

「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330007号）

別紙

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号。以下「一般記載要領」という。）別紙1のIと同様であること。

II 診療報酬明細書（様式第10）の記載要領

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙1のII第3の1の(1)、(2)、(4)及び(9)と同様であること。

- (1) 同一の被保険者等が2以上の傷病について診療を受けた場合においても、1件の診療報酬明細書（以下「明細書」という。）に併せて記載すること。
- (2) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証若しくは後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

なお、月の途中にかかわらず上記変更が生じ、別の明細書を作成する場合、変更前の明細書の「出来高部分」欄及び変更後の明細書の「包括評価部分」欄にその旨（例 社本より国保 ○年○月○日）を記載すること。また、変更後の明細書に変更前の明細書の「患者基礎情報」欄及び「包括評価部分」欄の内容を記載すること。

2 明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙1のII第3の2の(1)から(9)まで、(11)から(13)まで、(21)から(23)まで及び(25)から(27)までと同様であること。この場合、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあっては、入院分の記載に係る例によること。

(1) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

(2) 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について

「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄には算定告示別表20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」（平成30年3月20日保医発0320第3号）（以下「留意事項通知」という。）の別添2定義テーブルに掲げる「定義副傷病名及びその対応するICDコードを記載すること。

なお、傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成28年4月28日保発0428第14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」（平成30年3月26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。）にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

(4) 「今回入院年月日」欄について

入院年月日（DPC算定対象となる病棟等以外の病棟（以下「対象外病棟」という。）からDPC算定対象となる病棟等に転棟した場合は転棟年月日）を和暦により記載すること。また、退院時には診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定することとなった場合は当該入院の年月日を記載すること。

なお、留意事項通知の第3の1の（7）同一傷病等での再入院に係る取扱いに基づく7日以内の再入院があった場合（以下「7日以内の再入院」という。）には前回入院と一連の入院とみなした入院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした入院年月日を記載し、あわせて「摘要」欄に「特別」と記載すること。

(5) 「今回退院年月日」欄について

退院年月日を和暦により記載すること。ただし、診断群分類点数表等による診療報酬額の算定を終了する場合には、当該終了日を記載すること。

なお、7日以内の再入院があった場合には、前回入院と一連の入院とみなした退院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした退院年月日を記載し、あわせて「摘要」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、退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第1公費及び第2公費に係る診療実日数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の診療実日数は、「公費①」の項に記載すること。

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

② 診療実日数は、入院日数を記載することとし、入退院日は、それぞれ1日として数えること。なお、7日以内の再入院があった場合には、当該退院日の翌日から再入院の前日までの日数は含めないこと。

(7) 「転帰」欄について

当該患者の退院時における転帰については、以下の左に掲げる状態に応じ、右の番号及び状態を記載すること。

医療資源を最も投入した傷病が治癒したと判断される場合	1 治癒
医療資源を最も投入した傷病が軽快したと判断される場合	2 軽快
医療資源を最も投入した傷病が寛解したと判断される場合	3 寛解
医療資源を最も投入した傷病が不変と判断される場合	4 不変
医療資源を最も投入した傷病が増悪したと判断される場合	5 増悪
医療資源を最も投入した傷病による死亡の場合	6 死亡
医療資源を最も投入した傷病以外による死亡の場合	7 外死亡
DPC算定対象となる病棟等以外又は入院日Ⅲを 超えている等に該当し対象外となった場合	9 その他

(8) 「傷病情報」欄について

① 「傷病情報」欄については、次に掲げるア及びイの事項については必ず記載し、ウからオまでの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つては、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慮しつつ、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、処方内容に配慮しつつ、重要なものから記載すること。

傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に規定する傷病名を用いるとともに、併せてICDコー

ドを用いること。更に別添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②の事項については必ず記載し、①、③及び④の事項については該当がある場合は順次記載すること。

① 「DPC算定対象となる病棟等以外の病棟移動の有無」について

対象外病棟へ転棟又は対象外病棟からDPC算定対象となる病棟等へ転棟した場合は、「有」と記載すること。

② 「予定・緊急入院区分」について

予め当該医療機関に入院すること（入院日）が決まってい、その日に入院した場合は「1 予定入院」、それ以外の場合は「2 緊急入院」と記載すること。ただし、緊急入院等の場合のうち、救急自動車又はドクターヘリにより搬入された場合は「3 緊急入院（2以外の場合）」と記載すること。

③ 「前回退院年月日」について

当該医療機関において入院歴がある場合は、前回の退院年月日を和暦で記載すること。

なお、7日以内の再入院があった場合には前回入院を一連の入院とみなし、それ以前の退院年月日を記載すること。

④ 「前回同一傷病での入院の有無」について

当該医療機関において、今回入院時の入院契機病名と前回入院時に最も医療資源を投入した傷病名が同一（診断群分類の上2桁が同一）である場合に「有」を記載すること。

(10) 「診療関連情報」欄について

診断群分類区分を決定するために必要な以下の事項を記載すること。

① 入院時年齢、出生時体重、JCS (Japan Coma Scale)、Burn Index。

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つては、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。

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つては、重症度等。

なお、010060脳梗塞においては、年齢、出生時体重等の「発症時期及びJCS」及び重症度等の「発症前RankinScale」、040080肺炎等においては、病態等分類の「市中肺炎への該当の有無」及び重症度等の「A-DROP スコア」。

(記載例)

※010060脳梗塞の場合

例1)

脳卒中発症4日目以降又は無症候性、かつ、JCS10未満
発症前Rankin Scale 3

例2)

JCS: 0
脳卒中発症4日目以降7日目以内
発症前Rankin Scale 3

※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「〇月請求分」として記載すること。
- ④ 診療報酬改定日以降の診療報酬明細書については、診療報酬改定日以前の請求月分までの算定式の記載を省略して差し支えないこと。
- ⑤ 外泊した場合は、「外泊」と記載し、外泊した日を記載すること。また、連続した2日を超える場合は、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。なお、算定に当たっては、「出来高部分」欄に記載すること。
- ⑥ 7日以内の再入院については、「7日以内の再入院までの日 〇日、〇日」、転棟した日から起算して7日以内の再転棟については、「7日以内の再転棟までの日 〇日、〇日」と記載すること。なお、当該診療年月の月末日に退院（転棟）した後、翌月7日以内に当該傷病名による再入院（転棟）を行う予定がある場合には、「翌月再入院（転棟）予定あり」と記載すること。

(記載例)

※ 入院日Ⅰ以下：入Ⅰ

入院日Ⅰを超えて入院日Ⅱ以下：入Ⅱ

入院日Ⅱを超えて入院日Ⅲ以下：入Ⅲ

1点未満については四捨五入

例 1：脳腫瘍 頭蓋内腫瘍摘出術等 手術・処置等 2 1あり 定義副傷病 なし

(4月3日入院、6月4日退院の場合)の例(6月診療分)

1	93	4月請求分	
		入Ⅰ	$2,970 \times 15 = \text{小計} \cdots a$
		入Ⅱ	$2,195 \times 13 = \text{小計} \cdots b$
		$(a+b) \times 4 \text{月医療機関別係数} = \text{合計}$	
		5月請求分	
		入Ⅱ	$2,195 \times 2 = \text{小計} \cdots c$
		入Ⅲ	$1,764 \times 29 = \text{小計} \cdots d$
		$(c+d) \times 5 \text{月医療機関別係数} = \text{合計}$	
		6月請求分	

		入Ⅲ 1,764 × 4 = 小計 … e
		e × 6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

その他の手術あり 手術・処置等1 なし、1あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 あり

→ 急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞

その他の手術あり 手術・処置等1 5あり 手術・処置等2 なし

に変更の場合

（4月17日入院、5月3日診断群分類区分変更、5月12日退院の場合）の例
（5月診療分）

		4月請求分
		入Ⅰ 2,961 × 10 = 小計 … a
		入Ⅱ 2,224 × 4 = 小計 … b
		(a+b) × 4月医療機関別係数 = 合計 … A
		5月診療分
		入Ⅱ 2,200 × 1 = 小計 … c
		入Ⅲ 1,870 × 11 = 小計 … d
		(c+d) × 5月医療機関別係数 = 合計 … B
		調整分
1	93	入Ⅰ 3,053 × 8 = 小計 … e
		入Ⅱ 2,200 × 6 = 小計 … f
		((e+f) × 4月医療機関別係数) - A = 小計 … C
		5月請求分 B + C = 合計

(12) 「出来高部分」欄について

- ① 算定した医科点数表における所定点数の名称及び点数を記載すること。なお、その記載は一般記載要領別紙1のⅡ第3の2の(20)の例によるものとする。
- 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 救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「今回入院年月日」の欄の入院年月日が異なる場合は、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。
 - ウ 新生児特定集中治療室管理料を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又は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を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は、出生時体重を記載すること。
- 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「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。ただし、平成24年3月診療分までの間は、「摘要」欄に算定日を記載することとされている点数の規定に従い、「摘

要」欄に算定日を記載すること。

(13) 明細書提出時における診療行為内容の添付について

① 明細書については、その診療行為の内容がわかる情報（以下「コーディングデータ」という。）を別添様式により添付すること。その場合の具体的な取扱いについては以下のとおりとする。

ア 明細書及びコーディングデータについては、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」により提出すること。ただし、それが困難な場合であって明細書を紙媒体により提出する場合についても、コーディングデータは別添様式によりオンライン送信又は電子媒体にて提出すること。

イ コーディングデータについては、明細書の該当月における包括評価による算定を行った期間の診療行為、医薬品及び特定器材の情報（以下「診療行為等」という。）を医科点数表の項目に従い入力すること。なお、特定入院料等を算定している期間については、当該特定入院料等に包括される診療行為等のうち、コーディングに係る診療行為等も併せて入力すること。

② 診断群分類120290産科播種性血管内凝固症候群及び130100播種性血管内凝固症候群（以下「DIC」という。）によって請求する場合、以下の内容を「出来高部分」欄に記載すること。

ア DICの原因と考えられる基礎疾患

イ 厚生労働省DIC基準によるDICスコア又は急性期DIC診断基準（日本救急医学会DIC特別委員会）によるDICスコア

ウ 入院期間中に実施された治療内容（DIC及びDICの原因と考えられる基礎疾患に対する治療を含む。）及び検査値等の推移

(14) その他について

① 「包括評価部分」欄及び「出来高部分」欄について、医療保険と公費負担医療の併用又は公費負担医療と公費負担医療の併用の場合は、左側から負担区分、診療行為の診療識別の順に、該当する「負担区分コード番号」（別表）及び「診療識別コード番号」（別表）を順次記載すること。

② 「出来高部分」欄の記載については、それぞれの診療行為を診療識別コード番号の昇順に順次記載すること。

③ 明細書の「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄及び「包括評価部分」欄並びに「出来高部分」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例：1社・国 1単独 1本入）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄、「包括評価部分」欄、「出来高部分」欄の順に該当する所定の内容を記載し、続紙として、これを当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

④ 当該病院における入院医療について、同一月において診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合は、明細書を総括表とし、「医科入院（様式第2（一））」明細書若しくは明細書又はこれらの明細書と同じ大きさの用紙（以下「出来高明細書」という。）を続紙として添付し、1件の明細書を作成すること。この場合、総括表の記載方法は、一般記載要領別紙1のⅡ第3の2の（1）から（9）まで、（11）から（13）まで及び（18）並びに本通知Ⅱの2の（1）と同様に記載し、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄に当該明細書1件の請求額等の合計額がわかるよう記載すること。

⑤ 留意事項通知の第2の1の（1）に規定する、診断群分類区分に該当しないと判断された患者等、診断群分類点数表により診療報酬を算定しない患者については、医科点数表に基づき算定す

ることとなった理由を総括表の「出来高部分」欄（医科点数表に基づき費用を算定する日のみの月の場合は、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 五号告示第二号に該当した患者

イ 診断群分類点数表に定める入院日Ⅲを超えた患者

ウ 医科点数表算定コードに該当した患者

なお、当該記載にあたっては、原則、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」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：平成30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	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	"GR"を記録する。	平成28年9月診療以前分は、記録を省略する。
医科点数表算定理由	数字	2	固定	医科点数表算定理由コード（別表）を記録する。	
DPCコード	英数	14	可変	1 医科点数表算定理由コード（別表）の「08：厚生労働大臣が別に定める者（告示別表一に掲げる薬剤）の患者であるため」、 「09：医科点数表算定コードに該当するため」及び「10：入院期間3を超えて入院しているため」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"及び"A"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」～「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」に該当する場合は、記録を任意とする。	

注 平成30年3月診療以前分において、厚生労働大臣が別に定める者（短期滞在手術等基本料3）の患者である場合については、「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（医科用又はDPC用）平成28年4月版」に基づき、包括評価対象外理由レコードに

医科点数表算定理由コード「07」を記録する。

別表 医科点数表算定理由コード

コード名	コード	内容
医科点数表算定理由コード	01	入院後24時間以内に死亡したため
	02	生後1週間以内に死亡したため
	03	評価療養又は患者申出療養を受ける患者であるため
	04	臓器移植を受ける患者であるため
	05	包括評価の対象とならない入院料を算定する患者であるため
	06	厚生労働大臣が別に定める者(特定の手術等)の患者であるため
	08	厚生労働大臣が別に定める者(告示別表一に掲げる薬剤)の患者であるため
	09	医科点数表算定コードに該当するため
	10	入院期間3を超えて入院しているため

注 平成30年3月診療以前分において、厚生労働大臣が別に定める者(短期滞在手術等基本料3)の患者である場合については、「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(医科用又はDPC用)平成28年4月版」に基づき、医科点数表算定理由コード「07」を記録する。

- 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「摘要」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「摘要」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を算定する病室に転棟する場合等の取扱いに規定する、入院していた患者が退院の翌日から起算して7日以内に地域包括ケア入

院医療管理料を算定する病室に再入院（転室）する場合には、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類を決定し、「摘要」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。

(別 表)

・負担区分コード番号

		負担区分 コード番号	医療保険 (後期高齢者)	公費①	公費②	公費③	公費④		
医療 保 険 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	○	○	○	○	○			

注1 ○は請求点数のある管掌（法別）である。

2 国民健康保険又は退職者医療については、医療保険を国民健康保険又は退職者医療と読み替える。

< 診療識別コード番号

診 療 識 別	コード番号
初 診	11
医学管理	13
在 宅	14
内 服	21
屯 服	22
外 用	23
調 剤	24
麻 毒	26
調 基	27
投薬その他	28
皮下筋肉内	31
静 脈 内	32
注射その他	33
薬剤料減点	39
処 置	40
手 術	50
麻 酔	54
検査・病理	60
画像診断	70
そ の 他	80
入院基本料	90
特定入院料・その他	92
診断群分類	93
食事療養・標準負担額	97

コーディングデータに係る記録条件仕様

平成30年4月版

目 次 (1 / 3)

頁

第1章	電子情報処理組織の使用によるコーディングデータの提出に関する事項	1
1	電気通信回線	1
2	厚生労働大臣が定める事項	1
3	厚生労働大臣が定める方式	1
(1)	記録形式	1
(2)	ファイル構成	1
(3)	情報表記仕様	1
ア	提出ファイルの構成	1
イ	提出ファイル構成イメージ	2
ウ	レコード形式	3
エ	内容を表現する文字の符号	4
(4)	各種レコードの記録要領に関する事項	5
ア	医療機関情報	5
	医療機関情報レコード	5
イ	レセプト共通情報	6
	レセプト共通レコード	6
ウ	レセプト情報	8
(ア)	保険者レコード	8
(イ)	公費レコード	9
エ	コーディングデータ情報	10
	コーディングデータレコード	10
オ	診療報酬請求書情報	11
	診療報酬請求書レコード	11
第2章	光ディスク等を用いたコーディングデータの提出に関する事項	12
1	光ディスクに関する事項	12
(1)	マグネットオプティカルディスク (MO)	12
ア	媒体関連仕様	12
(ア)	媒体及び物理フォーマット	12
(イ)	論理フォーマット	12
(ウ)	ファイル構成	12
イ	情報表記仕様	12
(ア)	提出ファイルの構成	12
(イ)	提出ファイル構成イメージ	12
(ウ)	レコード形式	12
(エ)	内容を表現する文字の符号	12
ウ	各種レコードの記録要領に関する事項	13
(ア)	医療機関情報	13
(イ)	レセプト共通情報	13
(ウ)	レセプト情報	13
(エ)	コーディングデータ情報	13
(オ)	診療報酬請求書情報	13
(2)	コンパクトディスク (CD-R)	13
ア	媒体関連仕様	13
(ア)	媒体及び物理フォーマット	13
(イ)	論理フォーマット	13
(ウ)	ファイル構成	13
イ	情報表記仕様	13
(ア)	提出ファイルの構成	13
(イ)	提出ファイル構成イメージ	13
(ウ)	レコード形式	13
(エ)	内容を表現する文字の符号	13

目 次 (2 / 3)

	頁
ウ 各種レコードの記録要領に関する事項	13
(ア) 医療機関情報	13
(イ) レセプト共通情報	13
(ウ) レセプト情報	13
(エ) コーディングデータ情報	13
(オ) 診療報酬請求書情報	13
2 フレキシブルディスク (FD) に関する事項	14
(1) 媒体関連仕様	14
ア 媒体及び物理フォーマット	14
(ア) 媒体	14
(イ) 物理フォーマット	14
イ 論理フォーマット	14
ウ ファイル構成	14
(2) 情報表記仕様	14
ア 提出ファイルの構成	14
イ 提出ファイル構成イメージ	14
ウ レコード形式	14
エ 内容を表現する文字の符号	14
(3) 各種レコードの記録要領に関する事項	14
ア 医療機関情報	14
イ レセプト共通情報	14
ウ レセプト情報	14
エ コーディングデータ情報	14
オ 診療報酬請求書情報	14

目 次 (3 / 3)

頁

別 表 各種コードに関する事項	1 5
別表 1 審査支払機関コード	1 5
別表 2 都道府県コード	1 6
別表 3 点数表コード	1 7
別表 4 診療科名コード	1 7
別表 5 年号区分コード	1 8
別表 6 レセプト種別コード (D P C)	1 9
別表 7 男女区分コード	2 0
別表 8 診療識別コード	2 1
別表 9 特定器材単位コード	2 2
別 添 電子媒体への表記	2 4

第1章 電子情報処理組織の使用によるコーディングデータの提出に関する事項

審査支払機関の使用に係る電子計算機と、保険医療機関の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織を使用したコーディングデータの提出を行う場合の電気通信回線及び厚生労働大臣の定める事項並びに方式については本章の定めるところによる。

1 電気通信回線

電気通信回線は、ISDN回線を利用したダイヤルアップ接続、閉域IP網を利用したIP-VPN接続またはオープンなネットワークにおいてはIPsec(IETF(Internet Engineering Task Force)において標準とされた、IP(Internet Protocol)レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称)とIKE(Internet Key Exchange;IPsecで用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル)を組み合わせた接続とする。

2 厚生労働大臣が定める事項

診療報酬明細書情報及び診療報酬請求書情報とする。

3 厚生労働大臣が定める方式

(1) 記録形式

C S V形式とする。

(2) ファイル構成

ファイル名を“CODING”とし、拡張名を“DPC”とする。

(3) 情報表記仕様

ア 提出ファイルの構成

ファイルの構成は、次のとおりとする。

(ア) ファイルは1ボリューム1ファイルとする。

(イ) 1ボリュームに収まらないような保険医療機関単位のレセプトは、レセプト単位に分割して別ボリュームに記録する。

(ウ) ファイルは改行コードにより複数レコードに分割し、レコードの組み合わせにて構成する。

(エ) レセプトファイルを構成するレセプトは、D P Cレセプト及び総括対象D P Cレセプトとする。

区 分	内 容
D P Cレセプト	診断群分類適用入院レセプト
総括対象D P Cレセプト	総括レセプトの明細情報である診断群分類適用入院レセプト

なお、D P Cレセプト及び総括対象D P Cレセプトは同一ファイルに記録する。

(オ) ファイルは、医療機関情報、D P Cレセプト、総括対象D P Cレセプト及び診療報酬請求書情報により構成し、保険医療機関単位の医療機関情報、D P Cレセプト又は総括対象D P C及び診療報酬請求書情報の順に記録する。

(カ) 医療機関情報は、医療機関情報レコードにより構成する。

(キ) 診療報酬請求書情報は、診療報酬請求書レコードにより構成する。

(ク) D P Cレセプトは、レセプト共通情報、レセプト情報及びコーディングデータ情報により構成する。

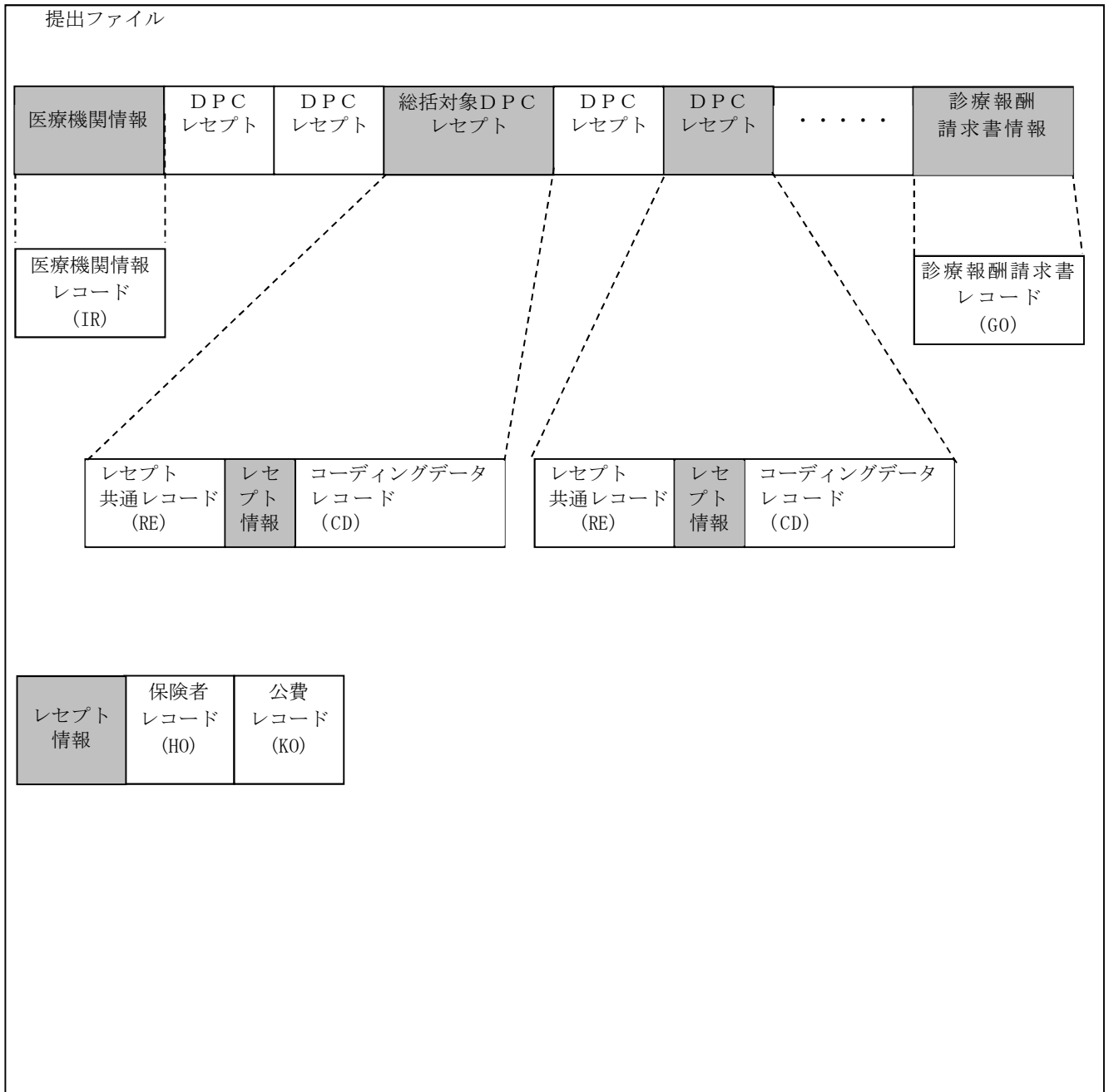
(ケ) 総括対象D P Cレセプトは、レセプト共通情報、レセプト情報及びコーディングデータ情報により構成する。

(コ) レセプト共通情報は、レセプト共通レコードにより構成し、D P Cレセプト及び総括対象D P Cレセプトの先頭に記録する。

(サ) レセプト情報は、保険者レコード及び公費レコード(複数記録可能)により構成し、レセプト種別に応じて必要なレコードの組み合わせにより、D P Cレセプト及び総括対象D P Cレセプトに記録する。

(シ) ファイル最終レコードの最終部分は、改行コードの後にファイルの終わりを示す1バイトの文字列(以下「E O Fコード」という。)を記録する。

イ 提出ファイル構成イメージ



ウ レコード形式

(ア) レコード形式は可変長レコードとし、各レコードの末尾には改行コードを入れる。

(イ) レコード内の各項目間は、コンマで区切る。(数値項目の編集に、位取り用のコンマを使用しない。)

(ウ) 各項目は最大バイト数を規定し、項目形式が固定の項目については最大バイト数で記録し、可変の項目については有効桁(文字)までの記録とする。

なお、有効桁(文字)以降に継続する“スペース”は記録しない。

モード(項目形式)ごとの文字種別及び詳細内容は次のとおりとする。

モード	項目形式	文字種別	詳細内容
数字	可変	半角数字	上位桁のゼロ及び小数点以下の下位桁のゼロを除いた数字(小数点以下が全てゼロの場合は小数点も除く)を記録する。ただし、別表等に規定されているコードの1文字目等の“0”及び特に定める場合の“0”については記録する。 【記録例】 (誤)「001」→(正)「1」 ※別表等に規定されているコードが“001”である場合(正)「001」 (誤)「1.0」→(正)「1」 (誤)「1.10」→(正)「1.1」 (誤)「0.00」→(正)「0」
	固定	半角数字	最大バイト数で記録する。
英数	可変	半角英数	有効文字までの記録とする。
	固定	半角英数	最大バイト数で記録する。
漢字	可変	全角文字	有効文字までの記録とする。
	固定	全角文字	最大バイト数で記録する。

(エ) レコードの種類は、医療機関情報(医療機関情報レコード)、レセプト共通情報(レセプト共通レコード)、レセプト情報(保険者レコード及び公費レコード)、コーディングデータ情報(コーディングデータレコード)及び診療報酬請求書情報(診療報酬請求書レコード)とする。

(オ) 各レコードの先頭にはレコードの識別情報を記録する。

レコード種別	モード	バイト	識別情報	備考
医療機関情報レコード	英数	2	IR	保険医療機関単位データの先頭に記録必須
レセプト共通レコード			RE	該当レセプトの先頭に記録
レセプト情報 保険者レコード			HO	医療保険レセプトの場合に記録
レセプト情報 公費レコード			KO	公費負担医療レセプトの場合に記録
コーディングデータレコード			CD	包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報を出来高部分に係る診療行為の情報も含め記録
診療報酬請求書レコード			GO	保険医療機関単位データの最後に記録必須

(カ) 公費負担医療の併用の場合は公費レコードを複数記録し、「法別番号及び制度の略称表」(診療報酬請求書等の記載要領)に示す順番により、先順位の公費負担医療を第一公費として最初に記録し、後順位の公費負担医療を第二公費、第三公費、第四公費として順次記録する。

(キ) レセプト情報は、レセプト種別ごとに必要なレコードを記録する。
 明細情報単位に記録が必要なレセプト情報は、次のとおりとする。

レセプト種別	保険者レコード	公費レコード
医療保険単独	○	×
医療保険と1～4種の公費負担医療の併用	○	○(1～4レコード記録)
公費負担医療単独	×	○(1レコード記録)
2～4種の公費負担医療の併用	×	○(2～4レコード記録)

注1 国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。

2 ○は記録必須を、×は記録不可を示す。

エ 内容を表現する文字の符号

内容を記録する文字の符号は、JISX0201-1976の8単位符号及びJISX0208-1983の附属書1にて規定されているシフト符号化表現(シフトJIS)によるものとする。

なお、内容を記録する文字以外の制御符号は、次のとおりとする。

符号名称	図形記号	16進数	バイト数	用途
コンマ	,	(2C)	1	項目の区切りを表現する。
引用符	"	(22)	1	使用しない。
改行コード		(0D)(0A)	2	レコードの区切りを表現する。
EOFコード		(1A)	1	ファイルの終わりを表現する。
疑問符(全角)	?	(81)(48)	2	使用しない。(JIS規定外コードが記録された場合、疑問符(全角)に置換する。)

注 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

(4) 各種レコードの記録要領に関する事項

モードは入力する文字の種別、最大バイトは項目の最大バイト数、項目形式は項目長が固定長か可変長かを示す。

ア 医療機関情報

医療機関情報レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“IR” を記録する。	
審査支払機関	数字	1	固定	審査支払機関コード（別表1）を記録する。	
都道府県	数字	2	固定	保険医療機関の所在する都道府県コード（別表2）を記録する。	
点数表	数字	1	固定	点数表コード（別表3）“1”（医科）を記録する。	
医療機関コード	数字	7	固定	保険医療機関について定められた医療機関コードを記録する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
医療機関名称	漢字	40	可変	地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の名称を記録する。	
請求年月	数字	5	固定	1 請求年月を和暦で年号区分コード（別表5）を含めて記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予備	英数	15	可変	記録を省略する。	

注 GYMMのGは年号区分コード（別表5）、YYは和暦年、MMは月を示す。

イ レセプト共通情報

レセプト共通情報は、レセプトがDPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合に記録する。

レセプト共通レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“RE”を記録する。	
レセプト番号	数字	6	可変	1 レコードが属するレセプト番号を記録する。 2 レセプト番号は、レセプト記録順に1から昇順に連続番号を記録する。	
レセプト種別	数字	4	固定	レセプト種別コード(別表6)を記録する。	
診療年月	数字	5	固定	1 診療年月を和暦で年号区分コード(別表5)を含めて記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
氏名	英数 又は 漢字	40	可変	1 姓を記録する。 2 姓と名の間に1文字分の“スペース”を記録する。 3 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。	モードごとの文字数の上限は次のとおりとする。 英数:40 漢字:20
男女区分	数字	1	固定	男女区分コード(別表7)を記録する。	
生年月日	数字	7	固定	1 生年月日を和暦で年号区分コード(別表5)を含めて記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
予備	数字	3	可変	記録を省略する。	
入院年月日	数字	7	固定	1 今回入院年月日を和暦で年号区分コード(別表5)を含めて記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
予備	英数	8	可変	記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	英数	10	可変	記録を省略する。	
予備	数字	4	可変	記録を省略する。	
カルテ番号等	英数	20	可変	カルテ番号又は患者ID番号等を記録する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
診療科コード	数字	2	可変	1 診療科を記録する場合は、別に定める診療科名コード(別表4)を記録する。 2 診療科の記録は任意とする。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3 0	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	5	可変	記録を省略する。	
予 備	英数 又は 漢字	4 0	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	英数 又は 漢字	8 0	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1 0	可変	記録を省略する。	

注 GYYMM(DD)のGは年号区分コード(別表5)、YYは和暦年、MMは月、DDは日を示す。

ウ レセプト情報

レセプト情報は、レセプトがDPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合に記録する。

(ア) 保険者レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“H0”を記録する。	
保険者番号	英数	8	固定	1 保険者番号を記録する。 2 保険者番号が8桁に満たない場合は、先頭から“スペース”を記録し、8桁で記録する。	
被保険者証（手帳）等の記号	英数 又は 漢字	38	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の記号を記録する。 2 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。 3 番号のみ設定されている場合は、記録を省略する。	記号と番号を合わせた文字数の上限は、モードごとに次のとおりとする。 英数：19 漢字：19
被保険者証（手帳）等の番号	英数 又は 漢字	38	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の番号を記録する。 2 後期高齢者被保険者証の被保険者番号を記録する。 3 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予備	英数	8	可変	記録を省略する。	
予備	数字	5	可変	記録を省略する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予備	数字	8	可変	記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予備	英数	9	可変	記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予備	数字	6	可変	記録を省略する。	
予備	数字	8	可変	記録を省略する。	

(イ) 公費レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考	
レコード識別情報	英数	2	固定	“KO”を記録する。		
公費負担医療	負担者番号	英数	8	固定	医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記録する。	
	受給者番号	数字	7	可変	1 医療券等に記入されている受給者番号7桁を記録する。 2 受給者番号が7桁に満たない場合は、先頭から“0”を記録し、7桁で記録する。 3 医療観察法（法別30）の場合は、記録を省略する。	
	予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。		
予備	英数	8	可変	記録を省略する。		
予備	英数	8	可変	記録を省略する。		
予備	数字	6	可変	記録を省略する。		
予備	英数	6	可変	記録を省略する。		
予備	数字	5	可変	記録を省略する。		
予備	数字	2	可変	記録を省略する。		
予備	数字	8	可変	記録を省略する。		
予備	数字	8	可変	記録を省略する。		

エ コーディングデータ情報

コーディングデータ情報は、レセプトがDPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合、「診療識別の昇順」に記録する。

コーディングデータレコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“CD”を記録する。	
実施年月日	数字	7	固定	1 実施年月日を和暦で年号区分コード（別表5）を含めて記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
診療識別	数字	2	固定	診療識別コード（別表8）を記録する。	
順序番号	数字	4	可変	診療識別及び一連の行為ごとに昇順に番号を記録する。	
行為明細番号	数字	3	可変	順序番号ごとの行為明細単位に昇順に番号を記録する。	
レセプト電算処理システム用コード	数字	9	固定	診療行為コード（入院料、食事療養費、生活療養費及び標準負担額は除く）、医薬品コード又は特定器材コードを記録する。	平成29年3月診療以前分の特定器材コードにおいて、未コード化特定器材の場合は、“777770000”を記録する。
使用量	数字	11	可変	1 医薬品又は特定器材（酸素の補正率又はフィルム料（乳幼児）加算）の場合は、使用量を記録する。 2 整数部5桁、小数部5桁として、整数部と小数部は小数点で区切り記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
数量データ	数字	8	可変	1 数量データの記録が必要な診療行為の場合は、数量データを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
単位コード	数字	3	可変	1 特定器材の場合は、特定器材単位コード（別表9）を記録する。 2 単位が規定されている特定器材コードの場合は、記録を省略しても差し支えない。 3 酸素の補正率又はフィルム（乳幼児）加算の場合は、記録を省略する。 4 診療行為又は医薬品の場合は、記録を省略する。	
回数	数字	3	可変	診療行為、医薬品及び特定器材の回数を記録する。	
予備	漢字	254	可変	記録を省略する。	平成29年3月診療以前分について、未コード化特器材“777770000”を記録する場合は、特定器材名称を記録する。

注 GYMMDDのGは年号区分コード（別表5）、YYは和暦年、MMは月、DDは日を示す。

オ 診療報酬請求書情報
診療報酬請求書レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“G0”を記録する。	
総件数	数字	6	可変	レセプト共通レコードの最終レコードのレセプト番号を記録する。	
予 備	英数	10	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	

第2章 光ディスク等を用いたコーディングデータの提出に関する事項

保険医療機関から審査支払機関へのコーディングデータの提出を行う場合の厚生労働大臣の定める光ディスク若しくはフレキシブルディスクに係る規格及び厚生労働大臣の定める方式については、記録形式をMS-DOSフォーマットのCSV形式とする。

なお、提出については光ディスク等に所要の事項を記載したラベル（別添）を貼付する。

1 光ディスクに関する事項

(1) マグネットオプティカルディスク（MO）

ア 媒体関連仕様

(ア) 媒体及び物理フォーマット

J I S X 6 2 7 5 - 1 9 9 7 に適合する 9 0 mm 2 3 0 MB 又は J I S X 6 2 7 7 - 1 9 9 8 に適合する 9 0 mm 6 4 0 MB の光ディスクを使用する。

(イ) 論理フォーマット

光ディスクの論理フォーマットは J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に規定する情報記録方式に準拠する。

(ウ) ファイル構成

光ディスクのファイル構成は以下に規定するものを除き J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠する。

a ルートディレクトリのディレクトリ項目は以下のとおりとする。

(a) ボリュームラベル項目の有無は任意とする。

(b) サブディレクトリ指示項目はあってはならない。

(c) ディレクトリ項目のうち使用中のファイル項目を以下に示す。

文字位置	名 前	内 容
1～ 8	名前	“CODING”
9～11	拡張名	“DPC”
12	属性	(00)又は(20)
13～22	予約	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
23～24	記録時刻	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
25～26	記録日付	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
27～28	先頭クラスタ番号	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
29～32	ファイル長	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠

注1 文字列は、記述する文字を引用符でくくって表現する。

2 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

b その他のディレクトリ項目はすべて空きディレクトリ項目でなければならない。

イ 情報表記仕様

(ア) 提出ファイルの構成

第1章-3-(3)-アの「電気通信回線」の「提出ファイルの構成」と同じ。

(イ) 提出ファイル構成イメージ

第1章-3-(3)-イの「電気通信回線」の「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

(ウ) レコード形式

第1章-3-(3)-ウの「電気通信回線」の「レコード形式」と同じ。

(エ) 内容を表現する文字の符号

第1章-3-(3)-エの「電気通信回線」の「内容を表現する文字の符号」と同じ。

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項

(ア) 医療機関情報

第1章-3-(4)-アの「電気通信回線」の「医療機関情報」と同じ。

(イ) レセプト共通情報

第1章-3-(4)-イの「電気通信回線」の「レセプト共通情報」と同じ。

(ウ) レセプト情報

第1章-3-(4)-ウの「電気通信回線」の「レセプト情報」と同じ。

(エ) コーディングデータ情報

第1章-3-(4)-エの「電気通信回線」の「コーディングデータ情報」と同じ。

(オ) 診療報酬請求書情報

第1章-3-(4)-オの「電気通信回線」の「診療報酬請求書情報」と同じ。

(2) コンパクトディスク (CD-R)

ア 媒体関連仕様

(ア) 媒体及び物理フォーマット

J I S T S X 0 0 2 5 - 2 0 0 5 の規格に適合する 1 2 0 mm コンパクトディスクを使用する。

(イ) 論理フォーマット

論理フォーマットは I S O 9 6 6 0 形式 (レベル 1) に準拠する。

書き込みは、ディスクアットワンス (シングルセッション方式) 方式とする。

(ウ) ファイル構成

第2章-1-(1)-ア- (ウ) の「マグネットオプティカルディスク」の「ファイル構成」と同じ。

イ 情報表記仕様

(ア) 提出ファイルの構成

第1章-3-(3)-アの「電気通信回線」の「提出ファイルの構成」と同じ。

(イ) 提出ファイル構成イメージ

第1章-3-(3)-イの「電気通信回線」の「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

(ウ) レコード形式

第1章-3-(3)-ウの「電気通信回線」の「レコード形式」と同じ。

(エ) 内容を表現する文字の符号

第1章-3-(3)-エの「電気通信回線」の「内容を表現する文字の符号」と同じ。

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項

(ア) 医療機関情報

第1章-3-(4)-アの「電気通信回線」の「医療機関情報」と同じ。

(イ) レセプト共通情報

第1章-3-(4)-イの「電気通信回線」の「レセプト共通情報」と同じ。

(ウ) レセプト情報

第1章-3-(4)-ウの「電気通信回線」の「レセプト情報」と同じ。

(エ) コーディングデータ情報

第1章-3-(4)-エの「電気通信回線」の「コーディングデータ情報」と同じ。

(オ) 診療報酬請求書情報

第1章-3-(4)-オの「電気通信回線」の「診療報酬請求書情報」と同じ。

2 フレキシブルディスク（FD）に関する事項

(1) 媒体関連仕様

ア 媒体及び物理フォーマット

(ア) 媒体

J I S X 6 2 2 3 - 1 9 8 7 の規格に適合するフレキシブルディスクを使用する。

(イ) 物理フォーマット

物理フォーマットは J I S X 6 2 2 5 - 1 9 9 5 に規定する情報記録方式に準拠する。

イ 論理フォーマット

論理フォーマットは J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に規定する情報記録方式に準拠する。

ウ ファイル構成

第 2 章 - 1 - (1) - ア - (ウ) の「マグネットオプティカルディスク」の「ファイル構成」と同じ。

(2) 情報表記仕様

ア 提出ファイルの構成

第 1 章 - 3 - (3) - ア の「電気通信回線」の「提出ファイルの構成」と同じ。

イ 提出ファイル構成イメージ

第 1 章 - 3 - (3) - イ の「電気通信回線」の「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

ウ レコード形式

第 1 章 - 3 - (3) - ウ の「電気通信回線」の「レコード形式」と同じ。

エ 内容を表現する文字の符号

第 1 章 - 3 - (3) - エ の「電気通信回線」の「内容を表現する文字の符号」と同じ。

(3) 各種レコードの記録要領に関する事項

ア 医療機関情報

第 1 章 - 3 - (4) - ア の「電気通信回線」の「医療機関情報」と同じ。

イ レセプト共通情報

第 1 章 - 3 - (4) - イ の「電気通信回線」の「レセプト共通情報」と同じ。

ウ レセプト情報

第 1 章 - 3 - (4) - ウ の「電気通信回線」の「レセプト情報」と同じ。

エ コーディングデータ情報

第 1 章 - 3 - (4) - エ の「電気通信回線」の「コーディングデータ情報」と同じ。

オ 診療報酬請求書情報

第 1 章 - 3 - (4) - オ の「電気通信回線」の「診療報酬請求書情報」と同じ。

各種コードに関する事項

別表1 審査支払機関コード

コード名	コード	内容
審査支払機関コード	1	社会保険診療報酬支払基金
	2	国民健康保険団体連合会

別表2 都道府県コード

コード名	コード	内容
	01	北海道
	02	青森
	03	岩手
	04	宮城
	05	秋田
	06	山形
	07	福島
	08	茨城
	09	栃木
	10	群馬
	11	埼玉
	12	千葉
	13	東京
	14	神奈川県
	15	新潟
	16	富山
	17	石川
	18	福井
	19	山梨
	20	長野
	21	岐阜
	22	静岡
	23	愛知
都道府県コード	24	三重
	25	滋賀
	26	京都
	27	大阪
	28	兵庫
	29	奈良
	30	和歌山
	31	鳥取
	32	島根
	33	岡山
	34	広島
	35	山口
	36	徳島
	37	香川
	38	愛媛
	39	高知
	40	福岡
	41	佐賀
	42	長崎
	43	熊本
	44	大分
	45	宮崎
	46	鹿児島
	47	沖縄

別表3 点数表コード

コード名	コード	内容
点数表コード	1	医科

別表4 診療科名コード

コード名		コード	内容
診療科名 コード	診療科コード	01	内科
		02	精神科
		09	小児科
		10	外科
		19	皮膚科
		20	泌尿器科
		23	産婦人科（産科又は婦人科）
		26	眼科
		27	耳鼻いんこう科
		30	放射線科（放射線診断科又は放射線治療科）
		31	麻酔科
		34	アレルギー科
		35	リウマチ科
		36	リハビリテーション科
		37	病理診断科
		38	臨床検査科
		39	救急科
	経過措置診療科コード	03	神経科
		04	神経内科
		05	呼吸器科
		06	消化器科
		07	胃腸科
		08	循環器科
		11	整形外科
		12	形成外科
		13	美容外科
		14	脳神経外科
		15	呼吸器外科
		16	心臓血管外科
		17	小児外科
		18	皮膚泌尿器科
		21	性病科
		22	こう門科
		24	産科
25	婦人科		
28	気管食道科		
33	心療内科		

注 経過措置診療科コードとは、医療法施行令附則（平成20年2月27日政令第36号）の第二条に掲げる診療科である。

別表5 年号区分コード

コード名	コード	内容
年号区分コード	1	明治
	2	大正
	3	昭和
	4	平成

別表6 レセプト種別コード (DPC)

コード名	コード	内 容
レセプト 種 別 (DPC)	1111	医科・医保単独/国保単独 ・本人/世帯主 ・入院
	1113	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・ 〃
	1115	〃 ・ 〃 ・ 家族/その他 ・ 〃
	1117	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1119	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割 ・ 〃
	1121	〃 ・ 医保/国保と1種の公費併用 ・ 本人/世帯主 ・ 〃
	1123	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・ 〃
	1125	〃 ・ 〃 ・ 家族/その他 ・ 〃
	1127	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1129	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割 ・ 〃
	1131	〃 ・ 医保/国保と2種の公費併用 ・ 本人/世帯主 ・ 〃
	1133	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・ 〃
	1135	〃 ・ 〃 ・ 家族/その他 ・ 〃
	1137	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1139	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割 ・ 〃
	1141	〃 ・ 医保/国保と3種の公費併用 ・ 本人/世帯主 ・ 〃
	1143	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・ 〃
	1145	〃 ・ 〃 ・ 家族/その他 ・ 〃
	1147	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1149	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割 ・ 〃
	1151	〃 ・ 医保/国保と4種の公費併用 ・ 本人/世帯主 ・ 〃
	1153	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・ 〃
	1155	〃 ・ 〃 ・ 家族/その他 ・ 〃
	1157	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1159	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割 ・ 〃
	1211	〃 ・ 公費単独 ・ 〃
	1221	〃 ・ 2種の公費併用 ・ 〃
	1231	〃 ・ 3種の公費併用 ・ 〃
	1241	〃 ・ 4種の公費併用 ・ 〃
	1317	〃 ・ 後期高齢者単独 ・ 一般・低所得者 ・ 〃
	1319	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 〃
	1327	〃 ・ 後期高齢者と1種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 〃
	1329	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 〃
	1337	〃 ・ 後期高齢者と2種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 〃
	1339	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 〃
	1347	〃 ・ 後期高齢者と3種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 〃
	1349	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 〃
	1357	〃 ・ 後期高齢者と4種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 〃
	1359	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 〃

コード名	コード	内 容
レセプト 種 別 (DPC)	1411	医科・退職者単独 ・本人 ・入院
	1413	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・〃
	1415	〃 ・ 〃 ・家族 ・〃
	1421	〃 ・ 退職者と1種の公費併用 ・本人 ・〃
	1423	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・〃
	1425	〃 ・ 〃 ・家族 ・〃
	1431	〃 ・ 退職者と2種の公費併用 ・本人 ・〃
	1433	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・〃
	1435	〃 ・ 〃 ・家族 ・〃
	1441	〃 ・ 退職者と3種の公費併用 ・本人 ・〃
	1443	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・〃
	1445	〃 ・ 〃 ・家族 ・〃
	1451	〃 ・ 退職者と4種の公費併用 ・本人 ・〃
	1453	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・〃
	1455	〃 ・ 〃 ・家族 ・〃

別表7 男女区分コード

コード名	コード	内 容
男女区分コード	1	男
	2	女

別表8 診療識別コード

コード名	コード	内 容		
診療識別コード	11	初 診		
	13	医 学 管 理		
	14	在 宅		
	21	投 薬	内 服	
	22		屯 服	
	23		外 用	
	24		調 剤	
	26		麻 毒	
	27		調 基	
	28		投薬その他	
	31		注 射	皮下筋肉内
	32			静脈内
	33	注射その他		
	39	薬剤料減点		
	40	処 置		
	50	手 術		
	54	麻 酔		
	60	検 査 ・ 病 理		
	70	画像診断		
	80	その他		

別表9 特定器材単位コード

コード名	コード	内容
特定器材単位コード	001	分
	002	回
	003	種
	004	箱
	005	巻
	006	枚
	007	本
	008	組
	009	セット
	010	個
	011	裂
	012	方向
	013	トローチ
	014	アンプル
	015	カプセル
	016	錠
	017	丸
	018	包
	019	瓶
	020	袋
	021	瓶(袋)
	022	管
	023	シリンジ
	024	回分
	025	テスト分
	026	ガラス筒
	027	桿錠
	028	単位
	029	万単位
	030	フィート
	031	滴
	032	m g
	033	g
	034	k g
	035	c c
	036	m L
	037	L
	038	m L V
	039	バイアル
	040	c m
	041	c m ²
	042	m
	043	μ C i
	044	m C i
	045	μ g

コード名	コード	内容
特定器材単位コード	046	管（瓶）
	047	筒
	048	GBq
	049	MBq
	050	KBq
	051	キット
	052	国際単位
	053	患者当り
	054	気圧
	055	缶
	056	手術当り
	057	容器
	058	mL（g）
	059	ブリスター
	060	シート
	061	カセット

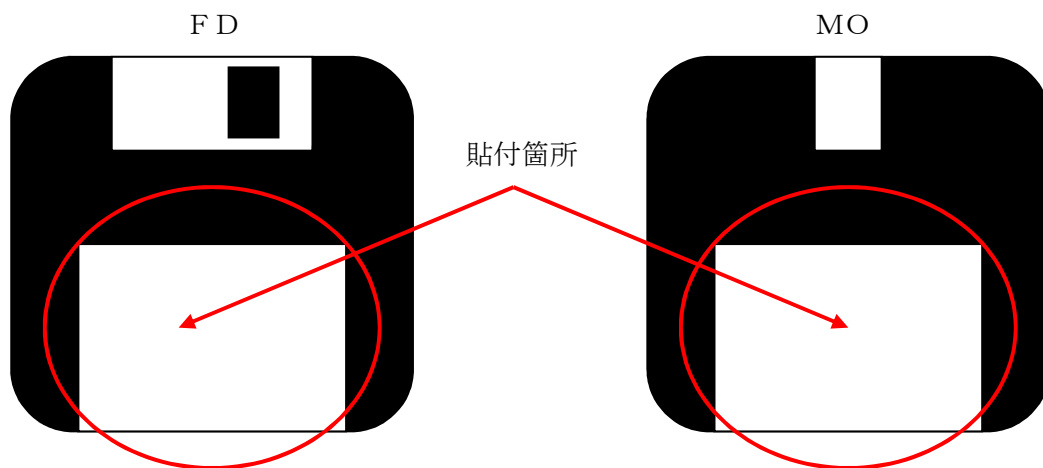
電子媒体への表記

電子媒体への表記については、ファイル名（コーディングデータ）、医療機関コード、保険医療機関名称、診療月分及び提出年月日並びに支払基金又は国保連の別を記載する。

1 FD・MOへの貼付ラベル

コーディングデータ						支払基金 ・ 国保連
医療機関コード						
保険医療機関名称						
診療月分	年		月分			
提出年月日		年	月	日		

FD及びMOへのラベルの貼付箇所



2 CD-Rへの表記

レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入すること。

コーディングデータ			
医療機関コード			
保険医療機関名称			
診療月分	年	月分	
提出年月日	年	月	日
支払基金		・	国保連

