号については記載を省略しても差し支えないこと。

（４） 「職業」欄には、受診者の職種名を記載すること。

なお、業務上の疑いがない場合等、特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

（５） 「被保険者との続柄」欄には、被保険者と受診者との続柄を記載すること。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等、特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

２ 「被保険者資格に係る情報」欄の「有効期限」欄について

資格確認書等の有効期限を記載すること。

３ 「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載すること。

４ 「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

５ 「事業所（船舶所有者）」欄について

（１） 「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号を記載することでも差し支えないこ

と。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

（２）「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の名称を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

６　「保険者」欄について

（１）「所在地」欄には、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

（２）「名称」欄には、被保険者が管掌されている保険者名を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

７　「傷病名」欄について

傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（令和６年４月 22 日付保発 0422 第２号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。）別添３に規定する傷病名を用いること。

８　「職務」欄について

（１）「上」には、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に〇で囲むこと。

（２）「外」には、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に〇で囲むこと。

９　「開始」欄について

受診者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載すること。

10　「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載すること。

11　「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について該当するものを〇で囲むこと。

12　「労務不能に関する意見」欄について

（１）「意見書に記入した労務不能期間」欄には被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載すること。

（２）「意見書交付」欄には、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載すること。

13　「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載すること。

14　「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合には、当該傷病名及び当該傷病原因を記載すること。

15　「備考」欄について

保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載すること。

16　「既往症・原因・主要症状・経過等」欄について

受診者の病歴、受診に係る傷病の原因、傷病に関する主要症状及び受診中の経過等について必要な事項を記載すること。

17　「処方・手術・処置等」欄について

受診者に対し行った診療行為について内容を記載すること。

18　「診療の点数等」欄について

（１）　「月日」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載すること。

（２）　「種別」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った診療行為名を記載し、算定した点数を記載すること。

なお、「月日」欄と「種別」欄の配置を縦横逆にしても差し支えないこと。

（３）　「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数の合計を記載すること。

（４）　「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載すること。

（５）　「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

（６）　「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。

（７）　「備考」欄について

療養の給付等につき算定した点数の計等を記載すること。

19　その他

様式第１号(１)の２及び(１)の３を一葉にまとめること、(１)の３の記載事項を上下２欄に分けること等は差し支えないこと。

第４　歯科診療録の記載上の注意事項

１　「受診者」欄について

（１）　「氏名」欄は、受診者の姓名を記載する。

（２）　「生年月日」及び「性別」欄は、受診者の生年月日を記載し、該当する性別を〇で囲む。

（３）　「住所」欄は、受診者の住所及び電話番号を記載する。

なお、電話番号は、記載を省略して差し支えない。

（４）　「職業」欄は、受診者の職種名を記載する。

なお、業務上の疑いがない場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

（５）　「被保険者との続柄」欄は、被保険者と受診者との続柄を記載する。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

２　「被保険者資格に係る情報」欄の「有効期限」欄について

資格確認書等の有効期限を記載する。

３　「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載する。

４　「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支

えない。

5　「事業所（船舶所有者）」欄について

（1）　「所在地」欄は、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

（2）　「名称」欄は、被保険者の勤務する事業所の名称の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の名称の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

6　「保険者」欄について

（1）　「所在地」欄は、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

（2）　「名称」欄は、被保険者が管掌されている保険者名の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

7　「部位」欄について

傷病のある部位をそれぞれ記載する。

ただし、同一傷病名は、同一欄に一括して記載して差し支えない。

8　「傷病名」欄について

傷病名は、わが国で通常用いられている傷病名を記載する。

9　「職務」欄について

（1）　「上」は、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に〇で囲む。

（2）　「外」は、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に〇で囲む。

10　「開始」欄について

被保険者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載する。

11　「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載する。

12　「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について、「治ゆ」「死亡」「中止」のうち該当するものを記載する。なお、予め「治ゆ」「死亡」「中止」を印刷し、該当するものを〇で囲むことにより記載しても差し支えない。

13　「　　上
　　右 ――┼―― 左　欄について
　　下　　」

（1）　予め歯の配列図等を印刷して差し支えない。

（2）　必要がある場合、口腔診察の所見等を記載する。

14　「〔主訴〕その他摘要」欄について

主訴及び参考となる事項を記載する。

15　「労務不能に関する意見」欄について

（1）　「意見書に記入した労務不能期間」欄は、被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載する。

（２） 「意見書交付」欄は、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載する。

16 「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載する。

17 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合は、当該傷病名及び当該傷病原因を記載する。

18 「備考」欄について

保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載する。

19 「月日」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載する。

20 「療法・処置」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに療法及び処置について必要な事項を記載する。

21 「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数を記載する。

22 「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載する。

23 「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載する。

24 「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載する。

25 その他

「受診者」欄を右欄に配置換えをする等は差し支えない。

第５ 処方箋の記載上の注意事項

１ 「患者」欄について

（１） 氏名

投薬を受ける者の姓名を記載すること。

（２） 生年月日

投薬を受ける者の生年月日を記載すること。

（３） 男・女

投薬を受ける者の性別について該当するものを〇で囲むこと。

（４） 区分

該当するものを〇で囲むこと。

２ 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

３ 「電話番号」欄について

保険医療機関の電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

４ 「保険医氏名㊞」欄について

処方箋を発行した保険医（以下「処方医」という。）が署名するか、又は処方医の姓名を記載し、押印すること。

４の２　「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」欄について

「都道府県番号」欄には、保険医療機関の所在する都道府県番号２桁（診療報酬明細書に記載する都道府県番号と同様の番号）を記載すること。「点数表番号」欄には、医科は１を、歯科は３を記載すること。「医療機関コード」欄には、それぞれの医療機関について定められた医療機関コード７桁（診療報酬明細書に記載する医療機関コードと同様の番号）を記載すること。また、健康保険法第 63 条第３項第２号及び第３号に規定する医療機関については、「医療機関コード」欄に「9999999」の７桁を記載すること。

５　「交付年月日」欄について

患者に処方箋を交付した年月日を記載すること。

６　「処方箋の使用期間」欄について

（１）　交付の日を含めて４日以内の場合は、記載する必要がないこと。

（２）　患者の長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合に、交付の日を含めて３日以内又は交付の日を含めて４日を超えた日より調剤を受ける必要がある場合には、年月日を記載すること。この場合において、当該処方箋は当該年月日の当日まで有効であること。

（３）　様式第二号の二に基づく処方箋（以下「分割指示に係る処方箋」という。）の場合は、分割の１回目に係る使用期限を記載することとし、当該使用期限が交付の日を含めて４日以内の場合は、記載する必要がないこと。

７　「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

（１）　医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名（屋号）を付加しないこと。

なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、２以上の規格単位がある場合には、当該規格単位を併せて記載すること。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

（２）　分量は、内服薬については１日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については１回分量を記載すること。

（３）　用法及び用量は、１回当たりの服用（使用）量、１日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。特に鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）については、１回当たりの使用量及び１日当たりの使用回数又は投与日数を必ず記載すること。

なお、分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数（回数）を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数（回数）を付記すること。

（４）　特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針又は「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成 20 年厚生労働省告示第 61 号）の別表のⅠに規定されている特定保険医療材料）を保険薬

局より支給させる場合は名称及びセット数等を記載すること。

（５） 処方医が処方箋に記載した医薬品の一部又はすべてについて、医療上の必要性があるため、後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。この場合において、「患者希望」欄には「✓」又は「×」は記載しないこと。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。

（６） 処方医が処方箋に記載した医薬品のうち（５）に基づいて「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形（※）の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。

ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

（７） 患者の希望を踏まえ、長期収載品を銘柄名処方する場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。

（８） 要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象医薬品を処方する場合には、「一部保険外療養」欄に、一部保険外療養の特別の料金の対象である場合は「〇」を、特別の料金の対象外である場合は「―」を記載すること。

（９） リフィル処方を行う場合には、「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」を記載するとともに、総使用回数（上限３回）を記載すること。なお、「処方」欄には、リフィル処方箋１回の使用による投与日数（回数）等を記載すること。

(10) 外用薬をリフィル処方する場合について、１回当たりの使用量及び１日当たりの使用回数を記載した場合であっても、必ず投与日数を記入すること。

(11) なお、内服薬の処方箋への記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」（平成 22 年１月 29 日付医政発 0129 第３号・薬食発 0129 第５号）も参考にされたい。

８ 「備考」欄について

（１） 保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。

（２） 麻薬を処方する場合には、麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第 27 条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。

（３） 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が１回 14 日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって 14 日を超えて投与した場合は、その理由を記載すること。

（４） 未就学者である患者の場合は「６歳」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者の場合は「高一」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって７割給付の患者の場合は「高７」と記載すること。なお、後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者については、令和４年 10 月１日以降、８割給付の患者の場合は「高８」、９割給付の患者の場合は「高９」と記載すること。

（５） 処方医が、処方箋に記載した医薬品について、医療上の必要性があるため、後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

なお、後発医薬品を処方する際に、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載する場合においては、その理由を記載すること。また、電子処方箋を発行する際は、「薬品補足レコード」内の「薬品補足情報」欄に、後発品変更不可の理由を記載した場合は、「備考」欄の記載は省略しても差し支えない。

（６） 入院中の患者以外の患者に対する処方について、患者の服薬管理が困難である等の理由により、保険薬局に分割調剤を指示する場合には、分割の回数及び当該分割ごとの調剤日数を記載すること。

なお、この場合において、保険薬局に指示しておくべき事項等があれば具体的に記載すること。

（７） １処方につき 63 枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）を投与する場合は、当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。

（８） 保険薬局が調剤時に患者の残薬を確認した際に、当該保険薬局に対して、「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」すること又は「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供」することを指示する場合には、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載すること。

（９） 地域包括診療加算又は地域包括診療料を算定している患者について、保険薬局に対してその旨を情報提供するに当たって、処方箋への書面の添付によらない場合には、当該加算を算定している旨を本欄に記載すること。

(10) 情報通信機器を用いた診療の実施に伴い処方箋を発行する場合については、「情報通信」と記載すること。

(11) 保険薬剤師が訪問薬剤管理指導を実施するにあたり、保険薬剤師単独での訪問では当該指導の実施が担保できないおそれがある場合など、当該指導の安全かつ確実な実施を確保する観点で複数名で訪問する必要があると処方医が認めている場合はその旨を記載すること。

なお、この場合において、保険薬局に複数名で訪問することを指示しておくべき理由等があれば具体的に記載すること。

(12) 栄養保持を目的とした医薬品を投与する場合は、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場合はその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場合はその旨、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場合はその理由を記載すること。

９　「分割指示に係る処方箋」について

（１）　分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に相当するかを右上の所要欄に記載すること。

（２）　別紙の発行保険医療機関情報には、保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載すること。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載すること。

10　その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方箋に以下の事項を記載すること。

（１）　「調剤済年月日」欄について

処方箋が調剤済となった場合の年月日を記載すること。その調剤によって、当該処方箋が調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方箋に記載すること。

（２）　「保険薬局の所在地及び名称」欄について

保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

（３）　「保険薬剤師氏名　㊞」欄について

調剤を行った保険薬剤師が署名するか又は保険薬剤師の姓名を記載し、押印すること。

（４）　その他次の事項を「備考」欄又は「処方」欄に記入すること。

ア　処方箋を交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方箋に記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容

イ　医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容

（５）　分割指示に係る処方箋に基づき調剤した場合は、別紙の「受付保険薬局情報」欄に保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入すること。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えないこと。

（６）　「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」が記載されている処方箋（以下「リフィル処方箋」という。）に基づき調剤した場合は、「調剤実施回数」欄に調剤回数に応じて、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。

（７）　保険薬局においてリフィル処方箋による調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、リフィル処方箋に薬剤師法（昭和 35 年法律第 146 号）第 26 条に規定する事項及び次回調剤予定日等の必要な事項を記入し、当該リフィル処方箋の写しを調剤録と共に保管すること。

別添１

診療報酬請求書等一覧表

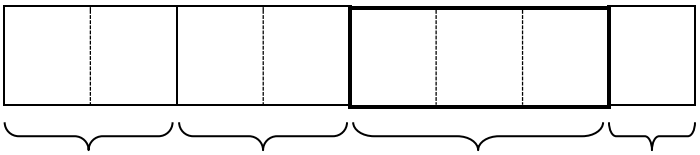
区分			様式番号
診療報酬請求書	医科・歯科、入院・入院外併用（国保の被保険者及び後期高齢者を除く）		様式第１（１）
	医科、入院外　（　〃　）		〃（２）
	歯科、入院外　（　〃　）		〃（３）
	医科・歯科　（国保の被保険者に限る）		様式第６
	医科、歯科　（後期高齢者に限る）		様式第８
診療報酬明細書	算定告示別表第１（医科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（医科の例による場合）	入院	様式第２（１）
		入院外	様式第２（２）
	算定告示別表第２（歯科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（歯科の例による場合）	――	様式第３
調剤報酬請求書	（国保の被保険者及び後期高齢者を除く）		様式第４
	（国保の被保険者に限る）		様式第７
	（後期高齢者に限る）		様式第９
調剤報酬明細書	算定告示別表第３（調剤）	――	様式第５

別添２

保険者番号、公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領

第１　保険者番号

１　保険者番号は、次のように法別番号２桁、都道府県番号２桁、保険者(市町村)別番号３桁、検証番号１桁、計８桁の算用数字を組み合わせたものとする。ただし、国民健康保険の保険者番号については、都道府県番号２桁、保険者(市町村)別番号３桁、検証番号１桁、計６桁の算用数字を組み合わせたものとする。



２　法別番号は、医療保険制度の各区分ごとに別表１の(１)に定める番号とする。

３　都道府県番号は、４の保険者等の所在地の都道府県ごとに別表２に定める番号とする。

なお、コードについては、都道府県ごと左に掲げるコード（例：北海道の場合「01」）から設定することとし、当該コードにおいて設定可能な保険者別番号がなくなり次第、右に掲げるコード（例：　　北海道の場合「51」）を設定することとする。

４　保険者(市町村)別番号は、協会管掌健康保険にあっては協会の都道府県支部ごとに厚生労働省保険局が、船員保険にあっては厚生労働省保険局が、国民健康保険にあっては国民健康保険事業を行う市町村又は国民健康保険組合ごとに都道府県が、また、組合管掌健康保険にあっては健康保険組合(社会保険診療報酬支払基金に対して支払を行う従たる事務所を含む。)ごとに地方厚生（支）局が、後期高齢者医療にあっては後期高齢者医療広域連合が、共済組合及び自衛官等の療養の給付にあっては各主管官庁が定める番号とする。

５　検証番号は、次により算出した番号とする。

（１）　法別番号、都道府県番号及び保険者別番号の各数に末尾の桁を起点として順次２と１を乗じる。

（２）　(１)で算出した積の和を求める。ただし、積が２桁となる場合は、１桁目と２桁目の数字の和とする。

（３）　10 と(２)で算出した数字の下１桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、１の位の数が０のときは検証番号を０とする。

例

法別番号	都道府県番号	保険者(市町村)別番号	
０　６	１　３	０　４　⑧	← 起点
×　×	×　×	×　×　×	
２　１	２　１	２　１　２	

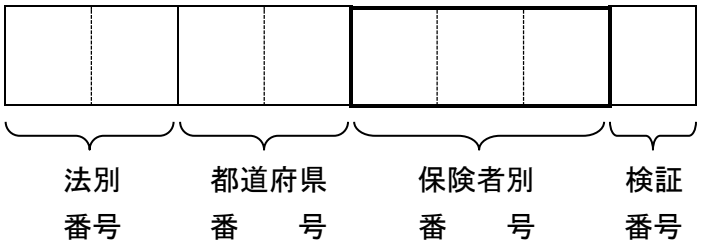
０ ＋ ６ ＋ ２ ＋ ３ ＋ ０ ＋ ４ ＋ （１ ＋ ６）＝ 22

〇10－２＝ 8 ……検証番号

６　保険者番号の管理は、厚生労働省保険局、都道府県知事、地方厚生（支）局、後期高齢者医療広域連合又は主管官庁において行うものとし、保険者番号の設定変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとする。ただし、国民健康保険にあっては、都道府県知事から所在地の国民健康保険団体連合会及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとし、後期高齢者医療にあっては、後期高齢者広域連合から社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に対して速やかに連絡するものとする。

第２　公費負担者番号

１　公費負担者番号は、次のように法別番号２桁、都道府県番号２桁、実施機関番号３桁、検証番号１桁、計８桁の算用数字を組み合わせたものとする。



２　法別番号は、公費負担医療制度の種類ごとに別表１の(３)に定める番号とする。

３　都道府県番号は、４の公費負担医療実施機関の所在地の都道府県ごとに、別表２に定める番号とする。

なお、コードについては、都道府県ごと左に掲げるコード（例：北海道の場合「01」）から設定することとし、当該コードにおいて設定可能な実施機関番号がなくなり次第、右に掲げるコード（例：北海道の場合「51」）を設定することとする。

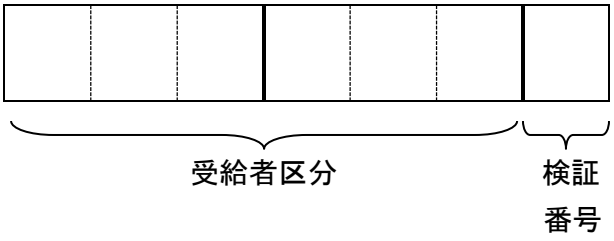
４　実施機関番号は、公費負担医療制度の種類ごとに公費負担医療主管行政庁又は公費負担医療実施機関が定める。

５　検証番号は、第１の５の例により定める。

６　公費負担者番号の管理は、各公費負担医療に係る第２の４の実施機関番号設定者において行うこととし、公費負担者番号の設定変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

第３　公費負担医療の受給者番号

１　公費負担医療の受給者番号は、次のように受給者区分６桁、検証番号１桁、計７桁の算用数字を組み合わせたものとする。

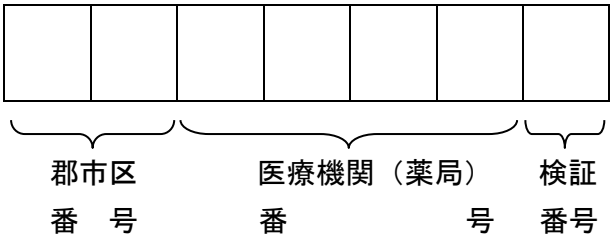


２　受給者区分は、各公費負担医療の受給者ごとに公費負担医療主管行政庁若しくは公費負担医療実施機関が定める。

３　検証番号は、第１の５の例により定める。

第４　医療機関コード及び薬局コード

１　医療機関コード及び薬局コード（以下「医療機関等コード」という。）は、次のように郡市区番号２桁、医療機関（薬局）番号４桁、検証番号１桁、計７桁の算用数字を組み合わせたものとする。



２　郡市区番号は、都道府県ごとに、郡、市及び区を単位として、地方厚生（支）局長が定めるものとする。ただし、独立行政法人国立病院機構等の各施設を一般の医療機関等と区別する必要があるときは、地方厚生（支）局長において郡市区番号にかえて、これらを１単位とした２桁の番号を定めても差し支えないものとする。

３　医療機関(薬局)番号は、医療機関について、医科にあっては 1,000 から 2,999、歯科にあっては 3,000 から 3,999、薬局にあっては 4,000 から 4,999 の一連番号を前記２の郡市区ごとに、地方厚生（支）局長がこれを定めるものとする。ただし、４桁の医療機関(薬局)番号のうち、中２桁又は下２桁が 90 となる番号は欠番とするものとする。

なお、医科と歯科が併設される医療機関にあっては、医科、歯科それぞれの医療機関番号を定

めるものとする。

4　同一の医療機関及び薬局において、保険医療機関、保険薬局並びに公費負担医療を担当する医療機関及び薬局のうち、２以上の指定を受けているものについては、同一の医療機関等コードを付すものとする。

5　検証番号は、次により算出した番号とする。

（1）　都道府県番号、点数表番号、郡市区番号及び医療機関番号の各数に末尾の桁を起点として順次２と１を乗じる。この場合の都道府県番号は別表２に定める番号とし、また、点数表番号は医科１、歯科３、薬局４とするものとする。

（2）　（1）で算出した積の和を求める。ただし、積が２桁となる場合は１桁目と２桁目の数字の和とするものとする。

（3）　10 と（2）で算出した数字の下１桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、１の位の数が０のときは検証番号を０とする。

例

都道府県番号		点数表番号	郡市区番号		医療機関（薬局）番号				
3	4	1	0	7	1	2	3	⑥	← 起点
×	×	×	×	×	×	×	×	×	
2	1	2	1	2	1	2	1	2	

６＋４＋２＋０＋（１＋４）＋１＋４＋３＋（１＋２）＝２８

○10－８＝ 2 ……検証番号

○医療機関等コード　　07,1236,2

6　医療機関等コードの管理は、地方厚生（支）局長において行うものとし、医療機関等コードの変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

別表１

法別番号及び制度の略称表

（１）

	区分		法別番号	制度の略称
社会保険制度	全国健康保険協会管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）		０１	（協会）
	船員保険		０２	（船）
	日雇特例被保険者の保険	○一般療養（法第 129 条、第 131 条及び第 140 条関係）	０３	（日）
		○特別療養費（法第 145 条関係）	０４	（日　特）又は（特）
	組合管掌健康保険		０６	（組）
	防衛省職員給与法による自衛官等の療養の給付（法第 22 条関係）		０７	（自）
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付		３９	（高）
	国家公務員共済組合		３１	（共）
	地方公務員等共済組合		３２	
	警察共済組合		３３	
	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		３４	
	特定健康保険組合		６３	（退）
	国家公務員特定共済組合		７２	
	地方公務員等特定共済組合		７３	
	警察特定共済組合		７４	
	公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		７５	

（注）　63・72～75 は、特例退職被保険者、特例退職組合員及び特例退職加入者に係る法別番号である。

（２）

	区分		法別番号	制度の略称
公費負担医療	戦傷病者特別援護法による	○療養の給付（法第 10 条関係）	１３	－
		○更生医療（法第 20 条関係）	１４	－
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○認定疾病医療（法第 10 条関係）	１８	－
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○新感染症の患者の入院(法第 37 条関係)	２９	－
		○新感染症外出自粛対象者の医療（法第 50 条の３関係）		－
	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第 81 条関係）		３０	－
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○結核患者の適正医療（法第 37 条の２関係）	１０	（感 37 の２）
		○結核患者の入院（法第 37 条関係）	１１	（結核入院）
	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による	○措置入院（法第 29 条関係）	２０	（精 29）
	障害者総合支援法による	○精神通院医療（法第５条関係）	２１	（精神通院）
		○更生医療（法第５条関係）	１５	－
		○育成医療（法第５条関係）	１６	－
		○療養介護医療（法第 70 条関係）及び基準該当療養介護医療（法第 71 条関係）	２４	－
	麻薬及び向精神薬取締法による入院措置（法第 58 条の８関係）		２２	－
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○一類感染症等の患者の入院(法第 37 条関係)	２８	（感染症入院）
		○新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者の医療（法第 44 条の３の２関係）		－
	児童福祉法による	○療育の給付（法第 20 条関係）	１７	－
		○肢体不自由児通所医療（法第 21 条の 5 の 29 関係）及び障害児入所医療（法第 24 条の 20 関係）	７９	－

療	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○一般疾病医療費（法第 18 条関係）	１９	－
	母子保健法による養育医療（法第 20 条関係）		２３	－
	児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援（法第 19 条の２関係）		５２	－
	難病の患者に対する医療等に関する法律による	○特定医療（法第５条関係）	５４	－
制	特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康影響による治療研究費		５１	－
	肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療に係る医療費の支給		３８	－
	児童福祉法の措置等に係る医療の給付		５３	－
度	石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給（法第４条関係）		６６	－
	特定Ｂ型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措置法による定期検査費及び母子感染症防止医療費の支給（法第 12 条第１項及び第 13 条第１項関係）		６２	－
	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第 14 条第４項に規定する医療支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律附則第４条第２項において準用する場合を含む。）		２５	－
	生活保護法による医療扶助（法第 15 条関係）		１２	（生保）

別表２

都道府県番号表

都道府県名	コード	都道府県名	コード	都道府県名	コード
北　海　道	01 又は 51	石　　川	17 又は 67	岡　　山	33 又は 83
青　　森	02 又は 52	福　　井	18 又は 68	広　　島	34 又は 84
岩　　手	03 又は 53	山　　梨	19 又は 69	山　　口	35 又は 85
宮　　城	04 又は 54	長　　野	20 又は 70	徳　　島	36 又は 86
秋　　田	05 又は 55	岐　　阜	21 又は 71	香　　川	37 又は 87
山　　形	06 又は 56	静　　岡	22 又は 72	愛　　媛	38 又は 88
福　　島	07 又は 57	愛　　知	23 又は 73	高　　知	39 又は 89
茨　　城	08 又は 58	三　　重	24 又は 74	福　　岡	40 又は 90
栃　　木	09 又は 59	滋　　賀	25 又は 75	佐　　賀	41 又は 91
群　　馬	10 又は 60	京　　都	26 又は 76	長　　崎	42 又は 92
埼　　玉	11 又は 61	大　　阪	27 又は 77	熊　　本	43 又は 93
千　　葉	12 又は 62	兵　　庫	28 又は 78	大　　分	44 又は 94
東　　京	13 又は 63	奈　　良	29 又は 79	宮　　崎	45 又は 95
神　奈　川	14 又は 64	和　歌　山	30 又は 80	鹿　児　島	46 又は 96
新　　潟	15 又は 65	鳥　　取	31 又は 81	沖　　縄	47 又は 97
富　　山	16 又は 66	島　　根	32 又は 82		

別添２

「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成 18 年３月 30 日保医発第 0330007 号）

別紙

診療報酬請求書等の記載要領

Ⅰ　一般的事項

「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和 51 年８月７日保険発第 82 号。以下「一般記載要領」という。)別紙１のⅠと同様であること。

Ⅱ　診療報酬明細書（様式第 10）の記載要領

１　診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

次に掲げるものを除き、一般記載要領別紙１のⅡ第３の１の(１)、(２)、(４)及び(９)と同様であること。

(１)　同一の被保険者等が２以上の傷病について診療を受けた場合においても、１件の診療報酬明細書（以下「明細書」という。）に併せて記載すること。

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

なお、月の途中にかかわらず上記変更が生じ、別の明細書を作成する場合、変更前の明細書の「出来高部分」欄及び変更後の明細書の「包括評価部分」欄にその旨（例　社本より国保　〇年〇月〇日）を記載すること。また、変更後の明細書に変更前の明細書の「患者基礎情報」欄及び「包括評価部分」欄の内容を記載すること。

２　明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるものを除き、一般記載要領別紙１のⅡ第３の２の(１)から(９)まで、(11)から(13)まで、(21)から(23)まで及び(25)から(27)までと同様であること。なお、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項にあっては、入院分の記載に係る例によること。

(１)　「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

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

(２)　「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について

「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄には厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 93 号）別表 19 に掲げる「診断群分類番号」並びに「傷病名」、「手術名」、「手術・処置等１」、「手術・処置等２」、「定義副傷病」及び「重症度等」の内容のうち該当するもの全て記載すること。

(３)　「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について

「傷病名」欄には診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名（医療

資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名）」及びその対応するＩＣＤコード（５桁まで（５桁目が存在しない場合は４桁まで、４桁目が存在しない場合は３桁まで）。以下同じ。）を記載すること。「副傷病名」欄には、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（令和８年３月18日保医発0318第４号）（以下「留意事項通知」という。）の別添２定義テーブルに掲げる「定義副傷病」名及びその対応するＩＣＤコードを記載すること。

なお、傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関してこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関してこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（令和６年４月22日保発0422第２号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。以下同じ。）の別添３に規定する傷病名を用いること。また、別添３に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（令和８年３月27日医療課事務連絡）（以下「傷病名コードの統一の推進について」という。）に取りまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

（４）　「今回入院年月日」欄について

入院年月日（ＤＰＣ算定対象とならない病棟（以下「対象外病棟」という。）からＤＰＣ算定対象となる病棟等に転棟した場合は転棟年月日）を和暦により記載すること。また、退院時には診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定することとなった場合は当該入院の年月日を記載すること。

なお、留意事項通知の第３の１の（７）に規定する同一傷病等での再入院があった場合（以下「同一傷病等での再入院」という。）には前回入院と一連の入院とみなした入院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上２桁が同一の傷病で転院した場合又は７日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした入院年月日を記載し、併せて「出来高部分」欄に「特別」と記載すること。

（５）　「今回退院年月日」欄について

退院年月日を和暦により記載すること。ただし、診断群分類点数表等による診療報酬額の算定を終了する場合には、当該終了日を記載すること。

なお、同一傷病等での再入院があった場合には、前回入院と一連の入院とみなした退院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上２桁が同一の傷病で転院した場合又は７日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした退院年月日を記載し、併せて「出来高部分」欄に「特別」と記載すること。

（６）　「診療実日数」欄について

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

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

②　診療実日数は、入院日数を記載することとし、入退院日は、それぞれ１日として数えること。なお、同一傷病等での再入院があった場合には、当該退院日の翌日から再入院の前日までの日数は含めないこと。

（7） 「転帰」欄について

当該患者の退院時における転帰については、以下の左に掲げる状態に応じ、右の番号及び状態を記載すること。

医療資源を最も投入した傷病が治癒したと判断される場合	1　治癒
医療資源を最も投入した傷病が軽快したと判断される場合	2　軽快
医療資源を最も投入した傷病が寛解したと判断される場合	3　寛解
医療資源を最も投入した傷病が不変と判断される場合	4　不変
医療資源を最も投入した傷病が増悪したと判断される場合	5　増悪
医療資源を最も投入した傷病による死亡の場合	6　死亡
医療資源を最も投入した傷病以外による死亡の場合	7　外死亡
ＤＰＣ算定対象となる病棟等以外又は入院日Ⅲを超えている等に該当し対象外となった場合	9　その他

（8） 「傷病情報」欄について

① 「傷病情報」欄については、次のア及びイに掲げる事項については必ず記載し、ウからオまでに掲げる事項については該当がある場合は順次記載すること。

ア 「主傷病名」

医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として１つ記載すること。

イ 「入院の契機となった傷病名」

今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を１つ記載すること。

ウ 「医療資源を２番目に投入した傷病名」

医療資源を２番目に投入した傷病名を記載すること。

エ 「入院時併存傷病名」

入院時に併存している傷病名（重要なものから最大４つまで記載すること。ただし、３つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

オ 「入院後発症傷病名」

入院後に発症した傷病名（重要なものから最大４つまで記載すること。ただし、３つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

② 心身医学療法を算定する場合にあっては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載すること。なお、この際のＩＣＤコードは、身体的傷病に対応するコードによること。

③ 「転帰」欄に「7　外死亡」と記載した場合には、死亡診断書に記入した死因を記載すること。その際、傷病名の前に「死因」と明記すること。

（注）「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、診断群分類区分の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は、記載する必要があること。この場合「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、当月分の出来高算定部分の記載内容にも配意しつつ、重要なものからそれぞれ最大４つまで記載すること。

なお、退院時処方の投与の原因となった傷病については、当該傷病名欄に記載可能な傷病名数の範囲において、処方内容に配意しつつ、重要なものから記載すること。

傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関してこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関してこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に規定する傷

病名を用いるとともに、併せてＩＣＤコードを用いること。さらに、別添３に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」を参照し、原則として傷病名コードに記載されたものを用いること。

（９）「入退院情報」欄について

「入退院情報」欄については、次に掲げる事項について、該当がある場合は記載すること。

①「ＤＰＣ算定対象とならない病棟の移動の有無」について

対象外病棟へ転棟又は対象外病棟からＤＰＣ算定対象となる病棟等へ転棟した場合は、「有」と記載すること。

②「前回退院年月日」について

当該医療機関において入院歴がある場合は、前回の退院年月日を和暦で記載すること。

なお、同一傷病等での再入院があった場合には前回入院を一連の入院とみなし、それ以前の退院年月日を記載すること。

③「前回同一傷病での入院の有無」について

当該医療機関において、今回入院時の入院契機病名と前回入院時に最も医療資源を投入した傷病名が同一（診断群分類の上２桁が同一）である場合に「有」を記載すること。

(10)「診療関連情報」欄について

診断群分類区分を決定するために必要な以下の事項を定義テーブルの定めに従い記載すること。

① 入院時年齢、出生時体重、120170 早産、切迫早産においては「入院時の妊娠週数」、120260 分娩の異常においては「分娩時出血量」、ＪＣＳ（Japan Coma Scale）及び Burn Index

（記載例）

※120170 早産、切迫早産の場合

例）

妊娠週数　32

② 手術、手術・処置等１、手術・処置等２について、名称（医科点数表において区分・名称が定められている場合にあっては、その区分及び名称）及び実施日（実施予定として診断群分類区分を決定した場合には実施予定日）

なお、手術・処置等１及び手術・処置等２において、同一の処置等が複数回実施された場合には、実施日に代え、当該入院における処置等の開始日を記載すること。

③ 診断群分類点数表における重症度等に該当する場合にあっては、重症度等

なお、010060 脳梗塞においては「発症時期」、040080 肺炎等においては「市中肺炎への該当の有無」及び「A-DROP スコア」、050030 急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞、050050 狭心症、慢性虚血性心疾患、050130 心不全及び 160800 股関節・大腿近位の骨折においては「他の病院・診療所の病棟からの転院・転院以外」、060300 肝硬変（胆汁性肝硬変を含む。）においては「Child-Pugh 分類」を記載すること。

（記載例）

※040080 肺炎等の場合

例１）

市中肺炎かつ１５歳以上６５歳未満

Ａ－ＤＲＯＰスコア　０

例２）

入院時年齢：20 歳

市中肺炎

Ａ－ＤＲＯＰスコア　０

(11)　「包括評価部分」欄について

①　「包括評価部分」欄については、診断群分類点数表等に基づき、各月の算定式を記載すること。（記載例参照）

②　入院月が複数月ある場合は、退院するまでの各月診療分を全て記載すること。

③　退院月に適用する診断群分類区分が入院中の診断群分類区分と異なる場合は、退院月の「診療分」の下段に「調整分」と記載し、当該調整に係る調整点数を月毎に記載すること。その上で、退院月の診療分と調整分の合計点数を「○月請求分」として記載すること。

④　診療報酬改定日以降の診療報酬明細書については、診療報酬改定日以前の請求月分までの算定式の記載を省略して差し支えないこと。

⑤　外泊した場合は、「外泊」と記載し、外泊した日を記載すること。また、連続した２日を超える場合は、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。なお、算定に当たっては、「出来高部分」欄に記載すること。

⑥　同一傷病等での再入院については、「７日以内の再入院までの日　○日～○日」、転棟した後の再転棟については、「再転棟までの日　○日～○日」と記載すること。なお、当該診療年月の月末日に退院（転棟）した後、翌月７日以内に当該傷病名による再入院又は翌月に再転棟を行う予定がある場合には、「翌月再入院（転棟）予定あり」と記載すること。

（記載例）

※　入院日Ⅰ以下：入Ⅰ
　　入院日Ⅰを超えて入院日Ⅱ以下：入Ⅱ
　　入院日Ⅱを超えて入院日Ⅲ以下：入Ⅲ
　　１点未満については四捨五入

例１：脳腫瘍　頭蓋内腫瘍摘出術等　手術・処置等２　１あり　定義副傷病　あり（６月３日入院、８月４日退院の場合）の例（８月診療分）

1	93	６月診療分 入Ⅰ　3,461×23＝小計 … a 入Ⅱ　2,510×　5＝小計 … b （a＋b）×６月医療機関別係数＝合計 ７月診療分 入Ⅱ　2,510×20＝小計 … c 入Ⅲ　2,134×11＝小計 … d （c＋d）×７月医療機関別係数＝合計 ８月診療分 入Ⅲ　2,134×4＝小計 … e e×８月医療機関別係数＝合計

例２：急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞　経皮的冠動脈形成術等　手術・処置等１　なし、１あり　手術・処置等２　なし　定義副傷病　なし
→　急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞　経皮的冠動脈形成術等　手術・処置等１　５あり　手術・処置等２　なし　に変更の場合
（６月 17 日入院、７月３日診断群分類区分変更、７月 12 日退院の場合）の例
（７月診療分）

		６月診療分
		入Ⅰ　3,181×　5＝小計 … a
		入Ⅱ　2,256×　5＝小計 … b
		入Ⅲ　1,918×　4＝小計 … c
		（a＋b＋c）×６月医療機関別係数＝合計… Ａ
		７月診療分
		入Ⅲ　1,960×　12＝小計 … d
		d ×７月医療機関別係数＝合計… Ｂ
		調整分
1	93	入Ⅰ　3,251×　7＝小計 … e
		入Ⅱ　2,306×　7＝小計 … f
		（（e＋f）×６月医療機関別係数)－Ａ＝合計… Ｃ
		７月請求分　Ｂ＋Ｃ＝合計

例３：胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。）手術なし

（６月１日入院、６月 16 日 DPC 対象病棟以外の病棟へ転棟、６月 29 日 DPC 対象病棟へ再転棟、６月 30 日退院の場合）の例

（６月診療分）

		６月診療分
		再転棟までの日　16 日～28 日
		入Ⅰ　2,756×　8＝小計 … a
		入Ⅱ　1,934×　7＝小計 … b
		入Ⅲ　1,644×　2＝小計 … c
1	93	（a＋b＋c）×６月医療機関別係数＝合計

例４：体液量減少症

（６月１日入院、６月５日退院、６月 11 日再入院、６月 15 日退院の場合）の例

（６月診療分）

		６月診療分
		７日以内の再入院までの日　６日～10 日
		入Ⅰ　3,011×　3＝小計 … a
		入Ⅱ　2,339×　6＝小計 … b
		入Ⅲ　1,988×　1＝小計 … c
1	93	（a＋b＋c）×６月医療機関別係数＝合計

(12)　「出来高部分」欄について

①　算定した医科点数表における所定点数の名称及び点数を記載すること。なお、その記載は一般記載要領別紙１のⅡ第３の２の(20)の例によるものとすること。

②　特定入院料を算定する治療室に係る加算の記載については以下による。

ア　特定入院料を算定する治療室に係る加算を算定した場合は、当該項目名及び点数を記載するこ

と。

なお、救命救急入院料を算定している患者、特定集中治療室管理料を算定している患者及び小児入院医療管理料を算定している患者について加算がある場合にあっては、それぞれの加算後の点数を記載すること。

イ　特定入院料に係る名称、回数及び点数以外の記載すべき事項等について、「一般記載要領」別紙１の次のものを参照し、「出来高部分」欄に記載すること。

（ア）　別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）」

（イ）　別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」

（ウ）　別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）」

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

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰから別表Ⅳまでの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関してこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関してこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰから別表Ⅳにおいて、令和８年６月１日適用の旨が表示されたコードについては、令和８年 10 月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。

③　電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合については、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求するものとし、各規定により「出来高部分」欄に算定日（初回算定日及び前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く。）を記載することとされている点数については、その記録を省略することができる。

(13)　明細書提出時における診療行為内容の添付について

①　明細書については、その診療行為の内容がわかる情報（以下「コーディングデータ」という。）を添付すること。その場合の具体的な取扱いについては以下のとおりとする。

ア　明細書及びコーディングデータについては、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関してこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関してこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」により提出すること。

イ　コーディングデータについては、明細書の該当月における包括評価による算定を行った期間の診療行為、医薬品（退院時処方の薬剤を除く。）及び特定器材の情報（以下「診療行為等」という。）を医科点数表の項目に従い入力すること。なお、特定入院料等を算定している期間については、当該特定入院料等に包括される診療行為等のうち、コーディングに係る診療行為等も併せて入力すること。

②　診断群分類 120290 産科播種性血管内凝固症及び 130100 播種性血管内凝固症候群（以下「ＤＩＣ」という。）によって請求する場合、以下の内容を「出来高部分」欄に記載すること。

ア　ＤＩＣの原因と考えられる基礎疾患

イ　厚生労働省ＤＩＣ基準によるＤＩＣスコア又は急性期ＤＩＣ診断基準（日本救急医学会ＤＩＣ特別委員会）によるＤＩＣスコア

ウ　入院期間中に実施された治療内容（ＤＩＣ及びＤＩＣの原因と考えられる基礎疾患に対する治療を含む。）及び検査値等の推移

(14)　その他について

①　「包括評価部分」欄及び「出来高部分」欄について、医療保険と公費負担医療の併用又は公費負担医療と公費負担医療の併用の場合は、左側から負担区分、診療行為の診療識別の順に、該当する

「負担区分コード番号」及び「診療識別コード番号」を順次記載すること。

② 「出来高部分」欄の記載については、それぞれの診療行為を診療識別コード番号の昇順に順次記載すること。

③ 明細書の「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄及び「包括評価部分」欄並びに「出来高部分」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例：１社・国　１単独　１本入）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担者番号）、被保険者資格に係る記号・番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄、「包括評価部分」欄、「出来高部分」欄の順に該当する所定の内容を記載し、続紙として、これを当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

④ 当該病院における入院医療について、同一月において診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合は、明細書を総括表とし、「医科入院（様式第２(一)）」明細書若しくは明細書又はこれらの明細書と同じ大きさの用紙（以下「出来高明細書」という。）を続紙として添付し、１件の明細書を作成すること。この場合、総括表の記載方法は、一般記載要領別紙１のⅡ第３の２の(１)から(９)まで、(11)から(13)まで及び(18)並びに本通知Ⅱの２の(１)と同様に記載し、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄に当該明細書１件の請求額等の合計額がわかるよう記載すること。

⑤ 留意事項通知の第２の１の(１)に規定する、診断群分類区分に該当しないと判断された患者等、診断群分類点数表により診療報酬を算定しない患者については、医科点数表に基づき算定することとなった理由を出来高明細書の「摘要」欄の最上部に記載し、当該患者のうち以下に該当するものに限り、併せてＤＰＣコードを記載すること。

ア　厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成 20 年厚生労働省告示第 140 号）第２号に該当した患者

イ　医科点数表算定コードに該当した患者

ウ　診断群分類点数表に定める入院日Ⅲを超えた患者

エ　地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟した患者

なお、当該記載に当たっては、原則、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関してこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関してこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」の別添１－１又は別添１－２により記載を行うものであること。

（参考：令和８年４月公表予定の記録条件仕様）

- 別添１－１「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（医科用）」第１章の３の（４）の「ウ　レセプト情報」
- 別添１－２「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（ＤＰＣ用）」第１章の３の（４）の「ウ　レセプト総括情報」

（エ）包括評価対象外理由レコード

項　目	ﾓｰﾄﾞ	最大ﾊﾞｲﾄ	項目形式	記　録　内　容	備　考
レコード識別情報	英数	2	固定	″ＧＲ″を記録する。	
医科点数表算定理由	数字	2	固定	医科点数表算定理由コード（別表）を記録する。	平成28年９月診療以前

ＤＰＣコード	英数	１４	可変	１　医科点数表算定理由コード（別表）の「０８：厚生労働大臣が別に定める者（告示別表に掲げる薬剤又は検査）の患者であるため」、「０９：医科点数表算定コードに該当するため」、「１０：入院期間３を超えて入院しているため」及び「１１：地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟したため」に該当する場合は、別に定めるＤＰＣコードを記録する。 ２　ＤＰＣコードの"X"、"A"、"B"、"C"、"D"、"E"、"F"及び"G"は半角大文字を記録する。 ３　医科点数表算定理由コード（別表）の「０１：入院後２４時間以内に死亡したため」から「０７：厚生労働大臣が別に定める者（短期滞在手術等基本料３）の患者であるため」までに該当する場合は、記録を任意とする。	分は、記録を省略する。

別表　医科点数表算定理由コード

コ　ー　ド　名	コ　ー　ド	内　　容
医科点数表算定理由コード	０１	入院後２４時間以内に死亡したため
	０２	生後１週間以内に死亡したため
	０３	評価療養又は患者申出療養を受ける患者であるため
	０４	臓器移植を受ける患者であるため
	０５	包括評価の対象とならない入院料を算定する患者であるため
	０６	厚生労働大臣が別に定める者（特定の手術等）の患者であるため
	０７	厚生労働大臣が別に定める者（短期滞在手術等基本料３）の患者であるため
	０８	厚生労働大臣が別に定める者（告示別表に掲

		げる薬剤又は検査）の患者であるため
	０９	医科点数表算定コードに該当するため
	１０	入院期間３を超えて入院しているため
	１１	地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟したため

⑥　当該病院における入院医療について、同一月に診断群分類点数表等に基づき費用を算定する入院医療が複数回ある場合は、④及び⑤の例により記載すること。

なお、総括表の「出来高部分」欄に入院医療が複数回となった理由を記載すること。

⑦　④及び⑥の場合において、各種（減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・３月超）のいずれかに○をする場合には、総括表及び明細書のいずれにも○をすること。

⑧　入院中にやむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「出来高部分」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、他医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為等の近傍に他と記載すること。

⑨　留意事項通知の第３の１の（７）同一傷病等での再入院に係る取扱い①のまた書きに規定する、直近の入院における「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上２桁が異なる場合であって、直近の入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上２桁が同一である場合については、再入院時の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容と経過について「出来高部分」欄に記載すること。

⑩　留意事項通知の第３の１の（７）同一傷病等での再入院に係る取扱い②に規定する、化学療法の実施日（予定日）及び化学療法の概要を「出来高部分」欄に記載すること。

⑪　留意事項通知の第３の１の（９）地域包括ケア入院医療管理料１から４までを算定する病室に転室する場合等の取扱いに規定する、入院していた患者がＤＰＣ算定対象とならない病棟へ転棟した後に地域包括ケア入院医療管理料１から４までのいずれかを算定する病室に転室、又は退院した日の翌日から起算して７日以内に再入院する場合については、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類を決定し、「出来高部分」欄に記載すること。

なお、当該再入院（転室）が一連の入院に該当しない場合は、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室への再入院（転室）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について「摘要」欄に記載すること。

⑫　留意事項通知の第３の１の（10）地域包括ケア病棟入院料１から４までを算定する病棟に転棟する場合等の取扱いに規定する、入院していた患者がＤＰＣ算定対象とならない病棟へ転棟した後に地域包括ケア病棟入院料１から４までを算定する病棟に再転棟、又は退院した日の翌日から起算して７日以内に再入院する場合については、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類を決定し、「出来高部分」欄に記載すること。

なお、当該再入院（転棟）が一連の入院に該当しない場合は、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟への再入院（転棟）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について「摘要」欄に記載すること。

別添３

「訪問看護療養費請求書等の記載要領について」（平成 18 年３月 30 日保医発第 0330008 号）

別紙

訪問看護療養費請求書等の記載要領

Ⅰ　一般的事項

１　訪問看護療養費請求書及び訪問看護療養費明細書（以下「請求書等」という。）については、「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第２条の２の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（令和８年子ども家庭庁・厚生労働省告示第３号）による改正後の「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第２条の２の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式」（平成 20 年厚生労働省告示第 127 号）に定める様式により扱うものであること。

２　請求書等の用紙の大きさはＡ列４番とし、白色紙黒色刷りとすること。

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

３　請求書等は、次の表の区分によるものであること。

訪問看護療養費請求書	国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者に係るものを除く場合	様式第一
	国民健康保険の被保険者に係るものの場合 後期高齢者医療の被保険者に係るものの場合	様式第二 様式第三
訪問看護療養費明細書	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成４年厚生省令第５号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行う体制を有している場合であって、同条に規定する指定訪問看護事業者の使用に係る電子計算機から出力した書面による請求を行う場合	様式第四
	様式第四により請求を行う場合以外の場合	様式第四の二

４　訪問看護療養費を請求しようとするときは、指定訪問看護事業者（以下「事業者」という。）の当該指定に係る事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）ごとに様式第一、様式第二又は様式第三の訪問看護療養費請求書（以下「請求書」という。）に様式第四又は様式第四の二のいずれかの訪問看護療養費明細書（以下「明細書」という。）を添えて審査支払機関に提出すること。

５　同一の指定訪問看護の利用者が指定訪問看護の終了した月と同一の月に再度指定訪問看護の利

用を開始した場合においては、１枚の明細書に併せて記載すること。

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

７　同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、それぞれに係る指定訪問看護が区分できない場合に限り職務上として１枚の明細書の取扱いとすること。

８　電子計算機の場合は、以下によること。

（１）　欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢から〇を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略することとして差し支えないこと。

（２）　枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

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

９　請求書等に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載すること。

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

10　「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

11　明細書の作成に当たり、様式第四の二を使用する場合には、様式第四の二の１及び様式第四の二の２を併せて提出する必要があることに留意し、様式第四の二の１の次に様式第四の二の２を重ね、左上端を貼り付けること。

12　規定の明細書に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、指定訪問看護の行われた年月、訪問看護ステーションコード、氏名、保険種別（例：１社・国　２本人）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担番号）、被保険者資格に係る記号・番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

Ⅱ　請求書等の記載要領

第１　請求書に関する事項（様式第一関係）

１　「令和　年　月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。したがって、年月の異なる指定訪問看護に係る明細書がある場合には、それぞれの指定訪問看護が行われた年月分について請求書を作成すること。

なお、指定訪問看護が行われた年月の異なる明細書でも、返戻分の再請求等やむを得ない事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

２　「ステーションコード」欄について

別添１「訪問看護ステーションコード設定要領」により、それぞれの訪問看護ステーションについて定められた訪問看護ステーションコード７桁を記載すること。

３　「別記　　殿」欄について

保険者名、市町村（特別区を含む。）名及び公費負担者名を下記例のとおり「備考」欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

〔例〕　別記　　全国健康保険協会理事長
　　千代田区長
　　東京都知事

４　「令和　年　月　日」欄について

当該請求書を提出する年月日を記載すること。

５　「訪問看護ステーションの所在地及び名称、指定訪問看護事業者氏名」欄について

訪問看護ステーションの所在地及び名称並びに指定訪問看護事業者氏名については、事業者の指定申請の際に地方厚生（支）局長に届け出た当該訪問看護ステーションの所在地、名称及び事業者名を記載すること。

６　「医療保険」欄について

（１）　指定訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち指定訪問看護に係る分及び指定訪問看護単独の者に係る明細書について記載することとし、指定訪問看護単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

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

（２）　「件数」欄には明細書の指定訪問看護に係る件数の合計を、「日数」欄には明細書の訪問看護の「実日数」欄の「保険」の項の日数の合計を、「金額」欄には明細書の「合計」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「負担金額」欄には明細書の「合計」欄の「保険」の項に係る「負担金額」の項の合計を記載すること。

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

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

７　「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

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

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

示すとおりであること。

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

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

（４） 「控除額」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「負担金額」の項に記載されている金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

８ 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

（１） 公費負担医療のみで２種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。公費負担医療が２種の場合、例えば生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）による医療扶助に係る分とその他の公費負担医療に係る分とを併せて請求する場合には「 12(生保) 」欄に記載することとし、これ以外の公費負担医療の組合せについて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

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

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

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

（４） 「控除額」欄の記載方法は、７の（４）と同様であること。

９　「公費負担」欄の「公費単独」欄について

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

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

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

（３）　「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（４）　「控除額」欄の記載方法は、７の（４）と同様であること。

10　「②合計」欄について

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

11　「総件数①＋②」欄について

「①　合計」欄及び「②　合計」欄の請求件数の合計を記載すること。

第１の２　請求書に関する事項（様式第三関係）

後期高齢者医療の被保険者に係るものの場合の記載要領については、次に掲げる事項を除き、第１の例によること。

１　「別記　　殿」欄について

各広域連合殿と読み替えるものとすること。

２　「後期高齢者医療」欄について

（１）　指定訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち指定訪問看護に係る分及び指定訪問看護単独の者に係る明細書について記載すること。

（２）　「件数」欄、「日数」欄及び「金額」欄については、Ⅱの第１の６の（２）と同様であること。

第２の１　明細書に関する事項（様式第四関係）

１　「令和　年　月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。

２　「都道府県番号」欄（様式第四の「県番」欄）について

別添１「訪問看護ステーションコード設定要領」の別表に掲げる都道府県番号表に従い、訪問看護ステーションの所在する都道府県の番号を記載すること。

３　「訪問看護ステーションコード」欄（様式第四の「訪コ」欄）について

Ⅱの第１の２と同様であること。

４　「保険種別１」、「保険種別２」及び「本人・家族」欄について

（１）　「保険種別１」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号及び保険種別１のうち１つを記載すること。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険
…… １　社・国
公費負担医療（健康保険、国民健康保険又は後期高齢者医療との併用の場合を除く。）
…… ２　公費
後期高齢者医療 …… ３　後期

（２）「保険種別２」欄については、「保険種別１」欄のそれぞれについて、以下の左に掲げる種別に応じ、右の番号及び保険種別２のうち１つを記載すること。

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

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

（３）「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号及び利用者種別のうち１つを記載すること。なお、未就学者である利用者（６歳に達する日以後最初の３月31 日以前の利用者をいう。以下同じ。）は「４　六歳」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「８　高齢一」又は「０　高齢７」を記載することとし、公費負担医療については本人に該当するものとする。

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

２　本人 …… ２　本人
４　未就学者 …… ４　六歳
６　家族 …… ６　家族
８　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者 …… ８　高齢一
０　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付 …… ０　高齢７

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

５　「保険者番号又は公費負担者番号」の「保険」欄について

（１）設定された保険者番号８桁（国民健康保険については６桁）を記載すること（「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年８月７日保険発第 82 号）の別添２（以下「設定要領」という。）の第１を参照）。

（２）公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、記載しないこと。

６　「記号・番号または公費受給者番号」の「保険」欄について

（１）健康保険資格確認書、国民健康保険資格確認書、船員保険資格確認書、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「資格確認書等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療資格確認書の「被保険者番号」欄の「被保険者番

号」を記載すること。資格確認書等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて「枝番」欄に「枝番」を記載すること。

なお、電子資格確認の場合は、オンラインにより提供された資格情報から、これらの記載を行うこと。

（２） 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「－」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。

（３） 被保険者が、月の途中において、記号若しくは番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号又は番号を記載すること。

７ 「実日数」欄について

（１） 「保険」、「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」の項に、「保険」については医療保険、「公①」については第１公費、「公②」については第２公費、「公③」については第３公費、「公④」については第４公費に係る指定訪問看護を行った実日数を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合の第１公費に係る分については、「公①」の項に記載すること。ただし、第１公費に係る分が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る分を省略しても差し支えないこと。また、第２公費以降がある場合において、当該第２公費以降に係る分が第１公費に係る分と同じ場合は、第２公費以降に係る分の記載を省略しても差し支えないこと。

（２） 同一日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合であっても、１日として記載すること。

８ 「請求」及び「一部負担金額」の「保険」、「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」欄について

（１） 「請求」の項には、「保険」、「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」の項に、それぞれ医療保険、第１公費、第２公費、第３公費及び第４公費に係る金額（「摘要」欄の金額の合計をいう。）を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の金額は、「公①」の項に記載すること。ただし、第１公費に係る金額が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第２公費以降がある場合において、当該第２公費以降に係る金額が第１公費に係る金額と同じ場合は、第２公費以降に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。

（２） 「一部負担金額」の「保険」、「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」欄の項については、以下によること。

ア 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）については、以下によること。

医療保険の場合は、利用者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載すること。

利用者の負担額が免除される場合は「免除」、支払が猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。

イ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・

標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療については、以下によること。

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

（イ） 健康保険法施行令第 43 条第１項並びに同条第５項、国民健康保険法施行令（昭和 33 年政令第 362 号）第 29 条の４第１項並びに同条第３項又は高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成 19 年政令第 318 号。以下「高齢者医療確保法施行令」という。）第 16 条第１項並びに同条第３項の規定が適用される者の場合は、これらの規定により算定した額（この額に１円未満の端数がある場合において、その端数金額が 50 銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が 50 銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

（ウ） 医療保険の場合は、利用者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、「一部負担金額」の項の減額割合を記載して、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載すること。

利用者の負担額が免除される場合は「一部負担金額」の項に「免除」、支払が猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。

（エ） 後期高齢者医療の場合で、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「高齢者医療確保法」という。）第 69 条第１項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、「一部負担金額」の項の減額割合を記載して、「円」単位で減額される場合は、減額後の一部負担金の金額を記載すること。また、負担額が免除される場合は「免除」、支払いが猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。

ウ 「一部負担金額」の項中「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」の項については、それぞれ第１公費、第２公費、第３公費及び第４公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る利用者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る利用者の負担額を下回る場合で、「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合はイの(ア)により記載した額を、金額の記載を要しないものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法との併用の場合には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（すなわち、窓口で徴収した額）を記載すること。

また、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る利用者の負担額については、10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険

（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号。以下「難病法」という。）による特定医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）に、10 円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る利用者の負担額は「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」の項には記載することを要しないこと。

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

９　「保険者番号又は公費負担者番号」の「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」欄について

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

（２）　別添２「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公①」欄に（以下「公①」欄に記載される公費負担者番号を「第１公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公②」欄（以下「公②」欄に記載される公費負担者番号を「第２公費」という。）、「公③」欄（以下「公③」欄に記載される公費負担者番号を「第３公費」という。）、「公④」欄に（以下「公④」欄に記載される公費負担者番号を「第４公費」という。）記載すること。

（３）　保険者番号及び受給者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第１公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第２公費，第３公費及び第４公費として取り扱うものとすること。

10　「記号・番号又は公費受給者番号」の「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」欄について

医療券等に記入されている受給者番号７桁を、第１公費については「公①」欄に、第２公費については「公②」欄に、第３公費については「公③」欄に、第４公費については「公④」欄に記載すること（設定要領の第３を参照）。

11　「特記」欄について

次の表の内容に該当する特記事項を記載する場合は、コードと略称を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	略称	内　　容

０１	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和 48 年 10 月 30 日付保発第 42 号、庁保発第 26 号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正 15 年勅令第 243 号）第 42 条及び高齢者医療確保法施行令第 15 条に規定する額を超える場合
０２	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した利用者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第１号に規定する金額を超えた場合（ただし、利用者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した利用者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第 15 条第６項に規定する金額を超えた場合（ただし、利用者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
０４	後保	公費負担医療単独及び公費負担医療併用の場合、請求金額を訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法によった場合
１０	第三	利用者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
１６	長２	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した利用者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第２号に規定する金額を超えた場合（ただし、利用者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
２１	高半	月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が 75 歳に到達した月に訪問看護を受けた者の場合
２６	区ア	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示された場合 ② 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある難病の患者に対

		する医療等に関する法律に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。）、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（３割））の提示のみの場合 ②　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
２７	区イ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
２８	区ウ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあ

		っては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
２９	区エ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみの場合 ②　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
３０	区オ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ））が提示された場合 ②　「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示された場合 ②　「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
４１	区カ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ①　課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））の提示のみの場合 ②　課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合

４２	区キ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）又は課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（１割））の提示のみの場合 ② 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）又は課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合

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

12 「職務上の事由」欄について

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

なお、次のとおり略称により記載することとしても差し支えないこと。

１ 職上（職務上）、２ 下３（下船後３月以内）、３ 通災（通勤災害）

13 「給付割合」欄について

国民健康保険の場合、該当する給付割合を「給付割合」欄に記載すること。ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

14 「一部負担金区分」欄について

医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療については、以下によること。

（１） 健康保険法施行令第 43 条第１項第２号へ、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号へに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項第１号へに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「一部負担金区分」に「低Ⅰ（低所得１）」と記載すること。

（２） 健康保険法施行令第 43 条第１項第２号ホに掲げる者、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号ホに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項第１号ホに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「一部負担金区分」に「低Ⅱ（低所得Ⅱ）」と記載すること。

15 「訪問看護ステーションの所在地及び名称」欄について

事業者の指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た当該訪問看護ステーションの所在地

及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

16　「主治医」欄について

（１）　「医療機関」の項に、「名称」として当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の所属する保険医療機関等の名称を記載すること。

「コード」として、「県番」欄に別添１「訪問看護ステーションコード設定要領」の別表に掲げる都道府県番号表に従い、当該保険医療機関が所在する都道府県の番号を記載すること。また、「点数表」欄に当該保険医療機関等が使用する点数表（例えば、医科であれば「１」を記載すること）を、「医療機関コード」欄に当該保険医療機関等のコードをそれぞれ記載すること。

なお、主治医の医療機関等コードについては記載することが望ましいが、確認できなかった場合は空欄でも差し支えないこと。

（２）　「氏名」の項に、当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の氏名を記載すること。

（３）　「直近報告年月日」の項に、訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した主治医に対して、訪問看護計画書若しくは訪問看護報告書又は精神訪問看護計画書若しくは精神訪問看護報告書により報告をした場合には、その最終報告年月日を記載すること。

（４）　月の途中で主治医が変更になった等の事情により、主治医を複数記録する必要がある場合は、一人目の主治医にかかる「名称」、「コード」、「氏名」及び「直近報告年月日」を「主治医」欄へ記載し、二人目以降についての記載は「摘要」欄へ見出しとして＜主治医＞を記載し、「名称」、「コード」、「氏名」及び「直近報告年月日」を記載すること。

17　「氏名」欄について

（１）　指定訪問看護を受けた者の姓名を記載すること。ただし、健康保険、船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

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

（1）による姓名とは別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

（２）　性別は、「１　男」又は「２　女」のうち該当するものを記載すること。

（３）　生年月日は生まれた年月日を記載すること。なお、元号については「１　明」、「２　大」、「３　昭」、「４　平」又は「５　令」と記載すること。

18　「訪問した場所」欄について

訪問した場所が自宅の場合は「１　自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「２　施設等」を、上記に該当しない場合は「５　その他」をそれぞれ記載すること。

なお、月の途中で訪問した場所に変更があった場合等、訪問した場所が複数ある場合は、訪問した場所及び変更した年月日を 19（８）「その他」に全て記載すること。

また、訪問した場所については、「２　施設等」に該当する場合にあっては、次の表に掲げるコード及び施設等を、「５　その他」に該当する場合にあっては、その場所を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	施設等
０１	社会福祉施設及び身体障害者施設
０２	小規模多機能型居宅介護
０３	複合型サービス
０４	認知症対応型グループホーム
０５	特定施設
０６	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設
０７	有料老人ホーム（０５を除く）
０８	サービス付き高齢者向け住宅

19　「情報」欄について

「情報」欄に記載する事項等は次の（１）から（８）まで及び別表Ｉのとおりであること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ｉの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（令和６年４月 22 日付保発 0422 第２号）（本通知が改正された場合は改正後の通知によること。）に基づき、該当するコードを選択すること。

また、「情報」欄の記載順は、「主たる傷病名」、「心身の状態」、「指示期間」、「訪問開始年月日及び終了年月日」、「訪問終了等の状況」、「情報提供」、「特記事項」、「専門の研修」及び「その他」の順で記載すること。

（１）　「主たる傷病名」について

指定訪問看護の利用者の主たる傷病名については、見出しとして＜主たる傷病名＞を記載し、当該指定訪問看護に係る主治医の交付した訪問看護指示書に基づいて、主傷病、副傷病の順に項番及び傷病名をそれぞれ記載すること。

なお、傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（令和６年４月 22 日付保発 0422 第２号）（本通知が改正された場合は改正後の通知によること。）別添３に規定する傷病名を用いること。別添３に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（令和８年３月 27 日医療課事務連絡）に取りまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

（２）　「心身の状態」について

指定訪問看護の利用者の心身の状態については、見出しとして＜心身の状態＞を記載し、訪問看護療養費の算定要件において必要な利用者の状態や日常生活動作（ＡＤＬ）の状態等を具体的に記載すること。

「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（平成 18 年厚生労働省告示第 103 号）第２の１に規定する疾病等の有無について、「１　別表７」、「２　別表８」又は「３　無」の該当するものを記載すること。また、利用者の状態等が別表７、別表８又は同告示第２の３の（２）に規定する超重症児若しくは準超重症児に該当する者は、その利用者が該当する全ての疾病等について、次の表に掲げる該当するコード及び疾病、状態等を「該当する疾病等」として記載すること。

ｺｰﾄﾞ		疾病、状態等
０１	別表７	末期の悪性腫瘍
０２		多発性硬化症
０３		重症筋無力症
０４		スモン
０５		筋萎縮性側索硬化症
０６		脊髄小脳変性症
０７		ハンチントン病
０８		進行性筋ジストロフィー症
０９		パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））
１０		多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）
１１		プリオン病
１２		亜急性硬化性全脳炎
１３		ライソゾーム病
１４		副腎白質ジストロフィー
１５		脊髄性筋萎縮症
１６		球脊髄性筋萎縮症
１７		慢性炎症性脱髄性多発神経炎
１８		後天性免疫不全症候群
１９		頸髄損傷
２０		人工呼吸器を使用している状態の者
４１	別表８	在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態にある者
４２		在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態にある者
４３		在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者
４４		在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
４５		気管カニューレを使用している状態にある者
４６		留置カテーテルを使用している状態にある者
４７		在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者

４８		在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者
４９		在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者
５０		在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者
５１		在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者
５２		在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者
５３		在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者
５４		在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者
５５		在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者
５６		在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
５７		在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている状態にある者
５８		人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
５９		真皮を越える褥瘡の状態にある者
６０		在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
９１	他	超重症児
９２		準超重症児

精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定した場合は、当該月の初日の指定訪問看護時におけるＧＡＦ尺度により判定した値に対応する次の表に掲げるコードと判定した年月日を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	ＧＡＦ尺度により判定した値
０１	ＧＡＦ尺度１００－９１
０２	ＧＡＦ尺度９０－８１
０３	ＧＡＦ尺度８０－７１
０４	ＧＡＦ尺度７０－６１
０５	ＧＡＦ尺度６０－５１
０６	ＧＡＦ尺度５０－４１
０７	ＧＡＦ尺度４０－３１
０８	ＧＡＦ尺度３０－２１
０９	ＧＡＦ尺度２０－１１
１０	ＧＡＦ尺度１０－１
１１	ＧＡＦ尺度０
２０	家族への訪問看護でありＧＡＦ尺度による判定が行えなかった（当該月に利用者本人への訪問看護を行わなかった）

（３）　「指示期間」について

ア　訪問看護指示又は精神科訪問看護指示の指示期間については、見出しとして＜指示期間＞又は＜精神指示期間＞を記載し、当該指定訪問看護に係る主治医の交付した最新の

訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書の指示有効期間（訪問看護療養費又は精神科訪問看護療養費）を示す年月日を記載すること。

なお、指示年月日の記載がない場合は、指示書の有効期間を交付後１か月とみなすこと。

イ　主治医から、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である旨の特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受けた場合は、見出しとして＜特別指示期間＞又は＜精神特別指示期間＞を記載し、に特別指示の有効期間を示す年月日を記載すること。

なお、請求を行う月の前月に特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、当該請求月においても引き続き当該特別指示による訪問看護を実施した場合にあっては、特別指示があった前月の年月日についても「特別指示期間」又は「精神特別指示期間」欄に記載すること。ただし、当該請求月にかからない指示期間は記載しないこと。

（４）「訪問開始年月日及び終了年月日」について

ア　「訪問開始年月日」について

（ア）見出しとして＜訪問開始年月日＞と記載し、当該指定訪問看護を開始した年月日を記載すること。

（イ）同一の利用者に対する指定訪問看護の継続中に、当該訪問看護ステーションにおいて、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該訪問看護ステーションの指定訪問看護の内容の継続性が認められて継続して訪問看護ステーションの指定を受けた場合を除き、新たに訪問看護ステーションの指定を受けた日を訪問開始年月日として記載し、「その他」として、その旨を記載すること。

（ウ）同月中に保険種別等の変更があった場合には、その変更があった日を訪問開始年月日として記載し、「その他」として、その旨を記載すること。

イ　「終了年月日」ついて

当該指定訪問看護を終了した場合は「訪問終了年月日」、「訪問終了時刻」及び「訪問終了の状況」を記載すること。

（ア）訪問終了年月日については、見出しとして＜訪問終了年月日＞を記載し、訪問終了年月日を記載すること。

（イ）訪問終了時刻については、見出しとして＜訪問終了時刻＞を記載し、最後に訪問した時刻を記載すること。

ウ　「訪問終了等の状況」について

（ア）　訪問終了の状況については、見出しとして＜訪問終了の状況＞を記載し、症状の軽快により指定訪問看護を必要としなくなった場合は「１　軽快」、介護老人保健施設等に入所した場合は「２　施設等」、保険医療機関等に入院した場合は「３　医療機関」又は死亡した場合は「４　死亡」をそれぞれ記載すること。また、上記に該当しない場合は「５　その他」と記載し、その内容を記載すること。

（イ）訪問看護ターミナルケア療養費を算定した場合は、「死亡年月日」、「死亡時刻」及び「死亡した場所」を記載すること。

ａ　死亡年月日については、見出しとして＜死亡年月日＞を記載し、死亡年月日を記載すること。

b　死亡時刻については、見出しとして＜死亡時刻＞を記載し、死亡時刻を記載すること。

c　死亡した場所については、見出しとして＜死亡した場所＞を記載し、死亡した場所が自宅の場合は「１　自宅」、介護保険施設等の場合は「２　施設等」、病院の場合は「３　病院」、診療所の場合は「４　診療所」をそれぞれ記載すること。上記に該当しない場合には、「５　その他」と記載し、その場所を記載すること。

また、死亡した場所が「２　施設等」に該当する場合にあっては、18「訪問した場所」に係る表に掲げる施設等のうち該当するコード及び施設等を記載すること。

（５）「情報提供」について

ア　訪問看護情報提供療養費１を算定する場合は、見出しとして＜情報提供先　１市（区）町村等＞を記載し、市町村等への情報提供に係る算定の場合は「１　市（区）町村等」、指定特定相談支援事業者への情報提供に係る算定の場合は「２　指定特定相談支援事業者」を記載すること。

イ　訪問看護情報提供療養費２を算定する場合は、見出しとして＜情報提供先　２学校等＞を記載し、「前回算定年月」として、当該療養費を算定した前回の年月を記載すること（ただし、初めて算定する場合を除く。）。

また、各年度１回までの算定とは別に、入園又は入学に係る算定の場合は「１　入園・入学」、転園又は転学に係る算定の場合は「２　転園・転学」又は医療的ケアの実施方法の変更に係る算定の場合は「３　医療的ケアの変更」を記載すること。

ウ　訪問看護情報提供療養費３を算定する場合は、見出しとして＜情報提供先　３保険医療機関等＞を記載し、利用者の診療を行っている保険医療機関の紹介先が、保険医療機関の場合は「１　保険医療機関」、介護老人保健施設の場合は「２　介護老人保健施設」又は介護医療院の場合は「３　介護医療院」を記載すること。

（６）「特記事項」について

特記事項を記載する場合は、見出しとして＜特記事項＞を記載すること。

ア　指定訪問看護の利用者が、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等第２の１に規定する疾病等の利用者等であって他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「１　他（１）」、他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「１　他（１）」及び「２　他（２）」のそれぞれを記載すること。また、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称を、（８）「その他」に記載すること。

イ　従たる訪問看護ステーションに勤務する看護師等が指定訪問看護を行った場合は、「３　従」を記載すること。

ウ　特別地域訪問看護加算を算定した場合は、「４　特地」を記載し、訪問看護ステーションから利用者の家庭までの移動時間が片道１時間以上要する場合は、利用者の住所及び通常の場合の訪問に要する時間（片道）を併せて記載すること。また、利用者の家庭までの移動時間が片道 30 分以上要する場合であって往復の移動時間及び指定訪問看護の実施時間の合計が２時間 30 分以上であった場合は、指定訪問看護を行った日、利用者の住所、通常の場合の訪問に要する時間（片道）及び指定訪問看護の実施時間を併せて記

載すること。

エ　要介護被保険者等で、訪問看護を医療保険（健康保険、国民健康保険及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）で算定している場合は、「５　介」を記載すること。

オ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が 24 時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、往診担当医や訪問看護担当者氏名、担当日等を文書により提供している利用者の場合は、「６　支援」を記載すること。

カ　複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、「７　同一緊急」を記載するとともに、当該加算のみを算定した日の直前に訪問看護基本療養費または精神科訪問看護基本療養費を算定した年月日を記載すること。また、当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を、（８）「その他」に記載すること。

キ　退院支援指導加算を算定した場合であって、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合は、「８　退支」を記載し、死亡日又は再入院日を併せて記載すること。

ク　看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、「９　連」を記載し、介護職員等と同行訪問した日を併せて記載すること。

ケ　緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算を算定した場合は、「10　緊急訪問看護の理由」を記載し、緊急の訪問看護を実施した日と緊急訪問看護の理由を、当該加算を算定した日ごとに併せて記載すること。

コ　包括型訪問看護療養費を算定した場合は、「11　包括型」を記載し、当該月における実際の単一建物居住利用者の人数を併せて記載すること。

サ　訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合は、「12　訪看遠補助」を記載し、指定訪問看護を行った日を併せて記載すること。

（７）「専門の研修」について

専門の研修を記載する場合は、見出しとして＜専門の研修＞を記載すること。

ア　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行い、訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は(Ⅱ)を算定した場合は、基本療養費Ⅰ・Ⅱ(１　緩和ケア)、基本療養費Ⅰ・Ⅱ(２　褥瘡ケア)、基本療養費Ⅰ・Ⅱ(３　人工肛門・人工膀胱ケア)又は基本療養費Ⅰ・Ⅱ(４　特定行為(０１　創傷管理関連))のいずれかを記載すること。

イ　専門管理加算を算定した場合は、以下の項目を記載すること。なお、（イ）のｃについては、検討を行うまでの間は、当該項目の記載がなくても差し支えない。

（ア）　専門管理加算のイに該当する場合

専門管理加算(１　緩和ケア)、専門管理加算(２　褥瘡ケア)又は専門管理加算(３　人工肛門・人工膀胱ケア)のいずれかを記載すること。

（イ）　専門管理加算のロに該当する場合

ａ　専門管理加算(４　特定行為)を記載の上、次の表に掲げる特定行為のうち該当す

るコードを記載すること。

b　「手順書交付年月日」として、手順書が交付された年月日を記載すること。

c　「直近見直し年月日」として、利用者の主治医とともに、手順書の妥当性を検討した年月日を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	特定行為
０１	気管カニューレの交換
０２	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
０３	膀胱ろうカテーテルの交換
０４	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
０５	創傷に対する陰圧閉鎖療法
０６	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
０７	脱水症状に対する輸液による補正

（８）「その他」について

ア （６）のア及びサにおいて、その他に記載することとした他の訪問看護ステーションの所在地及び名称については、以下のとおり記載すること。

（ア） 他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、見出しとして＜他の訪問看護ステーション１＞を記載し、当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。

（イ） 他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、前（ア）と併せて＜他の訪問看護ステーション２＞を記載し、当該２つ目の他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。

イ 月の途中で訪問した場所に変更があった場合等、複数訪問した場所がある場合は、見出しとして＜訪問した場所＞を記載し、訪問した場所を全て記載すること。

また、訪問した場所の変更年月日を記載すること。

20 「訪問日」欄について

（１） 指定訪問看護を行った日について、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定する場合は、日付の欄に「○」を記載し、包括型訪問看護療養費を算定する場合は、「●」を記載すること。ただし、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定する場合については、１日に２回訪問を行った場合は「◎」、１日に３回以上訪問を行った場合は「◇」を記載すること。

（２） 以下の場合にあっては日付の欄に「☆」を記載すること。

ア 訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は訪問看護基本療養費（Ⅱ）における悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合

イ 専門管理加算を算定した場合

緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた

看護師又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師が指定訪問看護を行った日については、全ての日付を記載すること。

（３） 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に基づき指定訪問看護を行った場合は、日付の欄に「△」を記載すること。

（４） 長時間訪問看護加算又は長時間精神科訪問看護加算を算定した場合は、日付の欄に「□」を記載すること。

（５） 複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算を算定した場合は、日付の欄に「▽」を記載すること。

（６） 訪問看護基本療養費(Ⅱ)又は精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定した場合は、日付の欄に「▲」を記載すること。

（７） 複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、日付の欄に「▼」を記載すること。

21 「摘要欄」について

（１） 「負担」欄について

摘要欄に、算定した訪問看護療養費の名称を記載した場合は、当該訪問看護療養費の左側の「負担」欄内に、次の表に掲げる負担区分のうち、当該訪問看護療養費に係る負担区分に該当する負担区分コードを記載すること。

		負担区分コード	医保・国保	公費①	公費②	公費③	公費④
医保・国保と公費又は公費と公費の併用	１者	1	○				
		5		○			
		6			○		
		B				○	
		C					○
	２者	2	○	○			
		3	○		○		
		E	○			○	
		G	○				○
		7		○	○		
		H		○		○	
		I		○			○
		J			○	○	

		K			○		○
		L				○	○
	３者	４	○	○	○		
		M	○	○		○	
		N	○	○			○
		O	○		○	○	
		P	○		○		○
		Q	○			○	○
		R		○	○	○	
		S		○	○		○
		T		○		○	○
		U			○	○	○
	４者	V	○	○	○	○	
		W	○	○	○		○
		X	○	○		○	○
		Y	○		○	○	○
		Z		○	○	○	○
	５者	９	○	○	○	○	○

（２） 訪問看護基本療養費（Ⅰ）を算定する場合

ア　保健師、助産師又は看護師が指定訪問看護を行った場合は「区分」に 10 及び 11、准看護師が行った場合は「区分」に 10 及び 12、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合は「区分」に 10 及び 14 を記載し、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

さらに、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅰ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合は「区分」に 10 及び 13、「名称」を記載し、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載すること。

また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅰ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

ウ　電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

（３） 訪問看護基本療養費（Ⅱ）を算定する場合

ア　同一建物居住者(「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第67号)に規定するものをいう。以下「同一建物居住者」という。)に対し、指定訪問看護を行った場合は、同一建物居住者の人数及び訪問日数に応じて、保健師、助産師又は看護師が行った場合は「区分」に10及び15、准看護師が行った場合は「区分」に10及び16、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った「区分」に10及び18を記載し、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて同様に記載すること。

さらに、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　同一建物居住者に対し、悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合は「区分」に10及び17、「名称」、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載すること。

また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

ウ　電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(4)　精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)を算定する場合

ア　保健師又は看護師が指定訪問看護を行った場合は「区分」に30及び31、作業療法士が行った場合は「区分」に30及び32、准看護師が行った場合は「区分」に30及び33を記載し、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

さらに、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(5)　精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定する場合

ア　同一建物居住者に対し、指定訪問看護を行った場合は、同一建物居住者の人数、1回の指定訪問看護の実施時間及び訪問日数に応じて、保健師又は看護師が行った場合は、「区分」に30及び34、作業療法士が行った場合は「区分」に30及び35、准看護師が行った場合は「区分」に30及び36を記載し、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

さらに、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

（６） 訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）の加算並びに精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び(Ⅲ)の加算について

ア 末期の悪性腫瘍等の利用者又は特別訪問看護指示書が交付された者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合（難病等複数回訪問加算を算定する場合）は、同一建物居住者の人数及び訪問日数に応じて、「区分」に 10 及び 19、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月において複数回訪問した日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

また、精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合（精神科複数回訪問加算を算定する場合）は、同一建物居住者の人数及び訪問日数に応じて、「区分」に 30 及び 42、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月において複数回訪問した日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを訪問回数に応じて選択すること。

イ 訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合は以下によること。

（ア） 緊急訪問看護加算の場合、当該月に算定する日数に応じて、「区分」に 10 及び 20、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

（イ） 精神科緊急訪問看護加算の場合、当該月に算定する日数に応じて、「区分」に 30 及び 37、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

ウ 別に厚生労働大臣の定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が 90 分を超える訪問看護を実施した場合は以下によること。

（ア） 長時間訪問看護加算の場合、「区分」に 10 及び 21、「名称」、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

（イ） 長時間精神科訪問看護加算の場合、「区分」に 30 及び 38、「名称」、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

エ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）において、６歳未満の利用者に対して指定訪問看護を実施した場合は以下によること。

（ア） 乳幼児加算の場合、「区分」に 10 及び 22、「名称」に該当する区分を記載し、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

（イ） 「名称」ごとに行を改めて記載すること。

オ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）において、別に厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者に対して、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師に保健師、助産師若しくは看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が同行し同時に訪問看護を行った場合（複数名訪問訪問看護加算を算定する

場合）は以下によること。

（ア） 同一建物居住者の人数に応じて、「区分」に 10 及び 23、准看護師が同時に行った場合は「区分」に 10 及び 23、その他職員が同行しハを算定する場合は「区分」に 10 及び 23、その他職員が同行しニを算定する場合は「区分」に 10 及び 23、「名称」に該当する名称を記載すること。

（イ） 「金額（円）」に該当する金額、「日数（日）」に当該月に訪問した日数を記載すること。その他職員が同行しニを算定する場合は、１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「１日に１回」、「１日に２回」又は「１日に３回以上」の行に分けて記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

（ウ） 電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した複数の者に該当する職種の職種等コードを選択すること。訪問ごとに指定訪問看護を実施した職種の職種等コードを記載し、実際に訪問していない職種は記載しないこと。また、職種については代表する１つの職種等コードを選択すること。

カ 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)において、訪問看護ステーションの保健師又は看護師に保健師、看護師又は作業療法士が同行し同時に訪問看護を行った場合（複数名精神科訪問看護加算を算定する場合）は以下によること。

（ア） 同一建物居住者の人数及び１日に指定訪問看護を行った回数に応じて、「区分」に 30 及び 39、准看護師が同時に行った場合は「区分」に 30 及び 39、、看護補助者又は精神保健福祉士が同時に行った場合は「区分」に 30 及び 39、「名称」に該当する名称を記載すること。

（イ） 「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

（ウ） 電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した複数の者に該当する職種の職種等コードを選択すること。訪問ごとに指定訪問看護を実施した職種の職種等コードを記載し、実際に訪問していない職種は記載しないこと。また、職種については代表する１つの職種等コードを選択すること。

キ 夜間(午後６時から午後 10 時まで)又は早朝(午前６時から午前８時まで)に指定訪問看護を行った場合は以下によること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

（ア） 夜間・早朝訪問看護加算(訪問看護基本療養費)の場合、同一建物居住者の人数及び訪問日数に応じて、「区分」に 10 及び 24、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

（イ） 夜間・早朝訪問看護加算(精神科訪問看護基本療養費)の場合、同一建物居住者の人数及び訪問日数に応じて、「区分」に 30 及び 40、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

ク 深夜(午後 10 時から午前６時まで)に指定訪問看護を行った場合は以下によること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

（ア） 深夜訪問看護加算(訪問看護基本療養費)の場合、同一建物居住者の人数及び訪問日

数に応じて、「区分」に 10 及び 25、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

(イ) 深夜訪問看護加算(精神科訪問看護基本療養費)の場合、同一建物居住者の人数及び訪問日数に応じて、「区分」に 30 及び 41、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

(７) 訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定する場合

ア 訪問看護基本療養費(Ⅲ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている利用者に対して、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問看護を行った場合には「区分」10 及び 26、「名称」、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定した回数を記載すること。

イ 精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている利用者に対して、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士が指定訪問看護を行った場合には「区分」30 及び 43、「名称」、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定した回数を記載すること。

ウ 電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(８) 月の途中で、利用者の住所変更等の理由により加算の算定の有無に異動があった場合には、行を改めて、それぞれの場合について、算定額、当該月に行った指定訪問看護を行った日数を記載すること。

(９) 同一の指定訪問看護において複数の者が行った場合は、主として指定訪問看護を提供した１人の者についてのみ１日として記載すること(難病等複数回訪問加算及び精神科複数回訪問加算並びに複数名訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護加算の算定日を除く。)。

(10) 「管理療養費」について

ア 次により記載すること。

(ア) 訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）を算定する場合は、「区分」に 50 及び 51、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(イ) 訪問看護管理療養費（月の２日目以降の訪問の場合）を算定する場合は、単一建物居住利用者の人数及び訪問日数に応じて、「区分」に 50 及び 52、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に２日目以降で訪問した日数を記載すること。

イ 管理療養費の各加算については、当該月に算定した加算の内容を次のとおり記載すること。

(ア) 24 時間対応体制加算を算定した場合には、「区分」に 50 及び 53、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(イ) 特別管理加算を算定した場合には、「区分」に 50 及び 54、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(ウ) 退院時共同指導加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 55、「名称」、「金額

(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に退院時共同指導加算を算定した回数を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても１回に限り算定すること。

さらに、当該利用者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者で特別管理指導加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 55、「名称」、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に特別管理指導加算を算定した回数を記載すること。特別管理指導加算は、厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については当該入院中に２回に限り算定できる。

電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指導を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(エ) 退院支援指導加算を算定した場合は、次により記載すること。

ａ 退院支援指導加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 56、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に該当月に算定した回数を記載すること。

ｂ 「名称」ごとに行を改めて記載すること。

ｃ 電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指導を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(オ) 在宅患者連携指導加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 57、「名称」、「金額(円)」該当する金額と記載すること。

電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指導を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(カ) 在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 58、「名称」、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した回数を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても１回に限り算定すること。

電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、カンファレンスに参加し、療養上必要な指導を行った者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(キ) 精神科重症患者支援管理連携加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 59、「名称」、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(ク) 看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 60、「名称」、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、支援を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(ケ) 専門管理加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 61、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(コ) 訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 62、「名

称」、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(サ)　訪問看護医療情報連携加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 63、「名称」、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(11)　「訪問看護情報提供療養費」について

当該月において、当該指定訪問看護の利用者の指定訪問看護の状況等の情報を提供した場合は、「区分」に 64 及び 64、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(12)　「包括型訪問看護療養費」について

「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 67 号）に規定する包括型訪問看護療養費を算定する場合には、当該月における単一建物居住利用者の人数及び訪問看護時間に応じて、「区分」に 65 及び 65、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(13)　「訪問看護ターミナルケア療養費」について

ア　訪問看護ステーションが、在宅で死亡した利用者について、死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に２回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定(退院支援指導加算を含む)し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制について利用者及びその家族に対して説明を行った上でターミナルケアを行った場合は、「区分」に 66 及び 67、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

イ　遠隔死亡診断補助加算を算定した場合は、「区分」に 66 及び 68、「名称」、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(14)　「訪問看護遠隔診療補助料」について

訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合には、「区分」に 69 及び 69、「名称」、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(15)　「訪問看護ベースアップ評価料」について

ア　訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)を算定した場合には、「区分」に 70 及び 71、「名称」、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

イ　訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)を算定した場合には、「区分」に 70 及び 72、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(16)　「訪問看護物価対応料」について

ア　訪問看護物価対応料１を算定した場合には、「区分」に 73 及び 74、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に該当月に算定した回数を記載すること。

イ　訪問看護物価対応料２を算定した場合には、「区分」に 73 及び 75、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に該当月に算定した回数を記載すること。

(17)　(１)から(16)までのうち、該当する職種の職種等コードを選択することとしているものについては、次の表に掲げる職種等コードを記載すること。この場合、実際に訪問を実施した者の職種のみ記載すること。また、訪問する者１人に対して代表する１つの職種等コードを

選択すること。

コード						内容	
１回目		２回目		３回目以降			
０１	５１	１１	６１	２１	７１	保健師	・同日複数回の指定訪問看護を実施し、訪問回ごとの職種等コードを記録する場合は、それぞれ「１回目」から「３回目以降」の該当する列のコードを使用して記録する。 ・同日に４回以上の指定訪問看護を実施した場合は、３回目以降の任意の訪問回の職種を「３回目以降」のコードを使用して記録する。 ・上記以外の場合は、「１回目」の列のコードを使用して記録する。 ・従たる訪問看護ステーションに勤務する者が指定訪問看護を行った場合は、「５１」～「８０」のいずれかを記録する。
０２	５２	１２	６２	２２	７２	助産師	
０３	５３	１３	６３	２３	７３	看護師（悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師を除く）	
０４	５４	１４	６４	２４	７４	理学療法士	
０５	５５	１５	６５	２５	７５	作業療法士	
０６	５６	１６	６６	２６	７６	言語聴覚士	
０７	５７	１７	６７	２７	７７	准看護師	
０８	５８	１８	６８	２８	７８	悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師	
０９	５９	１９	６９	２９	７９	看護補助者	
１０	６０	２０	７０	３０	８０	精神保健福祉士	

22　後期高齢者医療におけるその他

高齢者医療確保法第 50 条第２号に該当する者(65 歳から 75 歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者)が 75 歳に到達した月に療養を受けた場合(自己負担限度額が２分の１とならない場合)には、19(６)「特記事項」として「13　障害」と記載すること。

第２の２　明細書に関する事項（様式第四の二の１、第四の二の２関係）

１　「令和　年　月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。

２　「都道府県番号」欄について

別添１「訪問看護ステーションコード設定要領」の別表に掲げる都道府県番号表に従い、訪問看護ステーションの所在する都道府県の番号を記載すること。

３　「訪問看護ステーションコード」欄について

Ⅱの第１の２と同様であること。

４　「６訪問」における「１　社・国　２　公費　３　後期」（以下「保険種別１」という。）、「１　単独　２　２併　３　３併」（以下「保険種別２」という。）及び「２　本人４　六歳　６　家族」欄について

（１）「保険種別１」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、該当する番号を〇で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険 …… １　社・国

公費負担医療（健康保険、国民健康保険又は後期高齢者医療との併用の場合を除く。） …… ２　公費

後期高齢者医療 …… ３　後期

（２）「保険種別２」欄については、「保険種別１」欄のそれぞれについて、以下の左に掲げる種別に応じ、該当する番号を〇で囲むこと。

単独 …… １　単独

１種の公費負担医療との併用 …… ２　２併

２種以上の公費負担医療との併用 …… ３　３併

（注）　公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業を含むものであること。

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

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

なお、「２　本人」（若しくは「２　本」）、「４　六歳」（若しくは「４　六」）、

「６　家族」（若しくは「６　家」）、「８　高齢一」（若しくは「８　高一」）又は「０　高齢７」（若しくは「０　高７」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

２　本人	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	２　本人
４　未就学者	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	４　六歳
６　家族	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	６　家族
８　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	８　高齢一
０　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	０　高齢７

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

（４）　電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

ア　当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

イ　選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

５　「保険者番号」欄について

（１）　設定された保険者番号８桁（国民健康保険については６桁）を記載すること（設定要領の第１を参照）。

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

６　「給付」欄について

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

７　「被保険者資格に係る記号・番号」欄について

（１）　健康保険資格確認書、国民健康保険資格確認書、船員保険資格確認書、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「資格確認書等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療資格確認書の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。資格確認書等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。

なお、電子資格確認の場合は、オンラインにより提供された資格情報から、これらの記載を行うこと。

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

（３）　当該記号及び番号のうち〇で囲んだ文字に代えて当該文字を（　）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に入りきらない等の場合は、（　）を省略しても差し支えないこと。

なお、被保険者が、月の途中において、記号若しくは番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号又は番号を記載すること。

８　「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

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

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

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

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

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

10 「氏名」欄について

（１） 指定訪問看護を受けた者の姓名を記載すること。ただし、健康保険、船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

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

また、上記により記載した姓名とは別にカタカナによる姓名を記載することが望ましい。

（２） 性別は該当するものを〇で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「１　男」又は「２　女」と記載しても差し支えないこと。

（３） 生年月日は以下によること。

ア　該当する元号を〇で囲み、生まれた年月日を記載すること。

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

11 「訪問した場所」欄について

訪問した場所が自宅の場合は「１　自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「２　施設等」を、上記に該当しない場合は「３　その他」をそれぞれ〇で囲むこと。

なお、月の途中で訪問した場所に変更があった場合等、複数に該当する場合については、該当するものを全て〇で囲むこと。

また、訪問した場所が「２　施設等」に該当する場合にあっては、次の表に掲げる施設等のうち該当するコードを、「３　その他」に該当する場合にあってはその場所をそれぞれの（　　）に記載すること。

ｺｰﾄﾞ	施設等
０１	社会福祉施設及び身体障害者施設
０２	小規模多機能型居宅介護
０３	複合型サービス

０４	認知症対応型グループホーム
０５	特定施設
０６	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設
０７	有料老人ホーム（０５を除く）
０８	サービス付き高齢者向け住宅

12　「職務上の事由」欄について

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

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

１　職上（職務上）、　２　下３（下船後３月以内）、　３　通災（通勤災害）

13　「特記」欄について

次の表の内容に該当する特記事項を記載する場合は、略称を記載すること。

なお、電子計算機の場合はコードと略称を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	略称	内　　容
０１	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和 48 年 10 月 30 日付保発第 42 号、庁保発第 26 号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正 15 年勅令第 243 号）第 42 条及び高齢者医療確保法施行令第 15 条に規定する額を超える場合
０２	長	以下のいずれかに該当する場合 ①　高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した利用者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第１号に規定する金額を超えた場合（ただし、利用者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ②　後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した利用者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第 15 条第６項に規定する金額を超えた場合（ただし、利用者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
０４	後保	公費負担医療単独及び公費負担医療併用の場合、請求金額を訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法によった場合
１０	第三	利用者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じた

		と認められる場合
１６	長２	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した利用者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第９項第２号に規定する金額を超えた場合（ただし、利用者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
２１	高半	月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が 75 歳に到達した月に訪問看護を受けた者の場合
２６	区ア	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。）、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（３割））の提示のみの場合 ②　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
２７	区イ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合

		①　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
２８	区ウ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
２９	区エ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（２割））の提示のみの場合 ②　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
３０	区オ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減

		額認定証（適用区分が（オ））が提示された場合 ②　「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示された場合 ②　「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
４１	区カ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ①　課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））の提示のみの場合 ②　課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
４２	区キ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ①　課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）又は課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（１割））の提示のみの場合 ②　課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）又は課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合

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

14　「訪問看護ステーションの住所地及び名称」欄について

事業者の指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た当該訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

15　「主治医」欄について

（１）　「医療機関の名称」の項に、当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の所属する保険医療機関等の名称を記載すること。

（２）　「氏名」の項に、当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の氏名を記載すること。

（３）　「直近報告年月日」の項に、訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した主治医に対して、訪問看護計画書若しくは訪問看護報告書又は精神訪問看護計画書若しくは精神訪問看護報告書により報告をした場合には、その最終報告年月日を記載すること。

16　「主たる傷病名」欄について

指定訪問看護の利用者の主たる傷病名については、当該指定訪問看護に係る主治医の交付した訪問看護指示書に基づいて、主傷病、副傷病の順に１から３の項目欄にそれぞれ記載するが、必要に応じて１から３の項目順以降に別途記載してもよい。

17　「心身の状態」欄について

指定訪問看護の利用者の心身の状態を記載するものとし、訪問看護療養費の算定要件において必要な利用者の状態や日常生活動作（ＡＤＬ）の状態等を具体的に記載すること。

「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（平成 18 年厚生労働省告示第 103 号）第２の１に規定する疾病等の有無について、「１　別表７」、「２　別表８」又は「３　無」の該当する数字を〇で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、〇に代えて（　　）等を使用して記載することも差し支えないこと。また、利用者の状態等が別表７、別表８又は同告示第２の３の（２）に規定する超重症児若しくは準超重症児に該当する者は、その利用者が該当する全ての疾病等について、次の表に掲げる該当するコードを「該当する疾病等」の欄に記載すること。

ｺｰﾄﾞ		疾病、状態等
０１	別表７	末期の悪性腫瘍
０２		多発性硬化症
０３		重症筋無力症
０４		スモン
０５		筋萎縮性側索硬化症
０６		脊髄小脳変性症
０７		ハンチントン病
０８		進行性筋ジストロフィー症
０９		パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））
１０		多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）
１１		プリオン病
１２		亜急性硬化性全脳炎
１３		ライソゾーム病

１４		副腎白質ジストロフィー
１５		脊髄性筋萎縮症
１６		球脊髄性筋萎縮症
１７		慢性炎症性脱髄性多発神経炎
１８		後天性免疫不全症候群
１９		頸髄損傷
２０		人工呼吸器を使用している状態の者
４１	別表８	在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態にある者
４２		在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態にある者
４３		在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者
４４		在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
４５		気管カニューレを使用している状態にある者
４６		留置カテーテルを使用している状態にある者
４７		在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者
４８		在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者
４９		在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者
５０		在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者
５１		在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者
５２		在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者
５３		在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者
５４		在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者
５５		在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者
５６		在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
５７		在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている状態にある者
５８		人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
５９		真皮を越える褥瘡の状態にある者
６０		在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
９１	他	超重症児
９２		準超重症児

また、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定した場合は、当該月の初日の指定訪問看護時におけるＧＡＦ尺度により判定した値に対応する次の表に掲げるコードと判定した年月日を「ＧＡＦ」の欄に記載すること。

ｺｰﾄﾞ	ＧＡＦ尺度により判定した値
０１	ＧＡＦ尺度１００－９１
０２	ＧＡＦ尺度９０－８１

０３	ＧＡＦ尺度８０－７１
０４	ＧＡＦ尺度７０－６１
０５	ＧＡＦ尺度６０－５１
０６	ＧＡＦ尺度５０－４１
０７	ＧＡＦ尺度４０－３１
０８	ＧＡＦ尺度３０－２１
０９	ＧＡＦ尺度２０－１１
１０	ＧＡＦ尺度１０－１
１１	ＧＡＦ尺度０
２０	家族への訪問看護でありＧＡＦ尺度による判定が行えなかった（当該月に利用者本人への訪問看護を行わなかった）

18　「訪問開始年月日」欄について

（１）　当該指定訪問看護を開始した年月日を記載すること。

（２）　同一の利用者に対する指定訪問看護の継続中に、当該訪問看護ステーションにおいて、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該訪問看護ステーションの指定訪問看護の内容の継続性が認められて継続して訪問看護ステーションの指定を受けた場合を除き、新たに訪問看護ステーションの指定を受けた日を訪問開始年月日として記載し、「特記事項」欄にその旨を記載すること。

（３）　同月中に保険種別等の変更があった場合には、その変更があった日を訪問開始年月日として記載し、「特記事項」欄にその旨を記載すること。

19　「訪問終了年月日時刻」欄について

当該指定訪問看護を終了した年月日及び最後に訪問した時刻を記載すること。

20　「訪問終了の状況」欄について

症状の軽快により指定訪問看護を必要としなくなった場合は「１　軽快」、介護老人保健施設等に入所した場合は「２　施設等」、保険医療機関等に入院した場合は「３　医療機関」又は死亡した場合は「４　死亡」の該当する番号をそれぞれ〇で囲むこと。また上記に該当しない場合は「５　その他」の番号を〇で囲み、その内容を（　　）に記載すること。

21　「死亡の状況」欄について

訪問看護ターミナルケア療養費を算定した場合、「時刻」欄には死亡年月日及び時刻を記載し、「場所」欄には、死亡した場所が自宅の場合は「１　自宅」、介護保険施設等の場合は「２　施設等」、病院の場合は「３　病院」、診療所の場合は「４　診療所」の該当する番号をそれぞれ〇で囲むこと。上記に該当しない場合には、「５　その他」の番号を〇で囲み、その場所を（　）に記載すること。

また、死亡した場所が「２　施設等」に該当する場合にあっては、11 の表に掲げる施設等のうち該当するコードを記載すること。

22　「指示期間」欄について

（１）　当該指定訪問看護に係る主治医の交付した最新の訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示

書の指示有効期間（訪問看護療養費又は精神科訪問看護療養費）を示す年月日を記載すること。また、当該請求月にかからない指示期間は記載しないこと。

なお、指示年月日の記載がない場合は、指示書の有効期間を交付後１か月とみなすこと。

（２） 主治医から、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である旨の特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受けた場合は、「（特別指示期間）」又は「（精神特別指示期間）」欄に特別指示の有効期間を示す年月日を記載すること。

なお、請求を行う月の前月に特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、当該請求月においても引き続き当該特別指示による訪問看護を実施した場合にあっては、特別指示があった前月の年月日についても「（特別指示期間）」又は「（精神特別指示期間）」欄に記載すること。

23 「基本療養費Ⅰ」、「基本療養費Ⅱ」、「基本療養費Ⅰ及びⅡの加算」、「基Ⅲ」、「精神科基本療養費Ⅰ」、「精神科基本療養費Ⅲ」、「精神科基本療養費Ⅰ及びⅢの加算」及び「精Ⅳ」欄について

（１） 訪問看護基本療養費（Ⅰ）を算定する場合

ア 保健師、助産師又は看護師が週３日までの指定訪問看護を行った場合は⑪の「看護師等」の項に「×，×××」円、准看護師が行った場合は⑫の「准看護師」の項に「×，×××」円、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合は⑭の「理学療法士等」の項に「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載し、週４日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅰ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合は以下により記載すること。

（ア） ⑬の「専門の研修を受けた看護師」の項に「××，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅰ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

（イ） 「専門の研修」欄における「基本療養費Ⅰ・Ⅱ」の項について、「１ 緩和ケア」、「２ 褥瘡ケア」又は「３ 人工肛門・人工膀胱ケア」のいずれかを〇で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、上記〇に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないこと。

（２） 訪問看護基本療養費（Ⅱ）を算定する場合

ア 同一建物居住者に対して、保健師、助産師又は看護師が指定訪問看護を行った場合は⑮の「看護師等」の項に、准看護師が行った場合は⑯の「准看護師」の項に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合は⑱の「理学療法士等」の項に、同一建物居住者の人数（「２人」「３人以上９人以下」「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」「50 人以上」）及び訪問日数（「週３日目」「週４日目以降」「月 20 日目まで」「月 21 日目以降」）の区分に応じてそれぞれ「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載する。なお、区分ごとに行を改めて記載

すること。

また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　同一建物居住者に対し、悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合は以下によること。

(ア)　⑰の「専門の研修を受けた看護師」の項に「××，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、同一日に３人以上に対して訪問した場合は、「３人以上」の項に同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅱ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(イ)　「専門の研修」欄における「基本療養費Ⅰ・Ⅱ」の項について、「１　緩和ケア」、「２　褥瘡ケア」又は「３　人工肛門・人工膀胱ケア」のいずれかを〇で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、上記〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(３)　精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)を算定する場合

保健師又は看護師が週３回までの指定訪問看護を行った場合には、１回の指定訪問看護の実施時間に基づき、㉛の「看護師等」の項の「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかに「×，×××」円、作業療法士が行った場合は㉜の「作業療法士」の項の「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかに「×，×××」円、准看護師が行った場合は㉝の「准看護師」の項の「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかに「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載し、週４日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(４)　精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定する場合

同一建物居住者に対して、保健師又は看護師が指定訪問看護を行った場合には、㉞の「看護師等」の項に、作業療法士が行った場合は㉟の「作業療法士」の項に、准看護師が行った場合は㊱の「准看護師」の項に、同一建物居住者の人数（「２人」「３人以上９人以下」「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」「50 人以上」）及び訪問日数（「週３日目」「週４日目以降」「月 20 日目まで」「月 21 日目以降」）の区分に応じて、１回の指定訪問看護の実施時間に基づき「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかにそれぞれ「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載する。なお、区分ごとに行を改めて記載すること。

また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(５)　訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）の加算並びに精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)の加算について

ア　末期の悪性腫瘍等の利用者又は特別訪問看護指示書が交付された者に対して、必要に応

じて１日に２回指定訪問看護を行った場合は、⑲の「難病等複数回訪問加算」欄に、同一建物居住者の人数（「１人又は２人」「３人以上９人以下」「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」「50 人以上」）の行に分けて「×，×××」円、当該月において１日に２回訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。１日に３回以上指定訪問看護を行った場合は、同一建物居住者の人数（「１人又は２人」「３人以上９人以下」「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」「50 人以上」）及び訪問日数（「月 20 日目まで」「月 21 日目以降」）の区分に応じてそれぞれ「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載する。なお、区分ごとに行を改めて記載すること。

また、精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者に対して、必要に応じて１日に２回指定訪問看護を行った場合は、㊷の「精神科複数回訪問加算」欄に、同一建物居住者の人数（「１人又は２人」「３人以上９人以下」「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」「50 人以上」）の行に分けて「×，×××」円、当該月において１日に２回訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。１日に３回以上指定訪問看護を行った場合は、同一建物居住者の人数（「１人又は２人」「３人以上９人以下」「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」「50 人以上」）及び訪問日数（「月 20 日目まで」「月 21 日目以降」）の区分に応じてそれぞれ「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載する。なお、区分ごとに行を改めて記載すること。

イ　訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合は、次により⑳の「緊急訪問看護加算」欄又は㊲の「精神科緊急訪問看護加算」欄に記載すること。

（ア）　月 14 日目までの場合は、左側の「　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（イ）　月 15 日目以降の場合は、中央の「　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（ウ）　右側の「　円」の項には、(ア)及び(イ)により計算した合計金額を記載すること。

ウ　別に厚生労働大臣の定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が 90 分を超える訪問看護を実施した場合は、㉑の「長時間訪問看護加算」欄又は㊳の「長時間精神科訪問看護加算」欄に「×，×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

エ　訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)において、６歳未満の利用者に対して指定訪問看護を実施した場合は、次により㉒の「乳幼児加算」欄に記載すること。

（ア）　乳幼児加算（厚生労働大臣が定める者を除く。）の場合は、左側の「　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（イ）　乳幼児加算（厚生労働大臣が定める者に限る。）の場合は、中央の「　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（ウ）　右側の「　円」の項には、(ア)及び(イ)により計算した合計金額を記載すること。

オ　訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)において、別に厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者に対して、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師に保健師、助産師又は看護師が同行し同時に訪問看護を行った場合は㉓の「複数名訪問看護加算」欄の「看護師等」の項に「×，×××」円、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が同時に行った場合は「理学療法士等」の項に「×，×××」円、准看護師が同時に行った場合は「准看護師」の項に「×，×××」円、その他職員が同行しハを算定する場合は「その他職員ハ」の項に「×，×××」円、その他職員が同行しニを算定する同時に行った場合は「その他職員ニ」の項に１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「×，×××」円と記載し、当該月において訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、同一建物居住者の人数に応じて、「１人又は２人」、「３人以上９人以上」、「10 人以上 19 人以下」、「20 人以上 49 人以下」又は「50 人以上」の行に分けて記載すること。

また、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)において、訪問看護ステーションの保健師又は看護師に保健師又は看護師が同行し同時に訪問看護を行った場合は㊴の「複数名精神科訪問看護加算」欄の「看護師等」の項に１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「×，×××」円、作業療法士が同時に行った場合は「作業療法士」の項に１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「×，×××」円、准看護師が同時に行った場合は「准看護師」の項に１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「×，×××」円、看護補助者が同時に行った場合は「看護補助者」の項に「×，×××」円、精神保健福祉士が同時に行った場合は「精神保健福祉士」の項に「×,×××円」と記載し、当該月において訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、同一建物居住者の人数に応じて、「１人又は２人」、「３人以上９人以上」、「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」又は「50 人以上」の行に分けて記載すること。

カ　夜間（午後６時から午後 10 時まで）又は早朝（午前６時から午前８時まで）に指定訪問看護を行った場合は㉔又は㊵の「夜間・早朝訪問看護加算」欄に、深夜（午後 10 時から午前６時まで）に指定訪問看護を行った場合は㉕又は㊶の「深夜訪問看護加算」欄に、同一建物居住者の人数（「１人又は２人」「３人以上９人以下」「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」「50 人以上」）及び訪問日数（「月 15 日目まで」「月 16 日目以降」）の区分に応じてそれぞれ「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載する。なお、区分ごとに行を改めて記載すること。

（６）　訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定する場合

ア　訪問看護基本療養費(Ⅲ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている利用者に対して、保健師、助産師、看護師又は准看護師が指定訪問看護を行った場合には㉖の「看護師等」の項に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合には㉖の「理学療法士等」の項に「×，×××」円、当該月に訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

イ　精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている利用者に対して、保健師、看護師又は准看

護師が指定訪問看護を行った場合には㊸の「看護師等」の項に、作業療法士が行った場合には㊸の「作業療法士」の項に「×，××× 」円、当該月に精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

（７） 月の途中で、利用者の住所変更等の理由により加算の算定の有無に異動があった場合には、項目を縦に二分し、それぞれの場合について、算定額、当該月に行った指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

（８） 同一の指定訪問看護において複数の者が行った場合は、いずれか１人の者についてのみ１日として記載すること（複数名訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護加算の算定日を除く。）。

（９） 指定訪問看護の利用者が、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等第２の１に規定する疾病等の利用者等であって他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「特記事項」欄の「１　他①」の数字を〇で囲み、他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「特記事項」欄の「１　他①」及び「２　他②」のそれぞれの数字を〇で囲むとともに、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称をそれぞれ記載すること。なお、電子計算機の場合は、「１　他①」又は「２　他②」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(10) 従たる訪問看護ステーションに勤務する看護師等が指定訪問看護を行った場合は、訪問看護療養費明細書の「特記事項」欄の「３　従」の数字を〇で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「３　従」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(11) 特別地域訪問看護加算を算定した場合は、「特記事項」欄の「４　特地」の数字を〇で囲み、訪問看護ステーションから利用者の家庭までの移動時間が片道１時間以上要する場合（特別地域訪問看護加算のイの場合）は、利用者の住所及び通常の場合の訪問に要する時間（片道）を併せて記載すること。また、利用者の家庭までの移動時間が片道 30 分以上要する場合であって往復の移動時間及び指定訪問看護の実施時間の合計が２時間 30 分以上であった場合（特別地域訪問看護加算のロの場合）は、訪問看護を実施した年月日、利用者の住所、通常の場合の訪問に要する時間（片道）及び指定訪問看護の実施時間を、当該加算を算定した日ごとに併せて記載すること。

なお、電子計算機の場合は、「４　特地」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(12) 要介護被保険者等で、訪問看護を医療保険（健康保険、国民健康保険及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）で算定している場合は、「特記事項」欄の「５　介」の数字を〇で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「５　介」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(13) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が 24 時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、往診担当医や訪問看護担当者氏名、担当日等を文書により提供している利用者の場合は、「特記事項」欄の「６　支援」の数字を〇で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「６　支援」の○に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(14)　緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算を算定した場合は、「特記事項」欄の「10　緊急訪問看護の理由」の数字を○で囲み、緊急の訪問看護を実施した日と緊急訪問看護の理由を、当該加算を算定した日ごとに併せて記載すること。

なお、電子計算機の場合は、「10　緊急訪問看護の理由」の○に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。また、緊急訪問看護の理由を「特記事項」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、指定訪問看護の行われた年月、訪問看護ステーションコード、氏名、保険種別（例：１社・国　２本人）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担番号）、被保険者資格に係る記号・番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

24　「管理療養費」欄について

（１）　次により記載すること。

ア　月の初日の訪問の場合は、㉛の「管理療養費」欄の月の初日の欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

イ　月の２日目以降の訪問の場合は、㉜の月の２日目以降の欄に、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 67 号）に規定する当該月における単一建物居住利用者の人数（「20 人未満」「20 人以上 50 人未満」「50 人以上」）に応じて、「月 15 日目まで」、「月 16 日目以降」又は「月 25 日目以降」にそれぞれ行を分けて「×，×××」円、訪問日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

（２）　管理療養費の各加算については、当該月に算定した加算の内容を次のとおり記載すること。

ア　24 時間対応体制加算を算定した場合は、㉝の「24 時間対応体制加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

イ　特別管理加算を算定した場合は、㉞の「特別管理加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」と記載すること。

ウ　退院時共同指導加算を算定した場合は、㉟の「退院時共同指導加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に退院時共同指導加算を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても１回に限り算定すること。さらに、当該利用者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者で特別管理指導加算を算定した場合は、㊱の「特別管理指導加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に特別管理指導加算を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。特別管理指導加算は、厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については当該入院中に２回に限り算定できる。

エ　退院支援指導加算を算定した場合は、次により㊲の「退院支援指導加算」欄に記載す

ること。

（ア） 退院支援指導（長時間行った場合を除く。）を行った場合は、左側の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（イ） 退院支援指導（長時間行った場合に限る。）を行った場合は、中央の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（ウ） 右側の「　　円」の項には、(ア)及び(イ)により計算した合計金額を記載すること。

また、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合は、「特記事項」欄の「８　退支」の数字を〇で囲み、死亡日又は再入院日を併せて記載すること。なお、電子計算機の場合は、「８　退支」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

オ　在宅患者連携指導加算を算定した場合は、㊼の「在宅患者連携指導加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

カ　在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合は、㊽の「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても１回に限り算定すること。

キ　精神科重症患者支援管理連携加算を算定した場合は、㊾の「精神科重症患者支援管理連携加算」欄の「　　円」の項に、「×，×××」円と記載すること。

ク　看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、㊿の「看護・介護職員連携強化加算」欄の「　　円」の項に、「×，×××」円と記載すること。

また、看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、「特記事項」欄の「９　連」の数字を〇で囲み、介護職員等と同行訪問した日を併せて記載すること。なお、電子計算機の場合は、「９　連」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

ケ　専門管理加算を算定した場合は次のとおり記載すること。

（ア） (61)の「専門管理加算」欄の「　　円」の項に、「×，×××」円と記載すること。

（イ） 「専門の研修」欄における「専門管理加算」の項については、以下の項目を記載すること。

① 「１　緩和ケア」、「２　褥瘡ケア」又は「３　人工肛門・人工膀胱ケア」のいずれかを〇で囲むこと（専門管理加算のイに該当する場合に限る。）。

② 「４　特定行為」を〇で囲み、次の表に掲げる特定行為のうち該当するコードを（　　）に記載すること（専門管理加算のロに該当する場合に限る。）。

なお、電子計算機の場合は、上記〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

ｺｰﾄﾞ	特定行為
０１	気管カニューレの交換
０２	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
０３	膀胱ろうカテーテルの交換
０４	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
０５	創傷に対する陰圧閉鎖療法
０６	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
０７	脱水症状に対する輸液による補正

（ウ）　「専門の研修」欄の「手順書交付年月日」の項については、手順書が交付された年月日を記載すること（専門管理加算のロに該当する場合に限る。）。

（エ）　「専門の研修」欄の「直近見直し年月日」の項については、利用者の主治医とともに、手順書の妥当性を検討した年月日を記載すること（専門管理加算のロに該当する場合に限る。）。

コ　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した場合は、㊷の「訪問看護医療ＤＸ情報活用加算」欄の「　　円」の項に、「×，×××」円と記載すること。

サ　訪問看護医療情報連携加算を算定した場合は、㊸の「訪問看護医療情報連携加算」欄の「　　円」の項に、「×，×××」円と記載すること。

25　「訪問看護情報提供療養費」欄について

（１）　当該月において、当該指定訪問看護の利用者の指定訪問看護の状況等の情報を提供した場合に、㊹の「訪問看護情報提供療養費」欄に、訪問看護情報提供療養費１の場合は「１　市（区）町村等」の項に「×，×××」円、訪問看護情報提供療養費２の場合は「２　学校等」の項に「×，×××」円、訪問看護情報提供療養費３の場合は「３　保険医療機関等」の項に「×，×××」円と記載する。

（２）　「情報提供先」欄については、以下により記載すること。

ア　訪問看護情報提供療養費１を算定する場合は、市区町村等への情報提供に係る算定の場合は「１　市（区）町村等」、指定特定相談支援事業者への情報提供に係る算定の場合は「２　指定特定相談支援事業者」の数字を〇で囲むこと。

イ　訪問看護情報提供療養費２を各年度１回までの算定として算定する場合は、「０　年度１回　前回算定」の項に、当該療養費を算定した前回の年月を記載すること（ただし、初めて算定する場合を除く。）。

　また、各年度１回までの算定とは別に、入園又は入学に係る算定の場合は「１　入園・入学」、転園又は転学に係る算定の場合は「２　転園・転学」又は医療的ケアの実施方法の変更に係る算定の場合は「３　医療的ケアの変更」の数字を〇で囲むこと。

ウ　訪問看護情報提供療養費３を算定する場合は、利用者の診療を行っている保険医療機関の紹介先が、保険医療機関の場合は「１　保険医療機関」、介護老人保健施設の場合は「２　介護老人保健施設」又は介護医療院の場合は「３　介護医療院」の数字を〇で

囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、上記〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

26　「包括型訪問看護療養費」欄について

（１）「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 67 号）に規定する包括型訪問看護療養費を算定する場合には、㊺包括型訪問看護療養費の欄に、当該月における単一建物居住利用者の人数（「20 人未満」「20 人以上 50 人未満」「50 人以上」）に応じて、訪問看護時間（「30 分以上 60 分未満」「60 分以上 90 分未満」「90 分以上」「90 分以上（別に厚生労働大臣が定める場合）」）ごとに行を分けて、「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

（２）　包括型訪問看護療養費を算定した場合には、「特記事項」欄の「11　包括型」の数字を〇で囲み、当該月の実際の単一建物居住利用者の人数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、「11　包括型」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

27　「訪問看護ターミナルケア療養費」欄について

（１）　訪問看護ステーションが、在宅で死亡した利用者について、死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に２回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定（退院支援指導加算を含む）し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制について利用者及びその家族に対して説明を行った上でターミナルケアを行った場合に、㊼ターミナルケア療養費欄の「　　円」の項に「××，×××」円と記載し、「死亡の状況」欄の「時刻」と「場所」も併せて記載すること。

（２）　遠隔死亡診断補助加算を算定した場合は、㊽遠隔死亡診断補助加算欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

28　「訪問看護遠隔診療補助料」欄について

（１）　訪問看護遠隔診療補助料を算定する場合には、㊾訪問看護遠隔診療補助料欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

（２）　訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合は「特記事項」欄の「12　訪看遠診補助」の数字を〇で囲み、算定日を併せて記載すること。なお、電子計算機の場合は、「12　訪看遠診補助」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

29　「訪問看護ベースアップ評価料」欄について

次により記載すること。

（１）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定した場合は、㊶の（Ⅰ）欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

（２）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）を算定した場合は、㊷の（Ⅱ）欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

30　「訪問看護物価対応料」欄について

（１） 訪問看護物価対応料１を算定した場合は、⑭の物価対応料１の欄に次により記載すること。

（ア） 月の初日の訪問の場合は、左側の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

（イ） 月の２回目以降の訪問の場合は、中央の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に訪問看護管理療養費（月の２日目以降）を算定する日数を記載すること。

（ウ） 右側の「　　円」の項には、(ア)及び(イ)により計算した合計金額を記載すること。

（２） 訪問看護物価対応料２を算定した場合は、⑮の物価対応料２の欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に包括型訪問看護療養費を算定する日数を記載すること。

31 「（公費分金額）」欄について

（１） 指定訪問看護と公費負担医療との併用の場合にあっては、「（公費分金額）」欄には公費負担医療に係る請求金額を記載するが、公費負担医療に係る請求金額が指定訪問看護に係る請求金額と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格に変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が指定訪問看護と異なる場合は、公費負担医療に係る請求金額が指定訪問看護に係る請求金額と異なることとなるので、この場合には「（公費分金額）」欄に当該公費負担医療に係る請求金額を記載すること。この場合において、指定訪問看護に係る請求金額と異なる公費負担医療が２種以上あるときは、「（公費分金額）」欄を縦に区分し、左から順次第１公費、第２公費の順で当該公費に係る請求金額を記載すること。

（２） 公費負担医療単独の場合にあっては、「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護物価対応料」欄に、当月療養に係るすべての金額等を記載し、「（公費分金額）」欄には記載しないこと。

（３） 公費負担医療と公費負担医療との併用の場合にあっては、「（公費分金額）」欄を縦に区分し、左から順に第１公費、第２公費の順で当該公費に係る請求金額を記載するが、金額のすべての請求金額と同じ請求金額の公費負担医療がある場合は、縦に２区分すること及び当該請求金額を記載することを省略しても差し支えないこと。

なお、「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護物価対応料」欄には、当該療養に係るすべての回数及び金額を記載すること。

（４） 同一明細書において、指定訪問看護と公費負担医療の医療給付の内容が異なる場合又は指定訪問看護と公費負担医療の実日数が異なる場合は、「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護物価対応料」欄に記載された内訳のうち、公費負担医療に係る分に下線を付すこと。

なお、指定訪問看護と公費負担医療の実日数が異なる場合において、「（公費分金額）」欄との対応が明らかである場合は下線を省略しても差し支えないこと。公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様であること。

32 「実日数」欄について

（１） 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、「保険」については医療保険、「公費①」については第１公費、「公費②」については第２公費に係る指定訪問看護を行った実日数を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合の第１公費に係る分については、「公費①」の項に記載すること。ただし、第１公費に係る分が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る分

を省略しても差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る分が第１公費に係る分と同じ場合は、第２公費に係る分の記載を省略しても差し支えないこと。

（２） 同一日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合であっても、１日として記載すること。

33 「訪問日」欄について

（１） 指定訪問看護を行った日について、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定する場合は、「○◎◇●」の列の該当する日付の欄に○を記載し、包括型訪問看護療養費を算定する場合は、●を記載すること。ただし、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定する場合については、１日に２回訪問を行った場合は◎、１日に３回以上訪問を行った場合は◇を記載すること。

（２） 以下の場合にあっては「☆」の列の該当する日付の欄に☆を記載すること。

ア 訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は訪問看護基本療養費（Ⅱ）における悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合

イ 専門管理加算を算定した場合

緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師が指定訪問看護を行った日については、全ての日付を記載すること。

（３） 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に基づき指定訪問看護を行った場合は、「△」の列の該当する日付の欄に△を記載すること。

（４） 長時間訪問看護加算又は長時間精神科訪問看護加算を算定した場合は、「□」の列の該当する日付の欄に□を記載すること。

（５） 複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算を算定した場合は、「▽」の列の該当する日付の欄に▽を記載すること。

（６） 訪問看護基本療養費（Ⅱ）又は精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）を算定した場合は、「同一建物」の列の該当する日付の欄に○を記載すること。

（７） 複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、「同一緊急」の列の該当する日付の欄に○を記載すること。

また、「特記事項」欄の「７　同一緊急」の数字を○で囲むとともに、当該加算のみを算定した日の直前に訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した年月日及び当該加算のみを算定した日に計画に基づく指定訪問看護を行った当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。なお、当該他の訪問看護ステーションの名称等は、「他①」又は「他②」（「特記事項」欄の「１　他①」又は「２　他②」に記載した訪問看護ステーションと対応するものであること。）と記載しても差し支えないもの

であること。

34　「合計」欄について

（１）　「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、「保険」については医療保険、「公費①」については第１公費、「公費②」については第２公費に係る金額（「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護ベースアップ評価料」欄までの金額の合計をいう。）を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の金額は、「公費①」の項に記載すること。ただし、第１公費に係る金額が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る金額が第１公費に係る金額と同じ場合は、第２公費に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。

（２）　「負担金額」の項については、以下によること。

ア　医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）については、以下によること。

医療保険の場合は、利用者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載すること。

利用者の負担額が免除される場合は「免除」、支払が猶予される場合は「支払い猶予」と記載すること。

イ　医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療については、以下によること。

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

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

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

（エ）　健康保険法施行令第 43 条第１項第２号ホに掲げる者、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号ホに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第１項第１号

ホに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「備考」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。

（オ） 医療保険の場合は、利用者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載すること。

利用者の負担額が免除される場合は「免除」、支払が猶予される場合は「支払い猶予」と記載すること。

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

ウ 「負担金額」の項中「公費①」又は「公費②」の項には、「公費①」については第１公費、「公費②」については第２公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る利用者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る利用者の負担額を下回る場合で、「負担金額」の項に金額を記載するものの場合はイの(ア)により記載した額を、金額の記載を要しないものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法との併用の場合には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（すなわち、窓口で徴収した額）を記載すること。

また、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る利用者の負担額については、10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）に、10 円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

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

エ 高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって難病法による特定医療及び肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に

係る負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の２割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る利用者の負担額を下回る場合は、当該２割相当の額（「負担金額」の項に金額を記載するものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないものの場合は、10 円未満の端数を四捨五入する前の額。）を記載すること。

35　その他

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

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

（２）　「職務上の事由」欄は記載しないこと。

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

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

（４）　「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護物価対応料」欄までには、生活保護法による医療扶助に係る日数及び金額を記載すること。

（５）　「（公費分金額）」欄は縦に２区分し、左から順次感染症法による結核患者の適正医療、障害者総合支援法による精神通院医療等の順で当該公費に係る請求金額を記載するが、生活保護法による医療扶助に係る請求金額と同じ請求金額の公費負担医療がある場合は、縦に２区分すること及び当該請求金額を記載することを省略しても差し支えないこと。

（６）　生活保護法による医療扶助に係る請求金額は「合計」欄の「請求」の項の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る請求金額は「請求」の項の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る請求金額は「請求」の項の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

36　後期高齢者医療におけるその他

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

（別添１）

訪問看護ステーションコード設定要領

１　訪問看護ステーションコードは、次のように郡市区番号２桁、訪問看護ステーション番号（以下「ステーション番号」という。）４桁、検証番号１桁、計７桁の算用数字を組み合わせたものとする。

２　桁	４　桁	１　桁
郡市区番号	ステーション番号	検証番号

２　郡市区番号は、都道府県ごとに、郡、市及び区を単位として、地方厚生（支）局長が定めるものとする。

３　ステーション番号は、「９，０００」から「９，４９９」までの一連の番号を２の郡、市及び区ごとに、地方厚生（支）局長がこれを定めるものとする。ただし、４桁のステーション番号のうち、中２桁又は下２桁が「９０」となる番号は、欠番とするものとする。

４　検証番号は、次により算出した番号とする。

（１）　都道府県番号、算定表番号、郡市区番号及びステーション番号の各数に末尾の桁を起点として順次「２」と「１」を乗じる。この場合の都道府県番号は、別表「都道府県番号表」に定める番号とする。また、算定表番号は、「６」とする。

（２）（１）で算出した積の和を求める。ただし、積が２桁となる場合は、１桁目と２桁目の数の和とする。

（３）「１０」と（２）で算出した数の下１桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、（２）で算出した数の下１桁の数が「０」のときは、検証番号を「０」とする。

〔例〕

都道府県番号	算定表番号	郡市区番号	ステーション番号	
４　４	６	０　７	９　１　２　３	←起点
×　×	×	×　×	×　×　×　×	
２　１	２	１　２	１　２　１　２	

8+4+(1+2)+0+(1+4)+9+2+2+6=39

◎１０－９＝１　　検証番号「１」

◎訪問看護ステーションコード　：「07,9123,1」

５　訪問看護ステーションコードの管理は、地方厚生（支）局長において行うものとし、当該ステーションコードの設定又は変更に際しては、審査支払機関に対して速やかに連絡するものとする。

（別表）

都　道　府　県　番　号

都道府県	番号	都道府県	番号	都道府県	番号
北海道	０１	石　川	１７	岡　山	３３
青　森	０２	福　井	１８	広　島	３４
岩　手	０３	山　梨	１９	山　口	３５
宮　城	０４	長　野	２０	徳　島	３６
秋　田	０５	岐　阜	２１	香　川	３７
山　形	０６	静　岡	２２	愛　媛	３８
福　島	０７	愛　知	２３	高　知	３９
茨　城	０８	三　重	２４	福　岡	４０
栃　木	０９	滋　賀	２５	佐　賀	４１
群　馬	１０	京　都	２６	長　崎	４２
埼　玉	１１	大　阪	２７	熊　本	４３
千　葉	１２	兵　庫	２８	大　分	４４
東　京	１３	奈　良	２９	宮　崎	４５
神奈川	１４	和歌山	３０	鹿児島	４６
新　潟	１５	鳥　取	３１	沖　縄	４７
富　山	１６	島　根	３２		

（別添２）

法別番号及び制度の略称表

（１）

	区分		法別番号	制度の略称
医療保険制度	全国健康保険協会管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）		０１	（協会）
	船員保険		０２	（船）
	日雇特例被保険者の保険	○一般医療（法第 133 条及び第 141 条関係）	０３	（日）
		○特別療養費（法第 145 条関係）	０４	（日　特） 又は（特）
	組合管掌健康保険		０６	（組）
	防衛省職員給与法による自衛官等の療養の給付（法第 22 条関係）		０７	（自）
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付		３９	（高）
	国家公務員共済組合		３１	（共）
	地方公務員等共済組合		３２	
	警察共済組合		３３	
	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		３４	
	特定健康保険組合		６３	（退）
	国家公務員特定共済組合		７２	
	地方公務員等特定共済組合		７３	
	警察特定共済組合		７４	
	公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		７５	

（注）　63･72～75 は、特例退職被保険者及び特例退職組合員に係る法別番号である。

（２）

	区分		法別番号	制度の略称
公費負担医療制度	戦傷病者特別援護法による	○療養の給付（法第 10 条関係）	１３	－
		○更生医療（法第 20 条関係）	１４	－
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○認定疾病医療（法第 10 条関係）	１８	－
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○新感染症外出自粛対象者の医療（法第 50 条の３関係）	２９	－
	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第 81 条関係）		３０	－
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による結核患者の入院（法第 37 条関係）		１１	（結核入院）
	障害総合支援法による	○精神通院医療（法第５条関係）	２１	（精神通院）
		○更生医療（法第５条関係）	１５	－
		○育成医療（法第５条関係）	１６	－
		○療養介護医療（法第 70 条関係）及び基準該当療養介護医療（法第 71 条関係）	２４	－
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	○新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者の医療（法第 44 条の３の２関係）	２８	－
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○一般疾病医療費（法第 18 条関係）	１９	－
	児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援（法第 19 条の２関係）		５２	－
	難病の患者に対する医療等に関する法律による	○特定医療（法第５条関係）	５４	－
	特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康影響による治療研究費		５１	－

	肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付	３８	―
	児童福祉法の措置等に係る医療の給付	５３	―
	石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給（法第４条関係）	６６	―
	特定Ｂ型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措置法による定期検査費及び母子感染症防止医療費の支給（法第 12 条第１項及び第 13 条第１項関係）	６２	―
	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第 14 条第４項に規定する医療支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律附則第４条第２項において準用する場合を含む。）	２５	―
	生活保護法による医療扶助（法第 15 条関係）	１２	（生保）

別表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）
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・文字データ」 「訪問した場所3・文字データ」	5　その他：*****
2	－	4か所目以降の訪問した場所	訪問した場所が4箇所以上あった場合は、4箇所目以降の訪問した場所及び当該訪問場所への変更年月日を記載すること。	850500001	訪問場所変更年月日（1　自宅）（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500002	訪問場所変更年月日（2　施設（01　社会福祉施設及び身体障害者施設））（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500003	訪問場所変更年月日（2　施設（02　小規模多機能型居宅介護））（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500004	訪問場所変更年月日（2　施設（03　複合型サービス））（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500005	訪問場所変更年月日（2　施設（04　認知症対応型グループホーム））（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500006	訪問場所変更年月日（2　施設（05　特定施設））（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500007	訪問場所変更年月日（2　施設（06　地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設））（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				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"
				850500010	訪問場所変更年月日（5　その他）（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830500001	訪問場所（訪問した場所（5　その他））（訪問場所4箇所目以降）：*****
3	－	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。	特記事項レコード 「特記事項コード（04）」	4　特地
				830500002	利用者の住所（特別地域訪問看護加算）：*****
				852500001	通常の場合訪問に要する時間（片道）（特別地域訪問看護加算）：mmmmm"分"
			（特別地域訪問看護加算ロの場合） 指定訪問看護を行った年月日を記載すること。	850500020	訪問年月日（特別地域訪問看護加算ロの場合）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			（特別地域訪問看護加算ロの場合） 指定訪問看護に要した時間を記載すること。	852500002	訪問看護時間（特別地域訪問看護加算ロの場合）：
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（1）」又は「2（2）」に該当する訪問看護ステーションの場合を除く）	特記事項レコード 「特記事項コード（07）」	7　同一緊急
				利用者情報レコード 「他の訪問看護ステーション・1・所在地」 「他の訪問看護ステーション・2・所在地」	所在地：******
				利用者情報レコード 「他の訪問看護ステーション・1・名称」 「他の訪問看護ステーション・2・名称」	名称：******
				850500014	直前に基本療養費を算定した年月日（所在地及び名称は他の訪問看護ステーション1に記載）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500015	直前に基本療養費を算定した年月日（所在地及び名称は他の訪問看護ステーション2に記載）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
6	02注7	退院支援指導加算	退院支援指導加算を算定した場合において、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に再入院した場合は、「情報」欄に「特記事項」として「8　退支」を記載し、再入院年月日を併せて記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード（08）」	8　退支
				850500011	再入院年月日（退院支援指導加算）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
7	02注7	退院支援指導加算	退院支援指導加算を算定した場合において、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡した場合は、「情報」欄に「特記事項」として「8　退支」を記載し、死亡年月日を併せて記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード（08）」	8　退支
				850500012	死亡年月日（退院支援指導加算）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

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 訪看遠診補助」を記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード(12)」	12 訪看遠診補助
			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。