保医発0327第１号
令和２年３月27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
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
殿

厚生労働省保険局医療課長
（公　印　省　略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公　印　省　略）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

標記について、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和２年厚生労働省告示第57号）等が公布され、令和２年４月１日より適用されることに伴い、下記の通知の一部を別添１から別添３のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

記

別添１　「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年８月７日保険発第82号）の一部改正について

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）の一部改正について

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）の一部改正について

別添１

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

別紙１

診療報酬請求書等の記載要領

Ⅰ　一般的事項

１　診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第７条第３項の規定に基づき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省令第７条第３項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（令和２年厚生労働省告示第 106 号）により改正のあった様式については、令和２年５月１日（４月診療分）から新様式により扱うものとし、令和２年３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、印」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）　「印」については、当該様式に、予め保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には捺印として取り扱うものであること。また、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、記名捺印の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名及び印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（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総合支援法）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）　「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、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、○囲みでもよいこと。以下同じ。）と記載すること。
（２）　医療法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、「後期高齢九割」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「後期高齢九割」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）の併用の場合は、１枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は２件となること。

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

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

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

第３　診療報酬明細書の記載要領（様式第２）

１　診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

（１）　明細書は、白色紙黒色刷りとすること。

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

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

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

なお、初診から直ちに入院した場合は、入院分のみの明細書に記載すること。

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

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

また、入院中の患者（ＤＰＣ算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に 他 とそれぞれ記載すること。他の保険医療機関を受診した際の費用の一切を入院医療機関において算定する場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に 他 とそれぞれ記載すること。

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

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

すること。

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

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

（９）　電子計算機の場合は、以下によること。

ア　欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢から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（退職者医療を除く。以下同じ。）	１　社・国
公費負担医療（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職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
退職者医療　　４　退職

（注）　退職者医療には、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）附則第３条に規定する特定健保組合に係るものは該当しないこと。

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）　高齢受給者一般・低所得者のうち、平成 20 年２月 21 日保発第 0221003 号別紙に定める特例措置により１割負担となる者と、適用を受けない２割負担の者の判別については、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、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

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

（７）　「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア　健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「被保険者証等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。

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。

ｺｰﾄﾞ	略　号	内　　容
０１	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和 48 年 10 月 30 日付保発第 42 号、庁保発第 26 号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正 15 年勅令第 243 号）第 42 条及び高齢者医療確保法施行令（昭和 57 年政令第 293 号）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患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第 15 条第５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
０５	削除	（削除）
０７	老併	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
０８	老健	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
０９	施	平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。）
１０	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
１１	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成 18 年厚生労働省告示第 495 号）第１条第２号の規定に基づく医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
１２	器治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第３号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
１３	先進	地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合（この場合にあっては、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）

１４	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であって「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成 18 年厚生労働省告示第 498 号）の第７号の５に規定する診療（以下「制限回数を超えて行う診療」という。）に係る診療報酬の請求である場合（この場合にあっては、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を「摘要」欄へ記載すること。）
１５	削除	（削除）
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。）
１７	削除	（削除）
１８	削除	（削除）
１９	削除	（削除）
２０	二割	平成 20 年２月 21 日保発第 0221003 号の別紙「70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第２の４の特例措置対象被保険者等が、特例措置にかかわらず、自らが受けた療養に係る２（４）に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合
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
２２	削除	（削除）
２３	削除	（削除）
２４	削除	（削除）
２５	出産	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」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（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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（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」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（３割））の提示のみの場合 ②　「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（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））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（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（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（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分（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（国民健康保険及び退職者医療にあっては、

		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（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割）又は（１割））の提示のみの場合 ②　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、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、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、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合
３１	多ア	以下のいずれかに該当する場合 ①　70 歳未満で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾病医療支援又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合（以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。ただし、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業については、特記事項「３４」及び同「３５」に限る。） ②　70 歳以上で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であ

		って、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３２	多イ	以下のいずれかに該当する場合 ①　70 歳未満で「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険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」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ②　70 歳以上で「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３３	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 ①　70 歳未満で「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ②　70 歳以上で「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３４	多エ	以下のいずれかに該当する場合 ①　70 歳未満で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ②　70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３５	多オ	70 歳未満で「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
３６	加治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第３号の２の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（加工細胞等（医薬品、医療

		機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和 36 年厚生省令第１号）第 275 条の２に規定する加工細胞等をいう。以下同じ。）に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
３７	申出	別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合（この場合にあっては、当該療養の名称及び当該療養について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
３８	医併	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
３９	医療	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）

(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」（平成 30 年４月 27 日付保発 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。以下同じ。）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２年３月 27 日医療課事務連絡）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。

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、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。

イ　入院外分については、診療を行った日数（オンライン診療料、小児科外来診療料、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）を行っ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、地域包括診療又は認知症地域包括診療の日数を含む。）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オンライン診療を行い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オンライン診療を行い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。

同一日にオンライン診療が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。

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ロ又はハ、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・指導料若しく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。

サ　同一月に再診とオンライン診療が行われた場合には、再診が行われた日数とオンライン診療が行われた日数をそれぞれ「摘要」欄に再掲すること。なお、同一日に再診とオンライン

診療が行われた場合は、「摘要」欄にその旨記載することとし、当該日については、再診の日数のみ実日数に計上すること。

(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。感染症法と生活保護法との併用の場合は、生活保護法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、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）」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、令和２年 10 月診療分以降、「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。なお、令和２年３月 31 日以前から適用されているコードについては、令和２年９月診療分まで選択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Ⅱ「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） 外来診療料及びオンライン診療料については、本欄に所要の事項を記載すること。

（イ） 再診及び外来管理加算の項には、回数及び合計点数を記載すること。

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

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

（オ） 時間外対応加算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。

（カ） 明細書発行体制等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。

（キ） 地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算又は薬剤適正使用連携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、乳幼児育児栄養指導料、小児かかりつけ診療料又は生活習慣病管理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又は機能強化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。

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

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

① 同一の患者について、同一月内に、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」のイ、ロ、「２」のイ、ロ又は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のうち複数算定する場合には、在宅患者訪問診

療の項には総点数を記載し、「摘要」欄にその内訳（それぞれの名称、回数及び総点数）を記載すること。また、乳幼児加算又は幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載すること。

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

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

（エ） 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した場合は、その他の項に名称を記載すること。なお、頻回訪問加算、在宅移行早期加算、継続診療加算、包括的支援加算又はオンライン在宅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、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の100分の80に相当する点数を算定する場合は、名称及び点数を記載すること。

（オ） 在宅がん医療総合診療料を算定した場合は、その他の項に名称、日数及び点数を記載すること。

（カ） 救急搬送診療料、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、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又は在宅患者緊急時等カンファレンス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。

（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ー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１・２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。在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ナ）　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。

（ニ）　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。

（ヌ）　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。

（ネ）　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。

（ノ）　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。

（ハ）　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。

（ヒ）　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。

（フ）　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。

（ヘ）　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。

（ホ） 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。

（マ） 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。

（ミ） 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。

（ム） 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。

（メ） 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(ホ)まで（(ナ)、(ノ)、(フ)及び(ヘ)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。

（モ） 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。

（ヤ） 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(ミ)までの例により記載すること。

（ユ） 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。

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１又は２を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称、回数及び点数を記載すること。

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

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

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

（ウ）　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第４号又は第１条第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	３×５
リピトール錠 10 mg	１錠	８×５

（薬評）

エフピーＯＤ錠 2.5

キ　「注射」欄について

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（ケ）　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第４号又は第１条第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。

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　　１，７８０×１

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））１，５００円）　１個

１５０×１

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（Ⅲ型））４０３，０００円）　１個

４０，３００×１

(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を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載すること。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ケ 「検査・病理」欄について

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

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

（イ） 時間外緊急院内検査加算を算定した場合には、加算点数として得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。また、特殊染色加算、嫌気性培養加算、血管内超音波加算、血管内光断層撮影加算、冠動脈血流予備能測定検査加算、血管内視鏡検査加算、心腔内超音波検査加算、超音波内視鏡検査加算、大腿骨同時撮影加算、広

角眼底撮影加算、小児矯正視力検査加算、狭帯域光強調加算、粘膜点墨法加算、ガイドシース加算、ＣＴ透視下気管支鏡検査加算又は顕微内視鏡加算を算定した場合は、それぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

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

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

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

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

〔記載例〕

基検	（１５日）	２，１００
判	基	６０４

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

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

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

コ　「画像診断」欄について

（ア）　画像診断の種類（撮影部位を含む。）、回数及び点数を記載すること。

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

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

（エ）　電子画像管理加算（エックス線診断料、核医学診断料又はコンピューター断層撮影診

断料）を算定した場合には、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

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

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

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

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

〔記載例〕

基エ　（１５日）　　８２５

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

サ　「その他」欄について

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

乳幼児加算を算定した場合は、処方箋の項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。また、特定疾患処方管理加算１又は２を算定した場合は、処方せん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。一般名処方加算１又は２を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載するとともに、「摘要」欄に名称を記載すること。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するとともに、「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、回数・算定単位数及び合計点数を記載すること。

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

（ウ）　早期リハビリテーション加算、初期加算を算定した場合は、「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」、リハビリテーション計画提供料の「１」・「２」、目標設定等支援・管理料の「１」・「２」、リンパ浮腫複合的治療料の「１」・「２」を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（オ）　難病患者リハビリテーション料の短期集中リハビリテーション実施加算を算定した場

合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

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

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

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

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

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

精神科地域移行支援加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

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

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

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

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

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

精神科在宅患者支援管理料を算定した場合は、名称を記載すること。

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

（ク） 放射線治療管理料を算定した場合は、名称及び所定点数を記載すること。

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

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

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

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

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

（セ） 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。

（ソ） 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（昭和 23 年法律第 205 号）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Ⅱの略号を用いて記載すること。なお、入院基本料種別欄に書ききれない場合は「摘要」欄に記載し、また、電子計算機で該当する文字のみを印字する場合は、様式の区分、配字等を変更することとして差し支えないこと。

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

（ウ） 医科点数表第１章第２部通則第８号により、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は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に ４０減 と記載すること。

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

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

（カ）　「入院基本料・加算」の項について

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（シ）　「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料

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

（ス） 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院する患者であって、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（令和２年３月23日保医発0323第２号）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Ⅱ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若しくは地域移行機能強化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、国民健康保険及び退職者医療の場合は、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（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、「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、国民健康保険及び退職者医療の場合は、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」を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 「70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものについては、公費でないものとみなして記載すること。

オ 「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、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、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（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、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、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、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、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された場合は、「摘要」欄に「境界層該当」又は「（境）」と記載すること。

(24)　「摘要」欄について

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

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

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

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

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

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

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

キ　特別養護老人ホーム等に入所中の患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に当該施設の看護師等が、当該患者に対し、点滴若しくは処置等を実施又は

検査のための検体採取等を実施した場合においては、これに用いた薬剤若しくは特定保険医療材料が使用された日又は当該検体採取が実施された日を「摘要」欄に記載すること。また、当該保険医の診療日を「摘要」欄に記載すること。

ク　介護医療院の入所者については、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、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）　生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者総合支援法に係る分は「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係る診療実日数が、生活保護法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係る請求点数を記載することとするが、生活保護法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を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第６項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

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

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

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

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

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

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

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

（イ）　「特記事項」欄に「薬治」と記載すること。

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

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

ａ　治験の依頼者の氏名及び連絡先

ｂ　治験薬等の名称及び予定される効能効果

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

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

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

ａ　治験責任医師の氏名及び連絡先

ｂ　治験薬等の名称及び予定される効能効果

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

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

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

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

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

（イ）　「特記事項」欄に「器治」と記載すること。

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

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

ａ　治験の依頼者の氏名及び連絡先

ｂ　治験機器の名称

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

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

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

ａ　治験責任医師の氏名及び連絡先

ｂ　治験機器の名称

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

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

こと。

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

ケ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号又は第７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。また、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の診療報酬請求項目と区別して記載すること。

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　（削除）

ス　（削除）

セ　（削除）

ソ　特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置にかかわらず、「70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第２の２（４）に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合には、「特記事項」欄に「二割」と記載すること。

タ　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。

チ　（削除）

ツ　（削除）

テ　（削除）

ト　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。

ナ　救急用の自動車（消防法及び消防法施行令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、並びに道路交通法及び道路交通法施行令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。

ニ　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。

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

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

（イ）　「特記事項」欄に「加治」と記載すること。

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

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

ａ　治験の依頼者の氏名及び連絡先

ｂ　治験製品の名称

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

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

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

ａ　治験責任医師の氏名及び連絡先

ｂ　治験製品の名称

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

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

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

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

ノ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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）が提示された場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（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 901 万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医

療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は70歳以上の場合であって、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（３割））の提示のみの場合又は「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。

ハ　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。

ヒ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の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。

フ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割）又は（１割））の提示のみの場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（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。

ヘ　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））が提示された場合又は「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

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

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

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

慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載すること。

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

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

モ　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。

ヤ　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した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第 15 条第５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、オからセまで及びチ、ナ、ニと同様であること。

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、印」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）　印は、当該様式に、予め保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合は捺印として取り扱う。

また、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、記名捺印の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名、印のゴム印を製作の上、これを押捺しても差し支えない。

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、「後期高齢九割」

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「後期高齢九割」欄に記載をもって請求する。この場合は、合計の記載がわかるように「備考」欄に合算している旨を記載する。

２　「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

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

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

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

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

第３　診療報酬明細書の記載要領（様式第３）

１　診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

（１）　明細書は、白色紙黒色刷りとする。

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

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

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

（４）　点数を予め印刷しておき、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、予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（退職者医療を除く。以下同じ。）	１　社・国
公費負担医療（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職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
退職者医療	４　退職

（注）　退職者医療は、健康保険法附則第３条に規定する特定健保組合に係るものは該当しない。

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）　高齢受給者一般・低所得者のうち、平成 20 年２月 21 日保発第 0221003 号別紙に定める特例措置により１割負担となる者と、適用を受けない２割負担の者の判別は、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、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

国民健康保険及び退職者医療の場合は、該当する給付割合を〇で囲むか、（　）の中に給付割合を記載する。

ただし、国民健康保険は、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えない。

（７）　「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア　被保険者証等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載する。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載する。被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。

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しても差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（　）を省略しても差し支えない。なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号・番号を記載する。

（８）　「公費負担者番号」欄について

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

参照）。

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

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

（９）　「公費負担医療の受給者番号」欄について

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

(10)　「氏名」欄について

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

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

ウ　生年月日は次による。

（ア）　該当する元号を〇で囲み、生まれた年月日を記載する。

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

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

(11)　「職務上の事由」欄について

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

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載も差し支えない。

１　職上（職務上）、　２　下３（下船後３月以内）、　３　通災（通勤災害）

(12)　「特記事項」欄について

次に掲げるもののほかは、Ⅱの第３の２の(13)と同様とする。

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

(13)　「届出」欄について

クラウン・ブリッジ維持管理料の算定を選択している保険医療機関は「補管」を、初診料の

注１に係る施設基準を届け出ている保険医療機関は「歯初診」をそれぞれ〇で囲む。なお、電子計算機の場合は、〇に代えて（　）等を使用しても差し支えない。以下、文字を〇で囲む場合及び〇付きの略号を使用する場合も同様とする。

(14)　「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

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

(15)　「傷病名部位」欄について

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

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

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

ウ　歯冠修復による隙の補綴は、当該歯冠修復歯に△を付記する。

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

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

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

カ　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。

キ　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。

ク　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。

ケ　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。

コ　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。

サ　傷病名は、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」（令和２年３月 27 日医療課事務連絡）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。

(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、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。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(30)及び別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）」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、令和２年 10 月診療分以降、「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して行うこと。なお、令和２年３月 31 日以前から適用されているコードについては、令和２年９月診療分まで選択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等の略号については、別表Ⅱ「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該当文字を〇で囲み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２）

また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に点数を記載して差し支えない。

イ　初診時において乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算、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又は歯科外来診療環境体制加算は、該当文字を〇で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特」、「特導」、「特連」、「特地」又は「外来環」の項に当該加算点数を記載する。（項番３、４）

ウ　特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合は、「初診」の項に点数を記載する。

(21)　「再診」欄について

ア　再診は、「再診」の項に点数及び回数を記載する。（項番５、６）

イ　時間外、休日又は深夜の場合は、該当文字を〇で囲み、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、歯科診療特別対応加算又は再診時歯科外来診療環境体制加算は、該当文字を〇で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特」又は「再外来環」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　特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合は、「再診」の項に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、エナメル質初期う蝕管理加算、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、エナメル質初期う蝕管理加算、総合医療管理加算、長期管理加算の順に当該加算点数を記載する。（項番８）

イ　新製有床義歯管理料は、「義管」の項に点数を記載する。（項番 28）

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

記載する。２回行った場合は、右欄に点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

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

カ　周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)の「１　手術前」、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の「１　手術前」又は周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した場合は、「その他」欄に点数を記載する。なお、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の「２　手術後」を算定した場合はそれぞれ点数及び回数を記載する。（項番９、10）

キ　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 14）

ク　小児口腔機能管理料又は口腔機能管理料は「その他」欄に点数を記載する。

ケ　以下の(ア)から(ト)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、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、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、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７、26、29、30）

（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。（項番 11）

（ウ）　退院前訪問指導料は、点数を記載する。（項番 16）

（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 12）

（オ）　悪性腫瘍特異物質治療管理料は、点数を記載する。（項番 13）

（カ）　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。

（キ）　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 15）

（ク）　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。

（ケ）　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 17、18、19）

（コ）　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 20）

（サ）　診療情報提供料(Ⅰ)、(Ⅱ) 又は（Ⅲ）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 21、22、23、25）

（シ）　診療情報連携共有料は、点数を記載する。（項番 24）

（ス）　電子的診療情報評価料は、点数及び回数を記載する。

（セ）　傷病手当金意見書交付料は、点数を記載する。（項番 27）

（ソ）　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。

（タ）　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。

（チ）　摂食機能療法は、点数及び回数を記載する。（項番 67、68）

（ツ）　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。

（テ）　歯科口腔リハビリテーション料１(３　その他の場合)は、点数及び回数を記載する。

（ト）　リハビリテーションを算定した場合は、（チ）（ツ）（テ）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 66）

(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及び歯科訪問診療３の点数及び回数を記載する。緊急、夜間若しくは深夜加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算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 31、32、33）

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 34）

（イ）　区分番号Ｃ０００の注 13 に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、点数又は点数及び回数を記載する。

（ウ）　在宅歯科医療推進加算は、加算点数及び回数を記載する。

（エ）　歯科訪問診療移行加算は、加算点数及び回数を記載する。（項番 35）

（オ）　訪問歯科衛生指導料はそれぞれ点数及び回数を記載する。（項番 36）

（カ）　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、栄養サポートチーム等連携加算１又は２は、点数を記載する。（項番 37、38）

（キ）　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 39）

（ク）　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。栄養サポートチーム等連携加算１又は２を算定する場合は、点数を記載する。（項番 40）

（ケ）　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。小児栄養サポートチーム等連携加算１又は２を算定する場合は、点数を記載する。（項番 41）

（コ）　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。

（サ）　退院前在宅療養指導管理料は、点数を記載する。退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載する。（項番 42）

（シ）　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料、在宅患者連携指導料は、点数を記載する。在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載する。（項番 43、44）

（ス）　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 45）

(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 61、64、65）

イ　血漿成分製剤加算は、加算点数を点数欄に記載する。（項番 62、63）

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

エ　使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL 又は mg 等）及び使用量を記載する。（項番 57、58、59）

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

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

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

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

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

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

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

シ　特定疾患処方管理加算は、加算点数及び回数を全体の「その他」欄に記載する。（項番 60）

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。

(25)　「Ｘ線・検査」欄について

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

イ　歯冠補綴時色調採得検査は、「色調」の項に点数及び回数を記載する。（項番 49）

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　歯内療法における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 48）

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 47）

キ　「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 53、56）

（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 53、56）

（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 53）

（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 46、52）

（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 54）

（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、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）　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 50）

（コ）　咀嚼能力検査、咬合圧検査、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 50、51）

（サ）　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。

（シ）　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。

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

(26)　「処置・手術」欄について

ア　う蝕処置は、「う蝕」の項に点数及び回数を記載する。

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

ウ　象牙質レジンコーティングは、「Ｒコ」の項に点数及び回数を記載する。

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

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

欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

カ　咬合調整は、「咬調」の項のうち、１歯から 10 歯未満の場合は左欄に、10 歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 72）

キ　残根削合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番 73）

ク　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。

ケ　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 74、75）

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

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

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、手術用顕微鏡加算は、「加圧根充」の項の「＋　×」欄に点数及び回数を記載する。（項番 76、77、78）

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　失活歯髄切断は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。

セ　機械的歯面清掃処置は、「歯清」の項に点数を記載する。（項番 90）

ソ　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 86）

タ　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 91）

チ　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。

ツ　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。

テ　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及び歯周ポケット掻爬は、それぞれ「ＳＲＰ」の項及び「ＰＣｕｒ」の項のうち、「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。

ト　歯周病安定期治療（Ⅰ）は、「ＳＰＴ（Ⅰ）」の項に点数を記載する。（項番 80）

ナ　歯周病安定期治療(Ⅱ)は、「ＳＰＴ(Ⅱ)」の項に点数を記載する。（項番 81）

ニ　歯周病重症化予防治療は、「Ｐ重防」の項に点数を記載する。（項番 82）

ヌ　歯周疾患処置は、「Ｐ処」の項に点数及び回数を記載する。（項番 79）

ネ　歯周基本治療処置は、「Ｐ基処」の項に点数を記載する。

ノ　口腔内消炎手術は、「切開」の項のうち、歯肉膿瘍等は左欄に、骨膜下腫瘍等は右欄に、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 102）

ハ　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 97）

ヒ　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 92、109）

フ　「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、点数及び回数を記載する。（項番 69、83、88、93、105）

（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 70、94）

（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 84）

（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 85）

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

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

（キ）　口腔内装置調整・修理の「１　口腔内装置調整」の「イ　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合」、「ロ　歯ぎしりに対する口腔内装置の場合」、「ハ　イ及びロ以外の場合」又は「２　口腔内装置修理」を行った場合は、点数を記載する。

（ク）　根管内異物除去は、点数及び回数を記載する。また、手術用顕微鏡を用いて当該処置を行った場合は、加算後の点数及び回数を記載する。（項番 87）

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

　周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)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 89）

（コ）　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置は、点数を記載する。

（サ）　口腔粘膜処置は、点数を記載する。

（シ）　非経口摂取患者口腔粘膜処置は、点数及び回数を記載する。

（ス）　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 96）

（セ） 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。

（ソ） 内視鏡下加算は、加算後の点数及び回数を記載する。

（タ） 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 98）

（チ） 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 99、100、101）

（ツ） 歯周外科手術における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 103）

（テ） 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 104）

（ト） 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 106）

（ナ） 広範囲顎骨支持型装置掻爬術は、点数を記載する。（項番 107）

（ニ） レーザー機器加算は、点数及び回数を記載する。（項番 108）

（ヌ） 口腔粘膜蛍光観察評価加算は、点数を記載する。

（ネ） 「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 110）

ヘ　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 71、95）

(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 115）

（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 113）

（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 114）

（エ） 伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔は、麻酔名、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。（項番 111）

（オ） 診療時間以外、休日又は深夜加算等を算定する麻酔料は、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例も同様に、点数及び回数を記載する。（項番 112）

(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等は、当該加算点数を更に合算した点数）並びに回数を記載する。ただし、有床義歯、有床義歯内面適合法及び床修理は、技術料、材料料及び装着料を合算した点数並びに回数を記載する。

また、充填は、技術料及び充填材料料を別の項に記載する。なお、装着材料料は「装着材

料」の項に、人工歯料は「人工歯」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

イ　補綴時診断料は、「補診」の項のうち、欠損補綴物を新たに製作する場合は左欄に、有床義歯修理又は有床義歯内面適合法を実施した場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 117）

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。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 121）

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。（項番 123）

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。

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

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

（ウ）　失活歯歯冠形成は、「(失単)」の項のうち、レジン前装金属冠、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、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。

また、レジン前装金属冠、金属冠及び非金属冠において、メタルコアにより支台築造した歯に対する加算は、項中の「＋　×」欄に記載する。

（エ）　ブリッジに対する失活歯歯冠形成は「(失ブ)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の４分の３冠及び高強度硬質レジンブリッジの場合は「前」の項に、その他の金属冠の場合は「金」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。また、レジン前装金属冠、金属冠及び非金属冠において、メタルコアにより支台築造した歯に対する加算は、項中の「＋　×」欄の左欄に、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。（項番 118）

（カ）　う蝕歯即時充填形成は、「充形」の項に点数及び回数を記載し、う蝕歯無痛的窩洞形成加算は、項中の「＋　×」欄に点数及び回数を記載する。（項番 119）

（キ）　う蝕歯インレー修復形成は、「修形」の項に点数及び回数を記載する。

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 124）

（イ）　充填に際して歯科用充填材料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、歯科用充填材料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 120）

（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 120）

（ウ）　支台築造印象は「支台印象」の項に点数及び回数を記載する。

コ　「リテイナー」の項について

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

サ　「金属歯冠修復」の項について

（ア）　乳歯、前歯及び小臼歯に銀合金を用いた金属歯冠修復は、「乳前小銀」の項の左から、

インレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯４分の３冠及び接着冠、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４分の３冠及び接着冠、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 125）

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

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

（カ） 装着材料料は、「装着材料」の項に点数及び回数を記載する。

シ 「仮着」の項について

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

ス テンポラリークラウンは、「ＴｅＣ」の項に点数及び回数を記載する。

セ 「硬ジ」の項、「乳」の項及び「ＣＡＤ」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 126）

（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冠は、「ＣＡＤ」の項のうち、小臼歯に対してＣＡＤ/ＣＡＭ冠用材料（Ⅰ）を用いた場合は「（Ⅰ）」の項、ＣＡＤ/ＣＡＭ冠用材料（Ⅱ）を用いた場合は「（Ⅱ）」の項に、大臼歯に対してＣＡＤ/ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合は「（Ⅲ）」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。なお、小臼歯に対してＣＡＤ/ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合は「（Ⅱ）」の項に点数及び回数を記載する。（項番 127）

ソ 「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 130）

（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 130）

タ　「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。

チ　「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冠の装着は、項中の「＋　×」欄に加算点数及び回数も記載する。

ツ　「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 131、132）

テ　「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 137、138）

ト　「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 135、136）

ナ　「人工歯」の項について

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

ニ　「バー」の項について

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

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

ヌ　「鋳造鉤」の項について

（ア）　歯科鋳造用 14 カラット金合金による鋳造鉤の製作は「14Ｋ」の項に、鋳造用金銀パラジウム合金による製作は「パ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

（イ）　（ア）の場合の「14Ｋ」の項及び「パ」の項は、上から大・小臼歯の双子鉤、犬歯・小臼歯の双子鉤、大臼歯の二腕鉤（レスト付き）、犬歯又は小臼歯の二腕鉤（レスト付き）、前歯（切歯）の二腕鉤（レスト付き）を記載する。

（ウ）　鋳造用コバルトクロム合金を用いた製作は、「コ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

（エ）　（ウ）の場合の「コ」の項は、双子鉤は上欄に、二腕鉤（レスト付き）は下欄に、それぞれ記載する。

ネ　「線鉤」の項について

（ア） 歯科用 14 カラット金合金鉤用線を用いた製作は「14Ｋ」の項に、不銹鋼及び特殊鋼を用いた製作は「不・特」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

（イ） （ア）の場合の「14Ｋ」の項は、双子鉤は上欄に、二腕鉤（レスト付き）は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

（ウ） （ア）の場合の「不・特」の項は、双子鉤は左上欄に、二腕鉤（レスト付き）は左下欄に、二腕鉤（レスト無し）は右上欄に、間接支台装置は右下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ノ 「修理」の項について

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法以外の修理は、点数及び回数を記載する。

ハ 「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 116）

（イ） 咬合印象は、点数及び回数を記載する。

（ウ） 小児保隙装置は、点数及び回数を記載する。（項番 128）

（エ） 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 133）

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

なお、高強度硬質レジンブリッジ又は接着ブリッジの装着を行った場合の装着料は、加算を合算した点数及び回数を記載する。（項番 116）

（カ） コンビネーション鉤は、点数及び回数を記載する。

（キ） 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 135、136、137、138）

（ク） 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 122）

（ケ） 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 122）

（コ） 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 125）

（サ） 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 139）

（シ） 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、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。

（ス） 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 116）

(29) 歯科矯正について

ア　全体の「その他」欄に記載する。（項番 140～149）

（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 146）

(30)　その他の項目について

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

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

(31)　「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。

(32)　「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。

(33)　「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、国民健康保険及び退職者医療の場合は、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（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（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。

（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、国民健康保険及び退職者医療において、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。

(34)　「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。

イ　「70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものは、公費でないものとみなして記載する。

(35)　「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、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、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、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、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。

(36)　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を行った際に、既に健康保険法施行令第 42 条第６項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えて受領している場合で現物給付化することが困難な場合を除く。

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

キ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号又は第７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。また、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の診療報酬請求項目と区別して記載すること。

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　（削除）

サ　（削除）

シ　（削除）

ス　特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置にかかわらず、「70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第２の２（４）に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合は、「特記事項」欄に「二割」と記載する。

セ　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。

ソ　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。

タ　（削除）

チ　（削除）

ツ　（削除）

テ　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。

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

ナ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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）が提示された場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（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 901 万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上 （国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（３割））の提示のみの場合又は「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。

ニ　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。

ヌ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の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。

ネ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢者受給証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割）又は（１割））の提示のみの場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（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。

ノ　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））が提示された場合又は「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

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

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

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

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

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

マ　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。

ミ　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について」（平成 28 年３月 25 日医政地発 0325 第１号）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、　印　」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）　「印」については、当該様式に、予め保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取り扱うものであること。また、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、記名捺印の労をはぶくため、保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名及び印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、「処方せん受付回数」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）　「処方せん受付回数」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、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）　「処方せん受付回数」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）　「処方せん受付回数」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、「処方せん受付回数」は調剤月について計上すること。また、長期投薬若しくは後発医薬品に係る分割調剤の調剤基本料を算定する場合、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤を行う場合又は服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、服用薬剤調整支援料、外来服薬支援料、退院時共同指導料若しくは経管投薬支援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、「処方せん受付回数」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、「後期高齢九割」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「後期高齢九割」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）　「処方せん受付回数」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、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については、処方箋に基づく調剤分に係る明細書とは別とし、それぞれ単独の明細書とすること。

（４）　１枚の処方箋の使用期間が次月にまたがる場合については、当該処方箋に係る調剤実行為を行った月の調剤分として請求すること。

（５）　服薬情報等提供料は、算定の対象となる情報提供を実施した月の分として請求すること。

（６）　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、算定の対象となる訪問薬剤管理指導を実施した月の分として請求すること。

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

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

（８）　１枚の明細書に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、調剤年月等、薬局コード、患者氏名、保険種別（例：１社・国　１単独　２本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担者番号）、被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

（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、複数の選択肢より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しても差し支えないこと。

イ　枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

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

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

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

２　調剤報酬明細書に関する事項

（１）　「令和　年　月分」欄について

調剤年月等を記載すること。

（２）　「都道府県番号」欄について

別添２の設定要領の別表２に掲げる都道府県番号表に従い、保険薬局の所在する都道府県の番号を記載すること。

（３）　「薬局コード」欄について

それぞれの薬局について定められた薬局コード７桁を記載すること（別添２「設定要領」の第４を参照）。

（４）　「保険種別１」、「保険種別２」及び「本人・家族」欄について

ア　「保険種別１」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち１つを〇で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。）	１　社・国
公費負担医療（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職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
退職者医療　　４　退職
（注）退職者医療には、健康保険法附則第３条に規定する特定健保組合に係るものは該当しないこと。

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○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○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○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○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）　高齢受給者一般・低所得者のうち、平成 20 年２月 21 日保発第 0221003 号別紙に定める特例措置により１割負担となる者と、適用を受けない２割負担の者の判別については、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、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

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を〇で囲むか、（　）の中に給付割合を記載すること。

ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

（７）　「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア　被保険者証等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。

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）。

⑽　「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、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、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤に係る調剤基本料を算定する調剤、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並びに服薬情報等提供、在宅患者訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急時等共同指導、服用薬剤調整支援料、外来服薬支援、退院時共同指導及び経管投薬支援は、受付回数としては計上しないこと。

(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。感染症法と生活保護法との併用の場合は生活保護法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、湿布薬を除く。）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、湿布薬の用量については、湿布薬の枚数としての投薬全量を記載するとともに、湿布薬の枚数としての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　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。

ウ　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。

エ　剤形は「内服」、「内滴」、「屯服」、「浸煎」、「湯」、「注射」、「外用」と記載すること。

オ　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）　嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、自家製剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算及び計量混合調剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）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、別剤として調剤料を算定した場合

カ　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。

キ　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。

ク　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。

ケ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第４号又は第６号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第３の２の(20)のカの(ウ)の例により「薬評」と記載し、

当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(22)　「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の１単位（内服薬にあっては１剤１日分、湯薬にあっては内服薬に準じ１調剤ごとに１日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあっては１調剤分）当たりの薬剤料を記載すること。

なお、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、行を改めて公費負担医療に係る薬剤料を記載し、当該薬剤料にアンダーラインを付すか、又はその左側に「＊」を付すこと。

(23)　「調剤数量」欄について

ア　「処方」欄記載の処方内容に係る調剤の単位数（内服薬及び湯薬にあっては投薬日数、内服用滴剤、浸煎薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあっては調剤回数）を調剤月日ごとに記載すること。

イ　分割調剤の場合は以下によること。

（ア）　長期投薬に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に 分 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、分 に代えて「Ｂ」と記載することも差し支えないものであること。

（イ）　後発医薬品に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に 試 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、試 に代えて「Ｔ」と記載することも差し支えないものであること。

（ウ）　医師の分割指示に係る分割調剤を行う場合は、単位数及び医の記号を付した総単位数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、医に代えて「Ｄ」と記載することも差し支えないものであること。

(24)　「調剤料」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調剤料の点数を記載すること。ただし、調剤料が算定できない場合又は医師の指示による分割調剤の場合は、「０」を記載すること。

なお、内服薬及び湯薬について、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を同一薬局において行う場合には、第１回目の調剤から通算した日数に対応する調剤料から前回までに請求した調剤料の点数を減じた点数を記載すること。

(25)　「薬剤料」欄について

「処方」欄の所定単位当たりの薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数を記載すること。

(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、令和２年 10 月調剤分以降、「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。なお、令和２年３月 31 日以前から適用されているコードについては、令和２年９月調剤分まで選択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Ⅱ「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）　嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、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、予製剤加算又は無菌製剤処理加算を算定した場合は、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、一包化加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、同加算を算定する点数に対応する投薬日数が分かるように、原則として、当該日数が「調剤数量」欄に記載されている剤の欄に（当該日数の剤が複数ある場合は、いずれかの１欄にのみ）、一包化加算に係る点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあっては「０」）を記載すること。

ただし、同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数１回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、これに該当する場合であっても、これらの加算はどちらか１欄にのみ記載すること。

（イ）　一包化加算については、上記（ア）のほか、当該加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、一包化を行った全ての剤の「加算料」欄に名称を記載すること。

（ウ）　調剤基本料に対応する加算点数、夜間・休日等加算及び在宅患者調剤加算に係る点数については本欄には記載しないこと。

（エ）　電子計算機の場合は、麻 等の□を省略して記載しても差し支えないこと。以下、麻 等の略号を使用する場合について同様であること。

（オ）　１行で記載できない場合は、同欄において行を改めて記載しても差し支えないこと。

ウ　「調剤基本料」欄について

（ア）　医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公費及び第２公費に係る調剤基本料（地域支援体制加算の施設基準の届出を行った場合等にあっては、調剤基本料に地域支援体制加算、後発医薬品調剤体制加算１、後発医薬品調剤体制加算２若しくは後発医薬品調剤体制加算３又は区分番号 00 の注３、注４若しくは注７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、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を行った場合は算定可能な分割調剤の回数に５点を乗じた点数及び在宅患者調剤加算の算定回数に 15 点を乗じた点数を合算し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。さらに、在宅患者調剤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。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

（イ） 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する調剤基本料及びその加算等の名称及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「調剤基本料」欄に記載すること。

エ 「時間外等加算」欄について

（ア） 調剤基本料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算若しくは時間外加算の特例又は調剤料に係る夜間･休日等加算（かかりつけ薬剤師包括管理料を基礎額とする場合を含む。）を算定した場合（ただし、医師の指示による分割調剤の場合を除く。）は、名称を「保険」の項の上欄に記載すること。

（イ） 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第１公費及び第２公費に係る時間外等の加算点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

オ 「薬学管理料」欄について

（ア） 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の上欄には、算定した薬学管理料（薬学管理料の加算を含む。以下同じ。）の名称と回数を下記により記載すること。

① 薬剤服用歴管理指導料の「１」、「２」、「３」、「４」又は注 13 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、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算１、特定薬剤管理指導加算２、吸入薬指導加算、調剤後薬剤管理指導加算又は乳幼児服薬指導加算を算定した場合は、薬剤服用歴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。

② かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算１、特定薬剤管理指導加算２又は乳幼児服薬指導加算を算定した場合は、かかりつけ薬剤師指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

③ かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

④ 外来服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。

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 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、在宅患者オンライン服薬指導料、麻薬管理指導加算又は乳幼児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。

⑦ 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、麻薬管理指導加算又は乳幼児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。

⑧ 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、麻薬管理指導加算又は乳幼児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 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。

⑩ 服薬情報等提供料１又は服薬情報等提供料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。

⑪　在宅患者重複投薬・相互作用等防止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。

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。

（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)のウを参照すること。

（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。

(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、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 の記号を付して居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の合計算定回数を記載すること。

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「調剤料」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　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。

ウ　「調剤料」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、「調剤料」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。

エ　「70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものについては、公費でないものとみなして記載すること。

(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、国民健康保険及び退職者医療の場合は、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（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（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、国民健康保険及び退職者医療の場合は、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（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、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、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、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、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、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) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者総合支援法に係る分は「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係る合計点数は「請求」欄の「公費②」の項に記載すること。

ウ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号又は第７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。また、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第５号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の調剤報酬請求項目と区別して記載すること。

エ　（削除）

オ　（削除）

カ　（削除）

キ　特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置にかかわらず、「70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第２の２（４）に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合には、「特記事項」欄に「二割」と記載すること。

ク　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。

ケ　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。

コ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第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。

サ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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）が提示された場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（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 901 万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（３割））の提示のみの場合又は「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。

シ　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。

ス　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の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。

セ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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 （国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（２割）又は（１割））の提示のみの場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（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。

ソ　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））が提示された場合又は「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

タ　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、調剤料及びその加算の名称及び点数、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、調剤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。

チ　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、令和２年 10 月調剤分以降、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
1	A000	初診料	（初診の後、当該初診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第1号）別添1第1章第1部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院
				820100002	イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院
				820100003	ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
			（注5のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を算定した場合） 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100002	2つ目の診療科（初診料）；******
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
				112016850	同日特定妥結率再診料
				112008850	同日電話等再診料
				112015950	電話等再診料（同一日複数科受診時の2科目）
				112016950	同日電話等特定妥結率再診料
				112017150	電話等特定妥結率再診料（同一日複数科受診時の2科目）
			（注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合） 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100003	2つ目の診療科（再診料）；******
3	A001	再診料の乳幼児加算	（月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合） 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児
4	A002	外来診療料	（再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院
				820100002	イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院
				820100003	ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
			（注5に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合） 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100004	2つ目の診療科（外来診療料）；******
5	A002	外来診療料の乳幼児加算	（月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合） 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児
6	A003	オンライン診療料	（「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1部A003オンライン診療料の（3）のア又はイに該当する患者に当該診療料を算定する場合） 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、精神科在宅患者支援管理料又は在宅自己注射指導管理料のうち、当該患者が算定しているものを選択して記載するとともに、当該管理料等の算定を開始した年月日を記載すること。 （「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部A003オンライン診療料の（3）のウに該当する患者に当該診療料を算定する場合） 頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日	850100001	特定疾患療養管理料の算定を開始した年月日（オンライン診療料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100002	小児科療養指導料の算定を開始した年月日（オンライン診療料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100003	てんかん指導料の算定を開始した年月日（オンライン診療料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100004	難病外来指導管理料の算定を開始した年月日（オンライン診療料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100005	糖尿病透析予防指導管理料の算定を開始した年月日（オンライン診療料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100006	地域包括診療料の算定を開始した年月日（オンライン診療料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100007	認知症地域包括診療料の算定を開始した年月日（オンライン診療料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100008	生活習慣病管理料の算定を開始した年月日（オンライン診療料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100009	在宅時医学総合管理料の算定を開始した年月日（オンライン診療料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100010	精神科在宅患者支援管理料の算定を開始した年月日（オンライン診療料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100011	在宅自己注射指導管理料の算定を開始した年月日（オンライン診療料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100012	頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日（オンライン診療料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
7	A100	一般病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100005	入院元（一般病棟入院基本料）（救急・在宅等支援病床初期加算）；******
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100006	算定対象である旨及び転院（転棟）回数（救急・在宅等支援病床初期加算）；******
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100007	直近の入院医療機関名及び退院年月日（救急・在宅等支援病床初期加算）；******
8	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Ⅰを算定した場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100009	医療上の必要性（療養病棟入院基本料）；******
			（回復期リハビリテーション入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する療養病棟において当該入院料に係る算定要件に該当しない患者について、療養病棟入院基本料の入院料Ⅰを算定する場合） 非該当患者である旨を記載すること。	820100392	非該当患者（療養病棟入院基本料）

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
9	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);******
				830100013	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(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。	830100014	直近の入院医療機関名及び退院年月日(急性期患者支援療養病床初期加算);******
				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);******
10	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(当該加算の基準に基づくADL得点又はランク)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″
11	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(当該加算の基準に基づくADL得点又はランク)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(特定機能病院精神病棟入院基本料));******
				850100013	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″
12	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。		—
			(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。		—
13	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);******
14	A109	有床診療所療養病床入院基本料の救急・在宅等支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100020	入院元(救急・在宅等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(救急・在宅等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(救急・在宅等支援療養病床初期加算);******
15	A204	地域医療支援病院入院診療加算	(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。	850100015	加算を算定した入院年月日(地域医療支援病院入院診療加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
16	A204-2	臨床研修病院入院診療加算	(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。	850100016	加算を算定した入院年月日(臨床研修病院入院診療加算);(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
17	A205の1	救急医療管理加算1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A205救急医療管理加算の(2)のアからケまでのいずれか該当するものを選択して記載すること。また、(2)のイ、ウ、オ、カ(肝不全、腎不全又は重症糖尿病のものに限る。)又はキ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を記載し、(2)のカに該当する場合であって、肝不全、腎不全、重症糖尿病以外のものについては、具体的な状態を記載すること	820100393	ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算1)
				820100394	ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算1)
				820100395	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS1
				820100396	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS2
				820100397	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS3
				820100398	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS10
				820100399	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS20
				820100400	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS30
				820100401	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS100
				820100402	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS200
				820100403	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS300
				820100404	ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA1
				820100405	ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA2
				820100406	ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA3
				820100407	ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA4
				820100408	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P／F比300以上400未満
				820100409	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P／F比200以上300未満
				820100410	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P／F比200未満
				820100411	エ 急性薬物中毒(救急医療管理加算1)
				820100412	オ ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg以上
				820100413	オ ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg未満
				820100414	オ ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用なし
				820100415	オ ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用あり
				842100001	カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)AST値;******
				842100002	カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)ALT値;******
				842100003	カ 代謝障害(腎不全)(救急医療管理加算1)eGFR値;******
				842100004	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)JSD値;******
				842100005	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)NGSP値;******
				842100006	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)随時血糖値;******
				830100023	カ 代謝障害(その他)(救急医療管理加算1)具体的な状態;******
				820100416	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 9以上
				820100417	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 4以上9未満
				820100418	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 4未満
				820100419	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷なし
				820100420	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷あり
				820100421	ク 外傷、破傷風等(救急医療管理加算1)
				830100024	ケ 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)
			当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」(平成30年4月27日保発0428第10号)(本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。)の別添5に掲げる医科診療行為コードを記載すること。	831110001	入院後3日以内に実施した主要な診療行為(救急医療管理加算1);**********(医科診療行為コード)
			(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100017	救急医療管理加算を算定した入院年月日;(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
18	A205の2	救急医療管理加算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1章第2部A205救急医療管理加算の(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態のうち該当するものを選択して記載すること。また、(2)のイ、ウ、オ、カ(肝不全、腎不全又は重症糖尿病のものに限る。)又はキ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を記載し、(2)のカに該当する場合であって、肝不全、腎不全、重症糖尿病以外のものについては、具体的な状態を記載すること。また、(2)のコに該当する場合はその医学的根拠を記載すること。	820100422	ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算2)
				820100423	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS1
				820100424	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS2
				820100425	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS3
				820100426	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS10
				820100427	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS20
				820100428	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS30
				820100429	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS100
				820100430	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS200
				820100431	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS300
				820100432	ウ 心不全(救急医療管理加算2):NYHA1
				820100433	ウ 心不全(救急医療管理加算2):NYHA2
				820100434	ウ 心不全(救急医療管理加算2):NYHA3
				820100435	ウ 心不全(救急医療管理加算2):NYHA4
				820100436	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算2):P／F比400以上
				820100437	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算2):P／F比300以上400未満
				820100438	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算2):P／F比200以上300未満
				820100439	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算2):P／F比200未満
				820100440	エ 急性薬物中毒(救急医療管理加算2)
				820100441	オ ショック(救急医療管理加算2):平均血圧70mmHg以上
				820100442	オ ショック(救急医療管理加算2):平均血圧70mmHg未満
				820100443	オ ショック(救急医療管理加算2):昇圧剤利用なし
				820100444	オ ショック(救急医療管理加算2):昇圧剤利用あり
				842100007	カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算2)AST値;******
				842100008	カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算2)ALT値;******
				842100009	カ 代謝障害(腎不全)(救急医療管理加算2)eGFR値;******
				842100010	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)JSD値;******
				842100011	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)NGSP値;******
				842100012	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)随時血糖値;******
				830100025	カ 代謝障害(その他)(救急医療管理加算2)具体的な状態;******
				820100445	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index 9以上
				820100446	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index 4以上9未満
				820100447	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index 4未満
				820100448	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):気道熱傷なし
				820100449	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):気道熱傷あり
				820100450	ク 外傷、破傷風等(救急医療管理加算2)
				820100451	ケ 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)
				830100026	コ その他の重症な状態の医学的根拠(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。	850100017	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″
19	A206	在宅患者緊急入院診療加算	(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。	850100018	加算を算定した入院年月日(在宅患者緊急入院診療加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
20	A207	診療録管理体制加算	(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。	850100019	加算を算定した入院年月日(診療録管理体制加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
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	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
23	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);******

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
24	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）
			（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。	850100022	加算を算定した入院年月日（精神科応急入院施設管理加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
25	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）
26	A230-3	精神科身体合併症管理加算	対象患者について基本診療料の施設基準等別表第七の二の各号に掲げるものの中からいずれか該当するものを選択して記載すること。	820100453	呼吸器系疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100454	心疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100455	手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100456	脊髄損傷の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100457	重篤な内分泌・代謝性疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100458	重篤な栄養障害の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100459	意識障害の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100460	全身感染症の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100461	中枢神経系の感染症の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100462	急性腹症の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100463	劇症肝炎又は重症急性膵炎の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100464	悪性症候群又は横紋筋融解症の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100465	広範囲（半肢以上）熱傷の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100466	手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100467	透析導入時の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100468	重篤な血液疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100469	急性かつ重篤な腎疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100470	手術室での手術を必要とする状態の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100471	膠原病の患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100472	妊産婦である患者（精神科身体合併症管理加算）
				820100473	指定難病の患者（精神科身体合併症管理加算）
27	A230-4	精神科リエゾンチーム加算	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）
28	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）；******
29	A231-4	摂食障害入院医療管理加算	入院時のBMIの値を記載すること。	842100013	入院時のBMI値（摂食障害入院医療管理加算）；******
30	A232の1	がん拠点病院加算 1 がん診療連携拠点病院加算	（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。	850100023	加算を算定した入院年月日（がん診療連携拠点病院加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
31	A232の2	がん拠点病院加算 2 小児がん拠点病院加算	（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。	850100024	加算を算定した入院年月日（小児がん拠点病院加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
32	A233-2	栄養サポートチーム加算	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）
33	A234	医療安全対策加算	（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。	850100025	加算を算定した入院年月日（医療安全対策加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
34	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″
35	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）
36	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）
37	A250	薬剤調整加算	内服薬が減少する前後の内服薬の種類数（クロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量）を記載すること。	842100014	調整前の内服薬の種類数（薬剤調整加算）；******
				842100015	調整前の内服薬の種類数（クロルプロマジン換算量（mg））（薬剤調整加算）；******
				842100016	調整後の内服薬の種類数（薬剤調整加算）；******
				842100017	調整後の内服薬の種類数（クロルプロマジン換算量（mg））（薬剤調整加算）；******
			（当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合） 当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。	830100030	他の保険医療機関名（薬剤調整加算）；******
				842100018	当該保険医療機関における調整前の内服薬の種類数（薬剤調整加算）；******
				842100019	他の保険医療機関における調整前の内服薬の種類数（薬剤調整加算）；******
				842100020	当該保険医療機関における調整後の内服薬の種類数（薬剤調整加算）；******
				842100021	他の保険医療機関における調整後の内服薬の種類数（薬剤調整加算）；******

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
38	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）;******
39	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″
40	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1,500未満」、「1,000g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
			「診療報酬の算定方法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
41	A303の1	総合周産期特定集中治療室管理料 1　母体・胎児集中治療室管理料	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A303総合周産期特定集中治療室管理料の(2)のアからカまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100487	該当するもの（母体・胎児集中治療室管理料）:ア　合併症妊娠
				820100488	該当するもの（母体・胎児集中治療室管理料）:イ　妊娠高血圧症候群
				820100489	該当するもの（母体・胎児集中治療室管理料）:ウ　多胎妊娠
				820100490	該当するもの（母体・胎児集中治療室管理料）:エ　胎盤位置異常
				820100491	該当するもの（母体・胎児集中治療室管理料）:オ　切迫流早産
				820100492	該当するもの（母体・胎児集中治療室管理料）:カ　胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの
42	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1,500未満」、「1,000g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
43	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	「診療報酬の算定方法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

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
44	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1,500未満」、「1,000g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
			「診療報酬の算定方法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
45	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）；******
46	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料	対象となる疾患の発症年月日、手術年月日又は損傷年月日及び入棟年月日並びに退棟年月日を記載する	850100029	対象疾患の発症年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100030	対象疾患の手術年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100031	対象疾患の損傷年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100032	入棟年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100033	退棟年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
			（入院までの間に算定開始日数控除対象入院料等において1日6単位以上の重点的なリハビリテーションが提供された場合） 当該日数を記載すること。	842100023	1日6単位以上のリハビリテーション提供日数（回復期リハビリテーション病棟入院料）；******
			（回復期リハビリテーション病棟入院料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(11)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）；******
47	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）；******
48	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算又は在宅患者支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100035	入院元（急性期患者支援病床初期加算）；******
				830100036	入院元（在宅患者支援病床初期加算）；******
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100037	算定対象である旨及び転院（転棟）回数（急性期患者支援病床初期加算）；******
				830100038	算定対象である旨及び転院（転棟）回数（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。	830100039	直近の入院医療機関名及び退院年月日（急性期患者支援病床初期加算）；******
				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）；******
49	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）；******

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
50	A311 A311-2 A311-3	精神科救急入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料	算定を開始した日を記載すること。	850100034	精神科救急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″
			(転棟患者等の場合) 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″
51	A311 A311-2 A311-3	精神科救急入院料 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向精神病薬をすべて記載すること。	830100045	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科救急入院料));******
				830100046	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科急性期治療病棟入院料));******
				830100047	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科救急・合併症入院料));******
52	A311	精神科救急入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日を記載すること。	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精神科救急入院料の(3)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100040	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急入院料);(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(精神科救急入院料):イ　患者事由により、投与を中止
			(他の病棟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	他の病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急入院料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				842100025	クロザピンの投与中止回数(精神科救急入院料);******
53	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);******
54	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);******
55	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);******
56	A312	精神療養病棟入院料の非定型抗精神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。	830100049	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神療養病棟入院料));******
57	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)
58	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);******
59	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);******

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
60	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);******
61	A318	地域移行機能強化病棟入院料の非定型抗精神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。	830100055	向精神病薬名(地域移行機能強化病棟入院料)(非定型抗精神病薬加算);******
62	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)
63	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)
				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
				820100529	対象手術(短手1):半月板切除術
				820100530	対象手術(短手1):関節鏡下半月板切除術
				820100531	対象手術(短手1):手根管開放手術
				820100532	対象手術(短手1):関節鏡下手根管開放手術
				820100533	対象手術(短手1):水晶体再建術
				820100534	対象手術(短手1):乳腺腫瘍摘出術
				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)
				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
				820100539	対象手術(短手1):経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術
			(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)
64	A400の2	短期滞在手術等基本料2	短手2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)
				820100541	対象手術(短手2):関節鼠摘出手術
				820100542	対象手術(短手2):関節鏡下関節鼠摘出手術
				820100543	対象手術(短手2):半月板縫合術
				820100544	対象手術(短手2):関節鏡下半月板縫合術
				820100545	対象手術(短手2):靭帯断裂縫合術
				820100546	対象手術(短手2):関節鏡下靭帯断裂縫合術
				820100547	対象手術(短手2):顎下腺腫瘍摘出術
				820100548	対象手術(短手2):顎下腺摘出術
				820100549	対象手術(短手2):甲状腺部分切除術、甲状腺腫瘍摘出術
				820100550	対象手術(短手2):腹腔鏡下胆嚢摘出術
				820100551	対象手術(短手2):腹腔鏡下虫垂切除術
				820100552	対象手術(短手2):痔核手術(脱肛を含む。) 4 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴わないもの)
				820100553	対象手術(短手2):痔核手術(脱肛を含む。) 5 根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの)
				820100554	対象手術(短手2):経尿道的尿路結石除去術(超音波下に行った場合も含む。)
				820100555	対象手術(短手2):尿失禁手術
				820100556	対象手術(短手2):子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 2 腹腔鏡によるもの
			(短期滞在手術等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。	820100557	対象手術とは別目的で実施した検査等(短手2)
65	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)

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
66	A	180日を超える期間通算対象入院料を算定する場合	(「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」(平成18年9月12日厚生労働省告示第498号)の九のいずれにも該当しない場合) 「選」と記載すること。	190117810	(選)急性期一般入院料1
				190214510	(選)急性期一般入院料2
				190214610	(選)急性期一般入院料3
				190214710	(選)急性期一般入院料4
				190214810	(選)急性期一般入院料5
				190214910	(選)急性期一般入院料6
				190111810	(選)急性期一般入院料7
				190215010	(選)地域一般入院料1
				190111910	(選)地域一般入院料2
				190112010	(選)地域一般入院料3
				190113410	(選)一般病棟特別入院基本料
				190118710	(選)特定機能病院一般病棟7対1入院基本料
				190114710	(選)特定機能病院一般病棟10対1入院基本料
				190119410	(選)専門病院7対1入院基本料
				190115710	(選)専門病院10対1入院基本料
				190115810	(選)専門病院13対1入院基本料
				190122890	選定療養(入院180日超)減算(入院基本料)
			(「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」の九のいずれかに該当する場合) 「選外」と記載し、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」第九のイからワまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100030	イ 通算対象入院料算定患者以外の患者
				820100031	ロ 難病患者等入院診療加算を算定する患者
				820100032	ハ 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
				820100033	ニ 厚生労働省告示に規定する難病患者等
				820100034	ホ 悪性新生物に対する腫瘍用薬を投与している状態にある患者
				820100035	ヘ 悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態にある患者
				820100036	ト ドレーン法等を実施している状態にある患者
				820100037	チ 人工呼吸器を使用している状態にある患者
				820100038	リ 人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
				820100039	ヌ 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術患者
				820100040	ル 15歳未満の患者
				820100041	ヲ 小児慢性特定疾病児童等患者又は育成医療給付患者
				820100042	ワ ロからヌまでに掲げる状態に準ずる状態にある患者
67	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;******

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
68	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B001の2特定薬剤治療管理料の(1)のアの(イ)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。 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
				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
69	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″
70	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);******
71	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″
72			(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);******
73	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);******
74	B001の4	小児特定疾患カウンセリング料	第1回目のカウンセリングを行った年月日を記載すること。	850100051	第1回目カウセンリング実施年月日(小児特定疾患カウンセリング料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
75	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	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″
76	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″
77	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B001の12心臓ペースメーカー指導管理料の(5)のア又はイに規定するもののうち該当するものを選択して記載すること。	850100054	直近の算定年月日(植込型除細動器移行期加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100055	使用開始年月日(植込型除細動器移行期加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				820100064	ア 留意事項通知に規定する患者でICD適否確定までの間使用
				820100065	イ 留意事項通知に規定する患者でICD植え込みまでの間使用
78	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″
79	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″
80	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)
81	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);******
			(本管理料を算定した月において、本管理料に包括されていないE001の1単純撮影(胸部を除く。)及びE002の1単純撮影(胸部を除く。)を算定した場合) 撮影部位を記載すること。	830100062	管理料に包括されていない単純撮影の撮影部位(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−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

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
82	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″
83	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″
84	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″
85	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″
86	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″
87	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)
88	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)
			(「診療報酬の算定方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1部B001の28小児運動器疾患指導管理料の(6)により当該管理料を算定する場合) 初診時の年月日、年齢及び状態を記載すること。	850100063	初診年月日(小児運動器疾患指導管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				830100063	初診時の患者の年齢(小児運動器疾患指導管理料);******
				830100064	初診時の患者の状態(小児運動器疾患指導管理料);******
89	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・指導料の通算実施回数;******
90	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
			(「診療報酬の算定方法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;******
91	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
92	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);******
93	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);******
94	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)
95	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);******
96	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);******
97	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″
98	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)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″
99	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));******
100	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)
101	B002	開放型病院共同指導料(Ⅰ)	共同指導を行った日を記載すること。	850100068	共同指導を行った日(開放型病院共同指導料(1));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
102	B003	開放型病院共同指導料(Ⅱ)	共同指導を行った日を記載すること。	850100069	共同指導を行った日(開放型病院共同指導料(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
103	B004	退院時共同指導料1	入院日を記載すること。	850100070	入院年月日(退院時共同指導料1);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
104	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)
105	B005	退院時共同指導料2	共同指導を行った日を記載すること。	850100071	共同指導を行った日(退院時共同指導料2);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
			(同一日に退院時共同指導料2と退院時リハビリテーション指導料又は退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合) 共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。	830100076	共同指導を行った者の職種(退院時共同指導料2);******
				850100072	指導年月日(退院時共同指導料2);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
106	B005-1-2	介護支援等連携指導料	算定日(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″
107	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日及び維持期のリハビリテーションを終了した日を記載すること。	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″
108	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″
109	B005-6の1	がん治療連携計画策定料1	退院日を記載すること。	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″
110	B005-7の2	認知症専門診断管理料2	前回算定日(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)
111	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″
112	B005-7-2	認知症療養指導料1(入院外)	治療を行った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″
113	B005-7-2	認知症療養指導料2	治療を開始した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″
114	B005-7-2	認知症療養指導料3	治療を開始した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″
115	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)
116	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);******
117	B006-3	退院時リハビリテーション指導料	(同一日に退院時リハビリテーション指導料と退院時共同指導料2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。	830100077	共同指導を行った者の職種(退院時リハビリテーション指導料);******
				850100083	共同指導年月日(退院時リハビリテーション指導料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
118	B007	退院前訪問指導料	(2回算定した場合) 各々の訪問指導日を記載すること。	850100084	訪問指導年月日(退院前訪問指導料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
119	B007-2	退院後訪問指導料	退院日を記載すること。	850100085	退院年月日(退院後訪問指導料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
120	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);******
121	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)
122	B008	薬剤管理指導料1及び2の麻薬管理指導加算	指導を行った日を記載すること。	850100086	指導年月日(麻薬管理指導加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
123	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);******
124	B009	診療情報提供料(Ⅰ)	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)
			(保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合) 情報提供先を記載すること。	830100080	情報提供先(診療情報提供料(Ⅰ));******
125	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の注8に規定する加算	退院日を記載すること。	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″
126	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算のイ	退院日を記載すること。	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″
127	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)));******
128	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)

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
129	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);******
130	B011	診療情報提供料(Ⅲ)	(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	妊婦(診療情報提供料3)
131	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。		—
			(遺族等に対して意見書を交付した場合で遺族等が他に療養の給付を受けていない場合) 当該遺族等の診療報酬明細書に相続と表示し、意見書の対象となった傷病名を「傷病名」欄に記載すること。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)
			(遺族等に対して意見書を交付した場合で遺族等が他に療養の給付を受けている場合) 当該遺族等の診療報酬明細書に相続と表示し、遺族等自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を「傷病名」欄に記載すること。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)
132	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。	820100580	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
133	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);******
134	B014	退院時薬剤情報管理指導料	退院日を記載すること。	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″
			(同一日に退院時薬剤情報管理指導料と退院時共同指導料2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。	830100084	共同指導を行った者の職種(退院時薬剤情報管理指導料);******
				850100092	共同指導年月日(退院時薬剤情報管理指導料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
135	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
136	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):家族への暴食、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。

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
137	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):家族への暴食、暴言、拒絶がある。
				820100610	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):警察・保健所介入歴がある。
				820100611	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。
				820100612	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):外来受診をしないことが2か月以上あった。
				820100613	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。
				820100614	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):直近の入院は措置入院である。
				820100615	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。
				820100616	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。
				820100617	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):支援をする家族がいない。
				820100618	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。
138	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
139	C000	往診料等	(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;******
			(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を当該月に算定している場合) 当該往診を行った日を記載すること。	850100093	往診を行った年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(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;******
140	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);******
141	C000	往診料の患家診療時間加算	診療時間を記載すること。	852100001	診療時間(患家診療時間加算)

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
142	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、必要を認めた診療日及び当該訪問診療を行った日を記載すること。	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
			（当該月又はその前月に往診料を算定している場合） 当該訪問診療を行った日を記載すること。	850100097	訪問診療を行った年月日（在宅患者訪問診療料（1））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
143	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。	852100001	診療時間（患家診療時間加算）
144	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	死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に行った往診又は訪問診療の日を記載すること。	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″
				850100099	往診又は訪問診療年月日（在宅ターミナルケア加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
			（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日時を記載すること。	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）
145	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）を用い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
146	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（Ⅰ））；******
147	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、必要を認めた診療日及び当該訪問診療を行った日を記載すること。	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″
			（当該月又はその前月に往診料を算定している場合） 当該訪問診療を行った日を記載すること。		—
148	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。	852100001	診療時間（患家診療時間加算）

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
149	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	死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に行った往診又は訪問診療の日を記載すること。	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″
				850100099	往診又は訪問診療年月日（在宅ターミナルケア加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
			（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日時を記載すること。	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）
150	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）を用い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
151	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″
			（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。		—
			（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
152	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″
153	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(22)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、(22)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2以上の状態又はこれに準ずる状態〕 １－１　要介護2 １－２　要介護3 １－３　要介護4 １－４　要介護5 １－５　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Ⅱb以上〕 ２－１　ランクⅡb ２－２　ランクⅢa ２－３　ランクⅢb ２－４　ランクⅣ ２－５　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　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〕 ６－１　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 ６－２　出生時体重が1,500g未満であった１歳未満の患者 ６－３「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 ６－４　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	820100625	該当する状態（包括的支援加算）：１－１　要介護2
				820100626	該当する状態（包括的支援加算）：１－２　要介護3
				820100627	該当する状態（包括的支援加算）：１－３　要介護4
				820100628	該当する状態（包括的支援加算）：１－４　要介護5
				820100629	該当する状態（包括的支援加算）：１－５　障害支援区分２以上
				820100630	該当する状態（包括的支援加算）：２－１　ランク2b
				820100631	該当する状態（包括的支援加算）：２－２　ランク3a
				820100632	該当する状態（包括的支援加算）：２－３　ランク3b
				820100633	該当する状態（包括的支援加算）：２－４　ランク4
				820100634	該当する状態（包括的支援加算）：２－５　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
				820100638	該当する状態（包括的支援加算）：６－１　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）：６－２　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）：６－３「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）：６－４　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
154	C002	オンライン在宅管理料	在宅時医学総合管理料の算定を開始した年月を記載すること。	850100110	在宅時医学総合管理料の初回算定年月（オンライン在宅管理料）；（元号）yy″年″mm″月″
155	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″
156	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））
157	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）；******

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
158	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日、訪問看護・指導を行った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);******
159	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・指導料の長時間訪問看護・指導加算	訪問看護を実施した日を記載すること。	850100115	訪問看護の実施年月日(長時間訪問看護・指導加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
160	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・指導料の複数名訪問看護・指導加算	訪問看護を実施した日を記載すること。	850100116	訪問看護の実施年月日(複数名訪問看護・指導加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
161	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″
162	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″
163	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日時、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)
164	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。		—
165	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)
166	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″
167	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)
168	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
169	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。		—
			(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
170	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)
171	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
				820100102	その他

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
172	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）
173	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
174	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
175	C010	在宅患者連携指導料	情報共有を行った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″
176	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″
177	C012	在宅患者共同診療料	初回算定日を記載すること。	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）；******
178	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（7）又は（8）により当該指導管理料算定する場合） カンファレンスの日時、実施場所、概要、DESIGN-R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－R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－R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－R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－R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－Rによる深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：D4（皮下組織を負える損傷）
				820100649	DESIGN－R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－R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

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
179	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） 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。		—
180	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） 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。		—
			（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日付を記載すること。	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″
181	C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2	分娩日を記載すること。	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″
182	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	（1月に2回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C102在宅自己腹膜灌流指導管理料の（1）のアからオまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100110	ア　在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの
				820100111	イ　糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
				820100112	ウ　腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの
				820100113	エ　腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの
				820100114	オ　その他医師が特に必要と認めるもの
			（人工腎臓又は腹膜灌流（連続携行式腹膜灌流に限る。）を算定した場合） 算定した日を記載すること。	850100135	人工腎臓算定年月日（在宅自己腹膜灌流指導管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100136	腹膜灌流算定年月日（在宅自己腹膜灌流指導管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″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。		—
			（他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合） J038人工腎臓を算定している他の保険医療機関名	830100096	人工腎臓を算定している他の保険医療機関名（在宅自己腹膜灌流指導管理料）；******
			（他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合） 他の保険医療機関での実施の必要性	830100097	他の保険医療機関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）；******
183	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（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。	850100138	人工腎臓算定年月日（在宅血液透析指導管理料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
			（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） 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。		—
184	C103	在宅酸素療法指導管理料	当該月の動脈血酸素濃度分圧又は動脈血酸素飽和度を記載すること。	842100072	動脈血酸素濃度分圧（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）；******
185	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″
186	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） 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。		—
187	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＞） 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。		—
188	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） 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。		—
189	C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	胃瘻造設日及び初回算定日を記載すること。	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） 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。		—
			（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。		—

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
190	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） 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。		—
191	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	初回の指導管理を行った月日、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見を記載すること。ただし、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の（3）のイに該当する場合は、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載は不要であること。	850100143	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）；******
				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）；******
			（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）；******
192	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″
193	C108	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	（在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合） 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。		—
194	C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	在宅悪性腫瘍等患者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）；******
			（在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合） 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。		—
195	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） 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。		—
196	C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の導入期加算	植込術を行った年月日を記載すること。	850100147	植込術実施年月日（導入期加算）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
197	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″
198	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） 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。		—
199	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） 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。		—
200	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） 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。		—
201	C150	血糖自己測定器加算	血糖自己測定の回数を記載すること。	842100048	血糖自己測定回数（血糖自己測定器加算）；******
			（1型糖尿病の患者に対し算定する場合） 1型糖尿病の患者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）
				114005910	血糖自己測定器加算（20回以上）（1型糖尿病の患者を除く）
				114046010	血糖自己測定器加算（30回以上）（1型糖尿病の患者を除く）
				114006010	血糖自己測定器加算（40回以上）（1型糖尿病の患者を除く）
				114007410	血糖自己測定器加算（60回以上）（1型糖尿病の患者を除く）
202	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）；******

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
203	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
204	C157	酸素ボンベ加算	(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。	820100122	当月分
				820100123	翌々月分
				820100124	翌月分
				820100125	前月分
				820100126	前々月分
205	C158	酸素濃縮装置加算	(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。	820100122	当月分
				820100123	翌々月分
				820100124	翌月分
				820100125	前月分
				820100126	前々月分
206	C159	液化酸素装置加算	(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。	820100122	当月分
				820100123	翌々月分
				820100124	翌月分
				820100125	前月分
				820100126	前々月分
207	C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算	(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。	820100122	当月分
				820100123	翌々月分
				820100124	翌月分
				820100125	前月分
				820100126	前々月分
208	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;********
209	C163	特殊カテーテル加算	(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。	820100122	当月分
				820100123	翌々月分
				820100124	翌月分
				820100125	前月分
				820100126	前々月分
210	C165の1	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1	(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。	820100122	当月分
				820100123	翌々月分
				820100124	翌月分
				820100125	前月分
				820100126	前々月分
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1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)のア又はイの要件に該当する患者に対し算定する場合) (3)のア又はイのうち該当するものを選択して記載すること。 また、イの要件を根拠に算定する場合は、当該患者に対するASV療法の実施開始日も併せて記載すること。	820100127	ア 留意事項通知アの慢性心不全患者にASV療法を実施した場合
				820100128	イ 留意事項通知イの心不全患者にASV療法を実施した場合
				850100148	留意事項通知イの心不全患者 ASV療法開始年月日(在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
211	C165の2	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算2	(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。	820100122	当月分
				820100123	翌々月分
				820100124	翌月分
				820100125	前月分
				820100126	前々月分
212	C171	在宅酸素療法材料加算	(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。	820100122	当月分
				820100123	翌々月分
				820100124	翌月分
				820100125	前月分
				820100126	前々月分
213	C171-2	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	(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。	820100122	当月分
				820100123	翌々月分
				820100124	翌月分
				820100125	前月分
				820100126	前々月分

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
214	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。		—
215	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；******
216	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。	830100110	在宅療養指導管理料の算定理由；******
217	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。		—
218	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。	算定日情報	（算定日）
				851100004	検査開始時刻（時間外緊急院内検査加算）
			（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
219	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
220	D001の19	L型脂肪酸結合蛋白（L－FABP）（尿）	（2回目を算定した場合） 前回算定日を記載すること。	850100149	前回算定年月日（L型脂肪酸結合蛋白（L－FABP）（尿））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
			（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））；******
221	D001の19	好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（NGAL）（尿）	（医学的必要性から4回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100113	医学的必要性から4回以上算定した詳細な理由（好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（NGAL）（尿））；******
222	D002	尿沈渣（鏡検法）	（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。	830100114	検体の種類（尿沈渣（鏡検法））；******
223	D002-2	尿沈渣（フローサイトメトリー法）	（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。	830100115	検体の種類（尿沈渣（フローサイトメトリー法））；******
224	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
225	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K－ras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
				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K－ras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K－ras遺伝子検査
				820100671	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
				820100679	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫おけるBRAF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
			(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″
226	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″
227	D006の36	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″
228	D006-4	遺伝学的検査	(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);******
229	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));******
230	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);******
231	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));******
232	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″
233	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);*******
234	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);******
235	D007の8	マンガン(Mn)	高カロリー静脈栄養法を開始した日を記載すること。	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″
236	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。		—
237	D008の19	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。		—

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
238	D008の25	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP－5b）	診断補助の実施日、6月以内の治療経過観察時の補助的指標の実施日又は治療方針の変更日を記載すること。	850100158	診断補助の実施年月日（TRACP－5b）;（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100159	治療経過観察時の補助的指標の実施年月日（TRACP－5b）;（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100160	治療方針変更日（TRACP－5b）;（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
239	D008の26	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″
240	D008の31	I型コラーゲン架橋C－テロペプチド－β異性体（β－CTX）	（2回目を算定した場合） 前回算定日を記載すること。	850100162	前回算定年月日（β－CTX）;（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
241	D008の40	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″
242	D008の45	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。		—
243	D009の8	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））;******
244	D009の26	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。		—
245	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
246	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″
247	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″
248	D012の18	HIV－1，2抗原・抗体同時測定定量 HIV－1，2抗体定量	（K920輸血料（「4」の自己血輸血を除く。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者の場合） 当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載すること。	850100169	輸血又は輸注最終年月日（HIV－1，2抗原・抗体同時測定定量）;（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100170	輸血又は輸注最終年月日（HIV－1，2抗体定量）;（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
249	D012の48	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。		—
250	D014の23	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）;******
251	D014の24	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″
252	D014の43	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）;******
253	D014の44	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））;******
254	D014の45	抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）	（抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に算定した場合） その理由及び医学的な必要性を記載すること。	830100132	抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に算定した医学的必要性（抗HLA抗体（抗体特異性同定検査））;******
255	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）;******

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
256	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(5)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
				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);******
				830100138	慢性活動性EBウイルス感染症を疑う医学的根拠(EBウイルス核酸定量);******
257	D023の11	インフルエンザ核酸検出	算定した理由を記載すること。	830100139	算定理由(インフルエンザ核酸検出);******
258	D023の14	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″
259	D023の17	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);(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17ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の(22)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);******
260	D023の18	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);******
261	D023の19	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選択して記載すること。	820100146	CIN1
				820100147	CIN2
			(当該検査の2回目を算定した場合) 前回実施日を記載すること。	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″
262	D026	検体検査判断料	(入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において判断料を算定しない場合) 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他(労災、他保険等にて請求済み)」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100148	外来にて請求済み
				820100149	入院にて請求済み
				820100150	その他(労災、他保険等にて請求済み)
263	D026	検体検査判断料の遺伝カウンセリング加算	(BRCA1／2遺伝子検査を行った保険医療機関と遺伝カウンセリングを行った保険医療機関とが異なる場合) 遺伝カウンセリングを行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した日付を記載すること。	830100142	遺伝カウンセリングを行った保険医療機関名(遺伝カウンセリング加算);******
				850100183	遺伝カウンセリングを行った保険医療機関の受診年月日遺伝カウンセリング加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
264	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)
265	D211-3	時間内歩行試験	過去の実施日を記載すること。	850100184	過去実施年月日(時間内歩行試験);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
266	D211-4	シャトルウォーキングテスト	過去の実施日、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);******
267	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;********
268	D215-2 D215-3	肝硬度測定 超音波エラストグラフィー	(肝硬度測定又は超音波エラストグラフィーを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);******
				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);******
			(肝硬度測定及び超音波エラストグラフィーについて、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);******
				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);******
269	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″
270	D231-2	皮下連続式グルコース測定	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D231-2皮下連続式グルコース測定の(2)のア又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100151	ア 留意事項通知に規定する1型糖尿病患者(検査)
				820100152	イ 留意事項通知に規定する2型糖尿病患者(検査)

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
271	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	手術実施日又は手術実施予定日を記載すること。	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	手術を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));*******
272	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日を記載すること。	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″
273	D236-3の1	脳磁図 1 自発活動を測定するもの	手術実施日又は手術実施予定日をに記載すること。	850100190	手術実施日(脳磁図);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100191	手術実施予定日(脳磁図);(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	手術の行われなかった理由(脳磁図);*******
274	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);*******
				830100153	結果の概要(脳磁図);*******
275	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(ニ)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));*******
276	D239の2	筋電図検査の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);*********
277	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″
278	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。)月日を記載すること。	820100153	(1) 留意事項通知に規定する患者に対する黄斑疾患の診断目的
				820100154	(2) 黄斑ジストロフィーの診断目的
				820100155	(3) 網膜手術の前後
				850190007	前回算定年月日(網膜機能精密電気生理検査);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				820190007	初回(網膜機能精密電気生理検査)
				850100194	手術実施年月日(網膜機能精密電気生理検査);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100195	手術予定年月日(網膜機能精密電気生理検査);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
279	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);********
280	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。	830100171	その理由及び医学的根拠(認知機能検査1 簡易なもの);********
281	D310の2	小腸内視鏡検査 2 カプセル型内視鏡によるもの	当該患者の症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100172	小腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)症状詳記;*******
282	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添付すること。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)のイ又はロ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、イの場合は実施日を、ロ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	イ 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	ロ 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
				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));*******

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
283	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） 前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	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））
				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－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））
				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）
				850190023	前回実施年月日（MDA－LDL）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				820190023	初回（MDA－LDL）
				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（Tf）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				820190028	初回（Tf）

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
				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))
				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)
				850190040	前回実施年月日(小児食物アレルギー負荷検査);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				820190040	初回(小児食物アレルギー負荷検査)
				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)
284	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″
285	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		—
286	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288、293、297のとおり、選択して記載すること。		—
287	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。	算定日情報	(算定日)
				851100005	撮影開始時刻(時間外緊急院内画像診断加算)
			(引き続き入院した場合) 引き続き入院した場合である旨記載すること。	820100129	引き続き入院

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
288	E001	写真診断 1 単純撮影 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
				820181100	撮影部位(単純撮影):頚部(頚椎を除く)
				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;******
289	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選択して記載すること。	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));******
290	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選択して記載すること。	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));******
291	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選択して記載すること。	820100708	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):ア　GCS≦14
				820100709	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候
				820100710	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):ウ　意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)
				820100711	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):エ　受診後の症状所見の悪化
				820100712	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):オ　家族等の希望
				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));******
292	E102	核医学診断	(入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において当該点数を算定しない場合) 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他(労災、他保険等にて請求済み)」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100148	外来にて請求済み
				820100149	入院にて請求済み
				820100150	その他(労災、他保険等にて請求済み)

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
293	E200	コンピューター断層撮影	（コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合） それぞれ初回の算定日を記載すること。	850100198	初回算定年月日（CT撮影）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
			（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。	820100713	画診共同（CT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。	820182000	撮影部位（CT撮影）：頭部
				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）；*******
294	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３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）；******
295	E200-2	血流予備量比コンピューター断層撮影	血流予備比コンピューター断層撮影による血流予備量比の値を記載すること。	842100052	血流予備量比の値（血流予備比コンピューター断層撮影）；******
296	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。	850100199	初回算定年月日（MRI撮影）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
			（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。	820100728	画診共同（MRI撮影）
297	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）
				820183010	撮影部位（MRI撮影）：頭部（脳を除く）
				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）；*******
298	E203	コンピューター断層診断	（入院、入院外２枚の明細書を作成する場合等において当該点数を算定しない場合） 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他（労災、他保険等にて請求済み）」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100148	外来にて請求済み
				820100149	入院にて請求済み
				820100150	その他（労災、他保険等にて請求済み）

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
299	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、処方料又は処方せん料について「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）；******
			（臨時に投与した場合） 臨時の投与の開始日を記載すること。	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
			（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。	830100199	臨時薬投与の必要性（処方料）；******
				830100200	臨時薬投与の必要性（処方箋料）；******
300	F100 F400	処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算２	（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
301	F200	薬剤〈入院分〉	（入院患者に対し退院時に投薬を行った場合） 「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）；******
302	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（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（処方箋料）；******
			（湿布薬を投与した場合） 所定単位当たりの薬剤名、湿布薬の枚数としての投与量を記載した上で、湿布薬の枚数としての１日用量又は投与日数を記載すること。	830100204	湿布薬の１日用量又は投与日数（処方箋料）；******
			（1回の処方において、70枚を超えて湿布薬を投与した場合） 当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。	830000052	70枚を超えて湿布薬を投与した理由；
			（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（処方箋料）；******
303	G004	点滴注射の血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施日を記載すること。	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″
304	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″
305	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）；******

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
306	H000	心大血管疾患リハビリテーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。		—
			疾患名及び治療開始日を記載すること。	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"
			(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、2008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。2009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"
307	H000	心大血管疾患リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	発症、手術又は急性増悪の月日を記載すること。	850100212	開始年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100213	手術年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100214	急性増悪年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
308	H000	心大血管疾患リハビリテーション料の初期加算	発症、手術又は急性増悪の月日を記載すること。	850100215	発症年月日(初期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100216	手術年月日(初期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100217	急性増悪年月日(初期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
309	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。		—
			疾患名及び発症月日、手術月日、急性増悪した月日又は最初に診断された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	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"
			(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306)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日又は発症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"
310	H001	脳血管疾患等リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者
311	H001	脳血管疾患等リハビリテーション料の初期加算	(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者
312	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。		—
			廃用症候群の診断又は急性増悪した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又は同様の情報を「摘要」欄に記載すること。	830100214	疾患名(廃用症候群リハビリテーション料);******
				850100221	治療開始年月日(廃用症候群リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番306)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"

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
313	H001-2	廃用症候群リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の月日を記載すること。	850100212	開始年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100213	手術年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100214	急性増悪年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
314	H001-2	廃用症候群リハビリテーション料の初期加算	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の月日を記載すること。	850100215	発症年月日(初期加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100216	手術年月日(初期加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100217	急性増悪年月日(初期加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
315	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。		—
			疾患名及び発症月日、手術月日、急性増悪した月日又は最初に診断された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	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″
			(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306)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日又は発症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″
316	H002	運動器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者
317	H002	運動器リハビリテーション料の初期加算	(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者
318	H003	呼吸器リハビリテーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。		—
			疾患名及び治療開始日を記載すること。	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306)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日又は発症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″
319	H003	呼吸器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	発症、手術又は急性増悪の月日を記載すること。	850100212	開始年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100213	手術年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100214	急性増悪年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
320	H003	呼吸器リハビリテーション料の初期加算	発症、手術又は急性増悪の月日を記載すること。	850100215	発症年月日(初期加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100216	手術年月日(初期加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100217	急性増悪年月日(初期加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
321	H003-2	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);*******
322	H004	摂食機能療法	疾患名及び摂食機能療法の治療開始日を記載すること。	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″
323	H004	摂食機能療法の摂食嚥下支援加算	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施日及びカンファレンス日を記載すること。	850100231	内視鏡下嚥下機能検査を実施した年月日(摂食嚥下支援加算　);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100232	嚥下造影を実施した年月日(摂食嚥下支援加算　);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100233	カンファレンスを実施した年月日(摂食嚥下支援加算　);(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
324	H006	難病患者リハビリテーション料	対象疾患について、特掲診療料の施設基準等別表第十の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100159	ベーチェット病
				820100075	多発性硬化症
				820100076	重症筋無力症
				820100160	全身性エリテマトーデス
				820100077	スモン
				820100078	筋萎縮性側索硬化症
				820100161	強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎
				820100162	結節性動脈周囲炎
				820100163	ビュルガー病
				820100079	脊髄小脳変性症
				820100164	悪性関節リウマチ
				820100165	パーキンソン病関連疾患
				820100166	アミロイドーシス
				820100167	後縦靭帯骨化症
				820100080	ハンチントン病
				820100168	モヤモヤ病（ウィリス動脈輪閉塞症）
				820100169	ウェゲナー肉芽腫症
				820100299	多系統萎縮症
				820100170	広範脊柱管狭窄症
				820100171	特発性大腿骨頭壊死症
				820100172	混合性結合組織病
				820100084	プリオン病
				820100173	ギラン・バレー症候群
				820100174	黄色靭帯骨化症
				820100175	シェーグレン症候群
				820100176	成人発症スチル病
				820100177	関節リウマチ
				820100085	亜急性硬化性全脳炎
				820100086	ライソゾーム病
				820100087	副腎白質ジストロフィー
				820100088	脊髄性筋萎縮症
				820100089	球脊髄性筋萎縮症
				820100090	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
325	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″
326	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
327	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。	820100186	1　全身麻酔による手術が行われる予定又は行われたもの
				820100187	2　放射線治療又は全身麻酔の手術が行われる予定又は行われたもの
				820100188	3　リンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定又は行われたもの
				820100189	4　骨軟部腫瘍等の患者で手術等が行われる予定又は行われたもの
				820100190	5　原発性脳腫瘍等の患者で手術等が行われる予定又は行われたもの
				820100191	6　血液腫瘍により化学療法等が行われる予定又は行われたもの
				820100192	7　骨髄抑制を来たし得る化学療法が行われる予定又は行われたもの
				820100193	8　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

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
328	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」（平成30年3月5日保医発0305第2号）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
329	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		—
330	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診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	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″
331	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″
			（通院・在宅精神療法を初診の日に算定した場合） 診療に要した時間を記載すること。	852100007	診療時間（通院・在宅精神療法）
			（通院・在宅精神療法の「1」のロ又は「2」のロ、ハを算定した場合） 診療に要した時間を記載すること。	852100008	診療に要した時間（通院・在宅精神療法）
332	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″
333	I002	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） 指導等を行った月を記載すること。	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″
334	I002	通院・在宅精神療法の療養生活環境整備指導加算	（精神科退院時共同指導料1を算定した月と異なる月に当該加算を算定する場合） 直近の精神科退院時共同指導料を算定した年月日を記載すること。	850100242	直近の精神科退院時共同指導を算定した年月日（療養生活環境整備指導加算）;（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
335	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）
336	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	（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月を記載すること。	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″
337	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）
338	I003-2	認知療法・認知行動療法	初回の算定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）;******
339	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）
340	I006-2	依存症集団療法	治療開始日を記載すること。	850100245	治療開始年月日（依存症集団療法）;（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
341	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）
342	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″

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
343	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″
344	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″
345	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″
346	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日時を記載すること。	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)
347	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″
348	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の特別地域訪問看護加算	患者の住所並びに通常の経路及び方法で訪問に要する時間(片道)を記載すること。	830100095	患者住所(特別地域訪問看護加算);******
				852100005	訪問に要する時間(片道)(特別地域訪問看護加算)
349	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);******
350	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
351	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″
352	I015	重度認知症患者デイ・ケア料の夜間ケア加算	初回算定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)

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
353	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日、入院形態、退院日（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、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
				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の初回の算定日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。	850100264	初回の算定日（精神科在宅患者支援管理料1）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100265	初回の算定日（精神科在宅患者支援管理料2）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100266	初回の算定日（精神科在宅患者支援管理料3）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				830100235	訪問の日時、診療時間、訪問した者の職種（精神科在宅患者支援管理料3）；******
			（精神科在宅患者支援管理料の「3」を前月に算定した患者であって、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第8部I016精神科在宅患者支援管理料（2）のイを満たし、対象となる状態の著しい急性増悪を認めるものについて、精神科在宅患者支援管理料の「1」のロ及び「2」のロを算定する場合） 急性増悪における状態像について記載すること。	830100236	急性増悪における状態像（精神科在宅患者支援管理料1の「ロ」）；******
				830100237	急性増悪における状態像（精神科在宅患者支援管理料2の「ロ」）；******
			（精神科在宅患者支援管理料の「1」のイ、ロ及び「2」について、保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合） 参加できなかった理由を記載すること。	830100238	カンファレンス不参加理由（精神科在宅患者支援管理料）；******
354	I016	精神科オンライン在宅管理料	精神科在宅患者支援管理料の算定を開始した年月を記載すること。	850100267	精神科在宅患者支援管理料の算定開始年月（精神科オンライン在宅管理料）；（元号）yy″年″mm″月″
355	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		—
356	J001	熱傷処置	初回の処置を行った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″
357	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）；******
358	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）；******

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
359	J003 J003-2	局所陰圧閉鎖処置（入院） 局所陰圧閉鎖処置（入院外）	初回加算を算定した日を記載すること。	850100269	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″
				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対象部位をそれぞれ記載すること。		—
360	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。	850100271	初回加算を算定した年月日（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））：******
361	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）；******
362	J003-4	多血小板血漿処置	当該処置を行う医学的必要性を記載すること。	830100249	多血小板血漿処置を行う医学的必要性（多血小板血漿処置）；******
363	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を症状詳記として添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100250	症状詳記（硬膜外自家血注入）；******
364	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）；******
365	J027	高気圧酸素治療	一連の治療における初回実施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。		—
366	J032	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））
367	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）；******
368	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″

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
369	J038	人工腎臓の障害者等加算	「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
370	J038-2	持続緩徐式血液濾過	一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものを含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	850100276	初回実施年月日(持続緩徐式血液濾過);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				842100057	通算実施回数(持続緩徐式血液濾過);******
				851100009	開始時刻(持続緩徐式血液濾過)
				851100010	終了時刻(持続緩徐式血液濾過)
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J38-2持続緩徐式血液濾過の(2)のアからカ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 急性腎障害と診断された、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J38-2持続緩徐式血液濾過の(2)のキからケ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);******
371	J038-2	持続緩徐式血液濾過の障害者等加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038人工腎臓の(18)のアからツまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100224	ア 障害者基本法にいう障害者で留意事項通知に規定する者
				820100225	イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者
				820100226	ウ 指定難病等に罹患している者で留意事項通知に規定するもの
				820100227	エ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者
				820100228	オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者
				820100229	カ 認知症患者
				820100230	キ 常時低血圧症(収縮期血圧が90mmHg以下)の者
				820100231	ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者
				820100232	ケ 出血性消化器病変を有する者
				820100233	コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者
				820100234	サ 重症感染症に合併しているために入院中の患者
				820100235	シ 末期癌に合併しているために入院中の患者
				820100236	ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの
				820100237	セ 妊婦(妊娠中期以降)
				820100238	ソ うっ血性心不全(NYHA3度以上)
				820100239	タ 12歳未満の小児
				820100240	チ 人工呼吸を実施中の患者
				820100241	ツ 結核菌を排菌中の患者

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
372	J039	血漿交換療法	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。	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）;******
373	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）
374	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）
375	J041	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）;******
376	J041-2	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。	850100278	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）
377	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″
378	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。	850100280	開始年月日（一酸化窒素吸入療法）;（元号）yy″年″mm″月″dd″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）;******
379	J047の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）;******
380	J052-2	熱傷温浴療法	受傷日を記載すること。	850100283	受傷年月日（熱傷温浴療法）;（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
381	J054-2	皮膚レーザー照射療法	前回の治療開始日を記載すること。	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″
382	J070-2	干渉低周波による膀胱等刺激法	治療開始日を記載すること。	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″
383	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
384	J070-4	磁気による膀胱等刺激法	当該療法の初回実施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	通算実施日数（磁気による膀胱等刺激法）;******
385	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。）を症状詳記として添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100264	症状詳記（歩行運動処置（ロボットスーツ））;******

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
386	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
387	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)
388	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));******
389	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。		—
390	K002	デブリードマン	(デブリードマンを繰り返し算定する場合) 植皮の範囲(全身に占める割合)を記載すること。	830100267	植皮の範囲(デブリードマン);******
			(A群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎に対して行う場合) 病歴、細菌培養検査及び画像所見を記載すること。	830100268	病歴(デブリードマン);******
				830100269	細菌培養検査結果(デブリードマン);******
				830100270	画像所見(デブリードマン);********
391	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)));******
392	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));******
393	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);******
394	K047-3	超音波骨折治療法	(四肢(手足を含む。)の骨折観血的手術を実施した後、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);******
395	K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術の一期的両靭帯形成加算	両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見等及び一期的な両靭帯形成術の医学的必要性を記載すること。	830100277	両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見(一期的両靭帯形成加算);******
				830100278	一期的な両靭帯形成術の医学的必要性(一期的両靭帯形成加算);******
396	K096-2	体外衝撃波疼痛治療術	保存療法の開始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);******
397	K172 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又は添付する。	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);******
398	K268	緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	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));******
399	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);******
400	K282	水晶体再建術の注の加算	症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100285	症状詳記(水晶体嚢拡張リング使用加算(水晶体再建術));******
401	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));******

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
402	K476-4	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K476-4ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術の(2)のアからウまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100248	ア 留意事項通知に規定する一次一期的再建
				820100249	イ 留意事項通知に規定する一次二期的再建
				820100250	ウ 留意事項通知に規定する二次再建
403	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。		—
			(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));******
404	K555	弁置換術の心臓弁再置換術加算	前回手術日、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);******
405	K555-3	胸腔鏡下弁置換術の心臓弁再置換術加算	前回手術日、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);******
406	K557-3	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	前回手術日、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);******
407	K560	大動脈瘤切除術の心臓弁再置換術加算	前回手術日、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);******
408	K581	肺動脈閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算	前回手術日、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);******
409	K583	大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算	前回手術日、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);******
410	K584	修正大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算	前回手術日、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);******
411	K586	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);******
412	K594の4のイ	不整脈手術 4 左心耳閉鎖術イ開胸手術によるもの	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)));******

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
413	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	症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	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);******
414	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″
415	K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術2 1の実施後3月以内に実施する場合	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術の(2)の要件を満たす画像所見等の医学的根拠を記載すること。	830100310	アの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術);******
				830100311	イの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術);******
			前回算定年月日(他の保険医療機関での算定を含む。)を記載すること。	850100292	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″
416	K656-2	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除術によるもの)	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(スリーブ状切除));******
417	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
418	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));******
419	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);******
420	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又は添付すること。	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);******
421	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又は添付すること。	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);******
422	K721-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術を算定した場合は、病変が以下のいずれに該当するかを選択して記載し、併せて病変の最大径を記載すること。 ア 最大径が2cm以上の早期癌 イ 最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍 ウ 最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌	820100257	ア 最大径が2cm以上の早期癌
				820100258	イ 最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍
				820100259	ウ 最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌
423	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);******
424	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));******
425	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));******
426	K920の3	自己血貯血	貯血量、手術予定日(当該自己血貯血を入院外で行った場合又は当該自己血貯血を行った日が属する月と手術予定日が属する月とが異なる場合に限る。)を記載すること。		—
			(6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合) 患者の体重を記載すること。		—
427	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。		—
428	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。		—
429	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。		—
430	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″
431	-	特定保険医療材料	「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」(平成30年3月5日保医発0305第10号)Ⅰの2の006の(1)のウ、008、009の(3)、010、011の(2)、013の(3)、013の(4)、Ⅰの3の010の(2)、021の(4)、031の(4)、033の(2)、040(Ⅰの2の006の(1)のウと同様)、061の(1)、065、066の(2)、069、070、071、094の(2)、129の(1)のイ、129の(2)のイ、133の(2)のイ、133の(7)のア、133の(8)のア、133の(12)のア、146の(1)、146の(2)、146の(3)、146の(5)、149の(3)、150の(1)のア、150の(2)のウ、150の(3)のア、150の(3)のウ、152の(2)、152の(5)、153の(2)、153の(5)、155の(2)、159の(3)、159の(4)、174の(3)、187の(3)、189の(2)、190の(2)、191の(2)、191の(5)、195の(2)、200の(1)のウ、202の(3)、203の(5)、204の(1)、205の(1)、206の(2)に該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。また、同通知のⅣに規定する略称を使用しても差し支えないこと。なお、Ⅰの3の133の(2)のイ、144の(2)、150の(1)のエ、150の(2)のウ、150の(3)のウ、150の(4)のエ、186の(4)、191の(5)については、症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。また、Ⅰの3の153(動脈管内留置型を使用する場合に限る。)については、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写し及び関連学会より認定された医師であることを証する文書の写しを、193については、関連学会により発行される実施施設証明書の写しを、196については、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いた治療が当該患者にとって最適であると判断した評価内容を、204、205については、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写し及び医師の所定の研修修了を証する文書の写しを添付すること。		—

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
432	L	麻酔	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）
433	L008	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	各区分ごとの麻酔時間を記載すること。		—
			（各区分のイの「別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合」を算定する場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第11部L008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の(4)のアからハまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	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
434	L008注9	神経ブロック加算	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（神経ブロック加算）；******
435	L008-2	低体温療法の低体温迅速導入加算	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として添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100321	症状詳記（低体温迅速導入加算）；******
436	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））；******
437	L101	神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）	（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（神経破壊剤又は高周波凝固法使用））；******
438	M	放射線治療料	照射部位を記載すること。	830100324	照射部位（放射線治療管理料）；******
			（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
439	M000-2	放射性同位元素内用療法管理料	管理を開始した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″
440	N000	病理組織標本作製 「2」の「セルブロック法によるもの」	算定した理由を記載すること。	830100325	算定理由（T－M（セルブロック法））；******
			対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第13部N000病理組織標本作製（6）に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100762	対象患者（T－M（セルブロック法））：悪性中皮腫を疑う患者
				820100763	対象患者（T－M（セルブロック法））：肺悪性腫瘍を疑う患者
				820100764	対象患者（T－M（セルブロック法））：胃癌を疑う患者
				820100765	対象患者（T－M（セルブロック法））：大腸癌を疑う患者
				820100766	対象患者（T－M（セルブロック法））：卵巣癌を疑う患者
				820100767	対象患者（T－M（セルブロック法））：悪性リンパ種を疑う患者
			（肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌若しくは悪性リンパ腫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））；******

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
441	N002	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	算定した理由を記載すること。	830100327	算定理由（免疫染色病理組織標本作製）；******
			（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。	820100762	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
				820100763	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
				820100764	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
				820100765	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
				820100766	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
				820100767	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）：悪性リンパ種を疑う患者
			（肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌若しくは悪性リンパ腫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）；******
442	N002	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の注2に規定する、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して標本作製を実施した場合の加算	対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N002免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の（8）の中から該当するものを選択して記載すること。	820100768	原発不明癌が疑われる患者
				820100769	原発性脳腫瘍が疑われる患者
				820100286	悪性リンパ腫が疑われる患者
				820100287	悪性中皮腫が疑われる患者
				820100288	肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者
				820100289	消化管間質腫瘍（GIST）が疑われる患者
				820100290	慢性腎炎が疑われる患者
				820100291	内分泌腫瘍が疑われる患者
				820100292	軟部腫瘍が疑われる患者
				820100293	皮膚の血管炎が疑われる患者
				820100294	水疱症（天疱瘡、類天疱瘡等）が疑われる患者
				820100295	悪性黒色腫が疑われる患者
				820100296	筋ジストロフィーが疑われる患者
				820100297	筋炎が疑われる患者
			（肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者に対して算定する場合） その医学的根拠を詳細に記載すること。	830100329	医学的根拠（4種類以上抗体使用加算）；******
443	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。	830100330	CCR4タンパク理由及び医学的根拠（免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製）；******
444	N006	病理診断料	（入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において診断料を算定しない場合） 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他（労災、他保険等にて請求済み）」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100148	外来にて請求済み
				820100149	入院にて請求済み
				820100150	その他（労災、他保険等にて請求済み）
445	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）；******
446	N007	病理判断料	（入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において判断料等を算定しない場合） 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他（労災、他保険等にて請求済み）」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100148	外来にて請求済み
				820100149	入院にて請求済み
				820100150	その他（労災、他保険等にて請求済み）
447	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。		—
448	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） その日時を記載すること。	850100295	介護保険の緊急時施設療養の算定年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				851100021	介護保険の緊急時施設療養の算定時刻

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

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
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	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	初診前回算定年月日；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				830100332	初診理由；******
3	A000	初診料 注10　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；******
4	A000	初診料 注11　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；******
5	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）
6	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）
7	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、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、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、傷病手当金意見書交付料及び医療機器安全管理料は、全体の「その他」欄に当該項目を記載すること。	302006410	がん性疼痛緩和指導管理料
				302007810	がん患者指導管理料（歯科医師等の共同診療方針等を文書等で提供）
				302007910	がん患者指導管理料（歯科医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）
				302008010	がん患者指導管理料（歯科医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等文書説明）
				302008610	入院栄養食事指導料1（初回）
				302008710	入院栄養食事指導料1（2回目）
				302008810	入院栄養食事指導料2（初回）
				302008910	入院栄養食事指導料2（2回目）
				302006710	外来緩和ケア管理料
				302006910	外来リハビリテーション診療料1
				302007010	外来リハビリテーション診療料2
				302007110	外来放射線照射診療料
				302005210	介護支援等連携指導料
				302007310	がん治療連携計画策定料1
				302007410	がん治療連携計画策定料2
				302005410	がん治療連携指導料
				302007510	がん治療連携管理料（がん診療連携拠点病院）
				302009110	がん治療連携管理料（地域がん診療病院）
				302009210	がん治療連携管理料（小児がん拠点病院）
				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
				302003610	傷
				302004810	医療機器安全管理料
8	B000-4	歯科疾患管理料 注11　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；******
9	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料	（手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づく場合） 依頼元保険医療機関名を記載すること。	830100336	周計依頼元保険医療機関名；******
10	B000-6 B000-7 B000-8	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ） 周術期等口腔機能管理料（Ⅱ） 周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）	手術、放射線治療、化学療法等の実施日又は予定日を記載すること。 （周管（Ⅰ）又は周管（Ⅱ）の「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。	850100297	周管1（手術前）手術等実施年月日；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100298	周管1（手術後）手術等実施年月日；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100299	周管2（手術前）手術等実施年月日；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100300	周管2（手術後）手術等実施年月日；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100301	周管3手術等実施年月日；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100302	周管1（手術前）手術等予定年月日；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100303	周管1（手術後）手術等予定年月日；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100304	周管2（手術前）手術等予定年月日；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100305	周管2（手術後）手術等予定年月日；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100306	周管3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

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
11	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；******
12	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	薬初回算定年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
13	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；******
14	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；******
15	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″
16	B007	退院前訪問指導料	（退院日に退院前訪問指導料を2回分算定する場合） それぞれの訪問指導日を記載すること。	850100309	退前訪問指導年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
17	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；******
18	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）
19	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″
20	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他の保険医療機関名等及び調整前後の種類数；******
21	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；******
22	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″
23	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″
24	B011	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。	830100342	診療情報連携共有料連携先保険医療機関名；******
25	B011-2	診療情報提供料（Ⅲ）	（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	妊婦（診療情報提供料3）
26	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″
27	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。 （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。	算定日情報	（算定日）
				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。）
28	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	新製有床義歯管理料装着部位；******
29	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
30	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″
31	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、〇〇マンション、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(5)又は（7）に該当し、歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2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。	算定日情報	（算定日）
				851100022	訪問診療開始時刻
				851100023	訪問診療終了時刻
				830100348	訪問診療訪問先名；******
				830100349	訪問診療患者の状態；******
				820100380	（5）イ　容体が急変し、やむを得ず治療中断
				820100381	（5）ロ　著しく歯科診療が困難な者又は要介護3以上に準じる場合
				820100382	（7）容体が急変し、やむを得ず治療中断

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
32	C000	歯科訪問診療料 注5 患家診療時間加算 注6 歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算 注7 緊急、夜間若しくは深夜加算	（緊急、夜間若しくは深夜加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算がある場合） 全体の「その他」欄に緊急、夜間若しくは深夜加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算である旨を記載すること。	303000370	患家診療時間加算（歯科訪問診療）
				303000470	歯科診療特別対応加算（歯科訪問診療料）
				303000570	初診時歯科診療導入加算（歯科訪問診療料）
				303000670	緊急加算（歯科訪問診療1）
				303000770	緊急加算（歯科訪問診療2）
				303004770	緊急加算（歯科訪問診療3）
				303000870	夜間加算（歯科訪問診療1）
				303000970	夜間加算（歯科訪問診療2）
				303004870	夜間加算（歯科訪問診療3）
				303001070	深夜加算（歯科訪問診療1）
				303001170	深夜加算（歯科訪問診療2）
				303004970	深夜加算（歯科訪問診療3）
33	C000	歯科訪問診療料 注8 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；
34	C000	歯科訪問診療料 注9 特別歯科訪問診療料	滞在時間を記載すること。 同月内に歯科訪問診療とそれ以外の外来分の診療がある場合、それぞれを明確に区分して記載すること。	303001570	滞在時間
35	C000	歯科訪問診療料 注15 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″
36	C001	訪問歯科衛生指導料	日付、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載すること。	算定日情報	（算定日）
				851100024	訪問歯科衛生指導開始時刻
				851100025	訪問歯科衛生指導終了時刻
			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戸未満で訪問歯科衛生指導を行う患者が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″
37	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。 （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。	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″
				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″
38	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 栄養サポートチーム等連携加算1 注6 栄養サポートチーム等連携加算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。 （栄養サポートチーム等連携加算を算定した場合） 連携先の保険医療機関名又は介護保険施設名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。	830100351	在宅総合医療管理加算紹介元保険医療機関名；******
				830100352	栄養サポートチーム等連携加算1（歯在管）連携先保険医療機関名等；******
				830100353	栄養サポートチーム等連携加算2（歯在管）連携先保険医療機関名等；******
				850100321	栄養サポートチーム等連携加算1（歯在管）カンファレンス等年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100322	栄養サポートチーム等連携加算2（歯在管）カンファレンス等年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
39	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；******
40	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 栄養サポートチーム等連携加算1 注7 栄養サポートチーム等連携加算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。 （栄養サポートチーム等連携加算を算定した場合） 連携先の保険医療機関名又は介護保険施設名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。	算定日情報	（算定日）
				851100026	訪問口腔リハ開始時刻
				851100027	訪問口腔リハ終了時刻
				830100355	栄養サポートチーム等連携加算1（在宅患者訪問口腔リハ）連携先保険医療機関名等；******
				830100356	栄養サポートチーム等連携加算2（在宅患者訪問口腔リハ）医療機関名；******
				830100454	栄養サポートチーム等連携加算2（在宅患者訪問口腔リハ）連携先保険医療機関名等；******
				850100324	栄養サポートチーム等連携加算2（在宅患者訪問口腔リハ）参加年月日；（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
41	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 注6 小児栄養サポートチーム等連携加算1 注7 小児栄養サポートチーム等連携加算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。 (小児栄養サポートチーム等連携加算を算定した場合) 連携先の保険医療機関名又は障害児入所施設名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。	算定日情報	(算定日)
				851100028	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導開始時刻
				851100029	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導終了時刻
				830100436	小児栄養サポートチーム等連携加算1(小児在宅患者訪問口腔リハ)連携先保険医療機関名等;*******
				830100437	小児栄養サポートチーム等連携加算2(小児在宅患者訪問口腔リハ)連携先保険医療機関名等;*******
				850100364	カンファレンス等に参加した年月日;(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
42	C004	退院前在宅療養指導管理料	(退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)
				特定器材コード	(特定器材名を表示。)
43	C005	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	(在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)
				特定器材コード	(特定器材名を表示。)
44	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″
45	C008	在宅患者緊急時等カンファレンス料	全体の「その他」欄に訪問先、当該カンファレンスに参加した保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護ステーション名、当該カンファレンスを行った日及び当該指導日を記載すること。	830100358	在宅患者緊急時等カンファレンス料訪問先;******
				830100359	在宅患者緊急時等カンファレンス料参加保険医療機関名等;*******
				850100326	在宅患者緊急時等カンファレンス料実施年月日;(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100327	在宅患者緊急時等カンファレンス料指導年月日;(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
46	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。)
47	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;******
48	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。 (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。	820100308	MMG
				820100309	ChB
				820100310	GoA
				820100311	Ptg
				830100361	顎運動関連検査必要性;******
49	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。	830100362	歯冠補綴時色調採得検査部位;******
50	D011	有床義歯咀嚼機能検査	(新製有床義歯装着日より前に算定する場合で傷病名の部位から新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる状態であると判断できない場合) 有床義歯咀嚼機能検査を開始する時に、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第1部D011有床義歯咀嚼機能検査の(9)のイから ホまでのうち該当するものを選択して記載すること。 (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「1 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」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。	820100770	イ 新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる場合
				820100314	ロ 舌接触補助床を装着する場合
				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
				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)年月日;(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
				850100329	有床義歯咀嚼機能検査装着年月日;(元号)yy″年″mm″月″dd″日″
51	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	舌接触補助床を装着する場合又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
52	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。)
53	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。 (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)及び歯科用3次元エックス線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。	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
54	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。	850100330	時間外緊急院内画像診断加算撮影開始日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				851100030	時間外緊急院内画像診断加算撮影開始時刻
			（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
55	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）；******
56	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。）
57	F	投薬	使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL又はmg等）及び使用量を記載。 ただし、届出保険医療機関は、薬剤料に掲げる所定単位の薬価が175円以下の場合は、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）
			（常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合） 当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載し又は算定点数から点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載すること。	630010002	薬剤料逓減（90／100）（内服薬）
			（厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合） 当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）
			（入院患者に対し退院時に投薬を行った場合） 「投薬・注射」欄の余白に「退院時 日分投薬」と記載すること。	840000006	退院時　　日分投薬
			（入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合） 「摘要」欄の余白に当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。（ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。）	830100365	ビタミン剤の投与趣旨；******
			（長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合） 当該長期投与の理由を記載すること。	830100366	長期投与理由；******
58	F100	処方料 注5及び注6　特定疾患処方管理加算	全体の「その他」欄に当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。	830100367	特処1（処方）医科主病名；******
				830100368	特処2（処方）医科主病名；******
59	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；******
60	F400	処方箋料 注3及び注4　特定疾患処方管理加算	全体の「その他」欄に当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。	830100370	特処1（処方箋料）医科主病名；******
				830100371	特処2（処方箋料）医科主病名；******
61	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。）
62	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″
63	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″
64	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。）
65	G200	特定保険医療材料（注射）	（注射に当たって特定保険医療材料等を使用した場合） 項番110の例により、全体の「その他」欄に記載すること。	特定器材コード	（特定器材名を表示。）
66	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；
67	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。	算定日情報	（算定日）
				851100031	摂食機能療法開始時刻
				851100032	摂食機能療法終了時刻
68	H001	摂食機能療法 注3 摂食嚥下支援加算	連携している医師名を記載すること。	830100373	摂食嚥下支援加算連携医師名；******
69	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。）
70	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。）

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
71	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。)
72	I000-2	咬合調整	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I000-2咬合調整の(1)のイからホまでのいずれに該当するか又は矯正治療によるものかを記載すること。また、その他の理由による場合は、その理由を具体的に記載すること。	820100323	イ 歯周炎に対する歯の削合
				820100324	ロ 歯ぎしりに対する歯の削合
				820100325	ハ 過重圧を受ける歯の切縁、咬頭の過高部等の削合
				820100326	ニ レスト製作のための削合
				820100327	ホ 咬合性外傷等を起こしている場合の歯冠形態修正
				820100771	ヘ 矯正治療によるもの
				830100375	咬合調整その他理由;******
73	I000-3	残根削合	処置・手術の「その他」欄に残根削合と記載すること。	820100328	残根削合
74	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	感染根管処置前回歯冠修復完了年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
75	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。 (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。	830100377	根管貼薬処置実施部位の状態;******
				850100335	根管貼薬初回年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830100378	抜歯前提の消炎目的の根管拡大後の根管貼薬部位;******
76	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	暫間根管充填
				820100330	暫間根管充填後の根管充填
77	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
78	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)撮影医療機関名;******
79	I010	歯周疾患処置	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。 (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疾患処置を行う場合) 初回の年月日及び紹介元医療機関名を記載。	830100380	P処部位;******
				医薬品コード	(医薬品名を表示。)
				850100336	P処初回年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830100381	P処紹介元医療機関名;******
80	I011-2	歯周病安定期治療(Ⅰ)	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。	820100772	1回目(SPT1)
			(2回目以降の場合) 前回実施月を記載すること。	850100337	SPT1前回実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(歯周病安定期治療(Ⅰ)の治療間隔が3月以内の場合) 治療間隔が3月以内になった理由の要点として、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I011-2歯周病安定期治療(Ⅰ)の(3)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記載すること。なお、ロ又はハを選択した場合は、別途、詳細な理由(全身的な疾患の状態を含む。)を記載すること。	820100331	イ 歯周外科手術を実施した場合
				820100332	ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合
				820100333	ハ 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	ニ 侵襲性歯周炎の場合
				830100382	SPT1詳細理由;******
81	I011-2-2	歯周病安定期治療(Ⅱ)	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。	820100773	1回目(SPT2)
			(2回目以降の場合) 1回目の実施年月を記載すること。	850100338	SPT2 1回目実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
82	I011-2-3	歯周病重症化予防治療	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。	820100774	1回目(P重防)
			(2回目以降の場合) 前回実施月を記載すること。	850100339	歯周病重症化予防治療前回実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
83	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。)及び歯周外科手術を行う予定であるか否かを記載すること。なお、歯周外科手術後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)

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
84	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)のイからリ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 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 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
85	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;
86	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の部位及び種類を記載すること。なお、「傷病各部位」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」欄への部位及び種類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・補綴物の種類;******
87	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医科保険医療機関名等;******
88	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	心身医学療法実施日年月日;(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
89	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。 (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。	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;******
				850100345	術口衛2前回算定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
90	I030	機械的歯面清掃処置	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。	820100777	1回目(歯清)
			(2回目以降の場合) 前回実施月を記載すること。	850100346	歯清前回実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(初診時歯科診療導入加算を算定した場合) 初診時歯科診療導入加算を算定した旨を記載すること。	820100778	初診時歯科診療導入加算算定後
			(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
			(妊婦の場合) 妊婦である旨を記載すること。	820100348	妊婦
			(糖尿病の場合) 糖尿病である旨を記載すること。	820100789	糖尿病
91	I031	フッ化物歯面塗布処置	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。	820100780	1回目(F局)
			(2回目以降の場合) 前回実施月を記載すること。	850100347	F局前回実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
92	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。)
93	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。)
94	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。)
95	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。)
96	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。)
97	J000	抜歯手術	以下の理由以外により抜歯を中止した場合は、その他を選択し、その理由を記載すること。 (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。 (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。	820100349	完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止
				820100350	患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止
				830100392	抜歯手術その他の理由;******

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
98	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装置撮影医療機関名;******
99	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;******
100	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;******
101	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;******
102	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;******
103	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）
				830100400	歯周外科手術部位;******
104	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。	310030670	手術歯根（FOp又はGTR）
105	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」欄に皮膚提供者の氏名及び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	皮膚提供者の療養上の費用（皮膚移植術）
106	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3分の1顎未満である場合） 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;******
107	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;******
108	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。	310036210	レーザー機器加算1
				310036310	レーザー機器加算2
				310036410	レーザー機器加算3
109	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。）
110	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
111	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。）
112	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。）
113	K002	吸入鎮静法	使用麻酔薬は、麻酔の「その他」欄に麻酔薬名及び使用量を記載すること。 また、使用した酸素又は窒素請求は、地方厚生（支）局長に届け出た購入単価（単位　銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位　リットル）を記載。なお、酸素の請求は、Ⅱの第3の2(26)のイのgと同様とする。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）
				特定器材コード	（特定器材名を表示。）
114	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。）
115	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。）
116	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） 傷病名と歯数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」欄に名称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。	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；
				未来院請求コード「01」	未来院請求
				830100404	未来院請求　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″
				830100405	未来院請求　装着できなくなった理由；******
				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；******
				820100383	傷病名と歯数不一致
				830100411	歯冠修復及び欠損補綴部位；******
117	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） 1回目の場合は1回目と記載すること。2回目以降の場合は当該装置に係る当該診断料の前回実施年月日を記載すること。	820190048	1回目（補綴時診断料）
				850190048	補綴時診断料前回実施年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
118	M001	歯冠形成　3　窩洞形成 注10　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」欄への部位の記載は省略して差し支えない。	830100412	う蝕無痛（KP）部位；******
119	M001-2	う蝕歯即時充填形成 注1　う蝕歯無痛的窩洞形成加算	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。	830100413	う蝕無痛（充形）部位；******
120	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。		—
			（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
121	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）
122	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、部位の記載を省略して差し支えない。	830100414	装着部位；******

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
123	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）
124	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	充填部位；******
125	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。 （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。 （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。	820100353	永久歯代行
				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
				830100417	14Kを用いた金属歯冠修復部位；******
				313010920	14K（インレー（複））
				313011020	14K（3／4冠）
				313018420	鋳造鉤（14K（双子鉤（大・小臼歯）））
				313018520	鋳造鉤（14K（双子鉤（犬歯・小臼歯）））
				313018620	鋳造鉤（14K（二腕鉤（レストつき）（大臼歯）））
				313018720	鋳造鉤（14K（二腕鉤（レストつき）（犬歯・小臼歯）））
				313018820	鋳造鉤（14K（二腕鉤（レストつき）（前歯（切歯））））
				313019920	線鉤（14K（双子鉤））
				313020020	線鉤（14K（二腕鉤（レストつき）））
126	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；******
127	M015-2	CAD／CAM冠	（大臼歯に用いた場合） 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。 （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。	830100419	CAD／CAM冠部位；******
128	M016-2	小児保隙装置	装置の種類を選択して記載すること。	820100782	クラウンループ
				820100783	バンドループ
129	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。 （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。 （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。 （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、犬歯が低位唇側転移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） 低位唇側転移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。	820100355	事前承認
				830100420	ブリッジに係るフィルム料等の算定理由；******
				830100421	ブリッジに係る中切歯の状態等；******
				820100784	低位唇側転移の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致
130	M017	ポンティック（接着ブリッジ）	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、部位の記載を省略して差し支えない。	830100422	接着冠部位；******
				313015720	鋳造ポンティック（金パラ（大臼歯））
				313015820	鋳造ポンティック（金パラ（小臼歯））
				313015920	鋳造ポンティック（銀合金（大・小臼歯））
				313016420	前装金属ポンティック（金パラ（前歯））
				313031920	前装金属ポンティック（金パラ（小臼歯））
				313032020	前装金属ポンティック（金パラ（大臼歯））
				313016520	前装金属ポンティック（銀合金（前歯））
				313032120	前装金属ポンティック（銀合金（小臼歯））
				313032220	前装金属ポンティック（銀合金（大臼歯））
131	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。 （人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合） 前月（以前）請求済みと記載すること。 （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の旨を記載すること。 （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。	820100356	残根上義歯
				820100357	人工歯請求済み
				820100358	欠損歯数と補綴歯数の不一致
				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；******
132	M018	有床義歯	（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；******

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
133	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。 （人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合） 人工歯請求済と記載すること。 （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。なお、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は、欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。	820100356	残根上義歯
				820100357	人工歯請求済み
				820100358	欠損歯数と補綴歯数の不一致
				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；******
134	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　腫瘍等による顎骨切除等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
135	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。	850100352	有床義歯装着年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
136	M029	有床義歯修理 注4　歯科技工加算2	（有床義歯修理において、歯科技工加算2を算定した場合） 預かり日及び修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。	850100353	歯技工2（有床義歯修理）預かり年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100354	歯技工2（有床義歯修理）装着年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
137	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″
138	M030	有床義歯内面適合法 注5　歯科技工加算2	（有床義歯内面適合法において、歯科技工加算2を算定した場合） 預かり日及び修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。	850100355	歯技工2（有床義歯内面適合法）預かり年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				850100356	歯技工2（有床義歯内面適合法）装着年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
139	M041	広範囲顎骨支持型補綴物修理	装着を実施した医療機関名（自院は除く。）及び装着日（不明であれば装着時期）を記載すること。	830100430	広範囲顎骨支持型補綴物装着医療機関名；******
				850100357	広範囲顎骨支持型補綴物装着年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
				830100431	広範囲顎骨支持型補綴物装着時期；******
140	N	歯科矯正	当該疾患に係る顎切除又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。 また、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。 （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。	830100432	歯科矯正連携保険医療機関名；******
				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
				820100362	困難
				820100363	著しく困難
				820100364	複雑
141	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及び保定の開始の区別を記載し、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
				850100360	歯科矯正診断料前回算定年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
142	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及び保定の開始の区別（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
				850100361	顎口腔機能診断料前回算定年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″
143	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″
144	N004	模型調整　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；******
145	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並びに同月内における算定回数を記載すること。	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″
				842100065	動的処置算定回数；******

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
146	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。 （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。	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;******
				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
147	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。 （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。	830100435	撤去した装置の名称;******
				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;******
148	N018	マルチブラケット装置	全体の「その他」欄にステップ名（例：ステップⅠ、1装置目）及びそのステップにおける回数を記載すること。	842100066	マルチブラケット装置ステップ1回数;******
				842100067	マルチブラケット装置ステップ2回数;******
				842100068	マルチブラケット装置ステップ3回数;******
				842100069	マルチブラケット装置ステップ4回数;******
149	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。）

※「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。

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
1	01	調剤料（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	調剤料（内服薬）：配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
				820100368	調剤料（内服薬）：内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合
				820100369	調剤料（内服薬）：内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合
				830100001	調剤料（内服薬）：その他理由；******
2	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）；******
3	01	一包化加算 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、一包化加算、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）；********
				830100440	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由（一包化加算）；******
				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）；******
4	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）
				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）
				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）
5	14の2	外来服薬支援料	外来服薬支援料の「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、服薬支援量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名をそれぞれ記入すること。	820100793	外来服薬支援料：注1
				820100794	外来服薬支援料：注2
				850100370	服薬管理を実施した年月日（外来服薬支援料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
				830100442	情報提供を行った保険医療機関名（外来服薬支援料）；******
6	14の3	服用薬剤調整支援料1	減薬の提案を行った年月日、保険医療機関の名称及び保険医療機関における調整前後の薬剤種類数を記載すること。 ［記載例］ 〇〇市立病院にて〇種類から〇種類に調整。〇〇医院にて〇種類から〇種類に調整。	850100371	減薬の提案を行った年月日（服用薬剤調整支援料1）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
				830100443	保険医療機関名及び調整前後の種類数（服用薬剤調整支援料1）；******
7	14の3	服用薬剤調整支援料2	提案を行った全ての保険医療機関の名称を記載すること。	830100444	提案を行った保険医療機関名（服用薬剤調整委支援料2）；******
8	10	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）；******
9	10	吸入薬指導加算	（前回の吸入薬指導加算の算定から3月以内に再度算定する場合） 前回算定時の吸入薬の名称を記載すること。	830100446	前回算定時の吸入薬の名称（吸入薬指導加算）；******
10	10	調剤後薬剤管理指導加算	当該患者にインスリン製剤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。	850100373	情報提供を行った年月日（調剤後薬剤管理指導加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
				830100447	インスリン製剤等を処方した保険医療機関名（調剤後薬剤管理指導加算）；******
11	10 13の2 13の3	薬剤服用歴管理指導料 かかりつけ薬剤師指導料 かかりつけ薬剤師包括管理料	（在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者について、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われ、薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合） 算定年月日を記載すること。	850100374	算定年月日（薬剤服用歴管理指導料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
				850100375	算定年月日（かかりつけ薬剤師指導料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
				850100376	算定年月日（かかりつけ薬剤師包括管理料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
12	15 15の2 15の3 15の5	在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急時等共同指導料 服薬情報等提供料	（調剤を行っていない月に在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン服薬指導料を含む）、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又は服薬情報等提供料を算定した場合） 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。	850100377	情報提供又は訪問の対象となる調剤年月日；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
				842100070	投薬日数；******
13	15	在宅患者訪問薬剤管理指導料	（月に2回以上算定する場合） それぞれ算定の対象となる訪問指導を行った日を記載すること。	850100378	訪問指導年月日（在宅患者訪問薬剤管理指導料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			（単一建物診療患者が2人以上の場合） その人数を記載すること。	842100071	単一建物診療患者人数（在宅患者訪問薬剤管理指導料）；******
			（1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合） 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上
				820100371	訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下
				820100372	当該建築物戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所
14	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）；******

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
15	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”
16	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を算定した年月日を記載すること。	850100383	直近算定年月日（在宅患者訪問薬剤管理指導料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
17	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。	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）；******
18	—	一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合	（一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合） その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品なし」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。	820100373	後発医薬品を調剤しなかった理由：患者の意向
				820100374	後発医薬品を調剤しなかった理由：保険薬局の備蓄
				820100375	後発医薬品を調剤しなかった理由：後発医薬品なし
				820100376	後発医薬品を調剤しなかった理由：その他
19	—	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；********
20	—	70枚を超えて湿布薬が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	70枚を超えて湿布薬が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、処方医が当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨について、処方箋の記載により確認した旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	820100377	処方箋記載により確認
				820100378	疑義照会により確認

※「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。

別表Ⅱ　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	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
2	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
3	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
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（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
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
6	A000	時間外加算の特例を算定した場合	特	「初診」欄
7	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
8	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
9	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
10	A000	産科又は産婦人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	産特夜	「初診」欄
11	A000	産科又は産婦人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	産特休	「初診」欄
12	A000	産科又は産婦人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	産特深	「初診」欄
13	A000	夜間・早朝等加算を算定した場合	夜早	「初診」欄
14	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
15	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
16	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
17	A001	夜間・早朝等加算を算定した場合	夜早	「再診」欄
18	A001	時間外対応加算1を算定した場合	時外1	「再診」欄
19	A001	時間外対応加算2を算定した場合	時外2	「再診」欄
20	A001	時間外対応加算3を算定した場合	時外3	「再診」欄
21	A001	明細書発行体制等加算を算定した場合	明	「再診」欄
22	A001	地域包括診療加算1を算定した場合	再包1	「再診」欄
23	A001	地域包括診療加算2を算定した場合	再包2	「再診」欄
24	A001	認知症地域包括診療加算1を算定した場合	再認包1	「再診」欄
25	A001	認知症地域包括診療加算2を算定した場合	再認包2	「再診」欄
26	A001	地域包括診療加算又は認知症地域包括診療加算の薬剤適正使用連携加算を算定した場合	薬適連	「再診」欄
27	A001 A002	時間外加算の特例を算定した場合	特	「再診」欄
28	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
29	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
30	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
31	A001 A002	産科又は産婦人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	産特夜	「再診」欄
32	A001 A002	産科又は産婦人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	産特休	「再診」欄
33	A001 A002	産科又は産婦人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	産特深	「再診」欄
34	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
35	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
36	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
37	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
38	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
39	A003	オンライン診療料を算定した場合	オン診	「再診」欄
40	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
41	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
42	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
43	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
44	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
45	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	40減	「入院」欄
46	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
47	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
48	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
49	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
50	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
51	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
52	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7）を算定した場合	急一般7	「入院」欄
53	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
54	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
55	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
56	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
57	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
58	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
59	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
60	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
61	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
62	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
63	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
64	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
65	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
66	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
67	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
68	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料１の入院料A）を算定した場合	療１A	「入院」欄
69	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料１の入院料B）を算定した場合	療１B	「入院」欄
70	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料１の入院料C）を算定した場合	療１C	「入院」欄
71	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料１の入院料D）を算定した場合	療１D	「入院」欄
72	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料１の入院料E）を算定した場合	療１E	「入院」欄
73	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料１の入院料F）を算定した場合	療１F	「入院」欄
74	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料１の入院料G）を算定した場合	療１G	「入院」欄
75	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料１の入院料H）を算定した場合	療１H	「入院」欄
76	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料１の入院料I）を算定した場合	療1I	「入院」欄
77	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料２の入院料A）を算定した場合	療２A	「入院」欄
78	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料２の入院料B）を算定した場合	療２B	「入院」欄
79	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料２の入院料C）を算定した場合	療２C	「入院」欄
80	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料２の入院料D）を算定した場合	療２D	「入院」欄
81	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料２の入院料E）を算定した場合	療２E	「入院」欄
82	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料２の入院料F）を算定した場合	療２F	「入院」欄
83	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料２の入院料G）を算定した場合	療２G	「入院」欄
84	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料２の入院料H）を算定した場合	療２H	「入院」欄
85	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料２の入院料I）を算定した場合	療２I	「入院」欄
86	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
87	A101	療養病棟入院基本料の注12に規定する点数を算定した場合	療減	「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	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
99	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
100	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
101	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
102	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
103	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
104	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
105	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
106	A104	特定機能病院入院基本料の一般病棟（7対1入院基本料）を算定した場合	特ー7	「入院」欄
107	A104	特定機能病院入院基本料の一般病棟（10対1入院基本料）を算定した場合	特ー10	「入院」欄
108	A104	特定機能病院入院基本料の結核病棟（7対1入院基本料）を算定した場合	特結7	「入院」欄
109	A104	特定機能病院入院基本料の結核病棟（10対1入院基本料）を算定した場合	特結10	「入院」欄
110	A104	特定機能病院入院基本料の結核病棟（13対1入院基本料）を算定した場合	特結13	「入院」欄
111	A104	特定機能病院入院基本料の結核病棟（15対1入院基本料）を算定した場合	特結15	「入院」欄
112	A104	特定機能病院入院基本料の精神病棟（7対1入院基本料）を算定した場合	特精7	「入院」欄
113	A104	特定機能病院入院基本料の精神病棟（10対1入院基本料）を算定した場合	特精10	「入院」欄
114	A104	特定機能病院入院基本料の精神病棟（13対1入院基本料）を算定した場合	特精13	「入院」欄
115	A104	特定機能病院入院基本料の精神病棟（15対1入院基本料）を算定した場合	特精15	「入院」欄
116	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
117	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
118	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
119	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
120	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
121	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
122	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
123	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
124	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の患者）を算定した場合	2障7	「入院」欄
125	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の患者）を算定した場合	1障7	「入院」欄
126	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の患者）を算定した場合	2障10	「入院」欄
127	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の患者）を算定した場合	1障10	「入院」欄
128	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の患者）を算定した場合	2障13	「入院」欄
129	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の患者）を算定した場合	1障13	「入院」欄
130	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の患者）を算定した場合	2障15	「入院」欄
131	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の患者）を算定した場合	1障15	「入院」欄
132	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
133	A108	有床診療所入院基本料1を算定した場合	診1	「入院」欄
134	A108	有床診療所入院基本料2を算定した場合	診2	「入院」欄
135	A108	有床診療所入院基本料3を算定した場合	診3	「入院」欄
136	A108	有床診療所入院基本料4を算定した場合	診4	「入院」欄
137	A108	有床診療所入院基本料5を算定した場合	診5	「入院」欄
138	A108	有床診療所入院基本料6を算定した場合	診6	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
139	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
140	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
141	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
142	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
143	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
144	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
145	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
146	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
147	A100 A104 A105	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料）、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は専門病院入院基本料（7対1、10対1）について、ADL維持向上等体制加算を算定した場合	ADL	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
148	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
149	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
150	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
151	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
152	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
153	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
154	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
155	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	急支援療初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
156	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	在支援療初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
157	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
158	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
159	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
160	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
161	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	看補	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
162	A106	障害者施設等入院基本料の夜間看護体制加算を算定した場合	障夜看	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
163	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所一般病床初期加算を算定した場合	有一初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
164	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
165	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
166	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
167	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
168	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
169	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
170	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
171	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
172	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
173	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
174	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
175	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
176	A109	有床診療所療養病床入院基本料の救急・在宅等支援療養病床初期加算を算定した場合	有療初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
177	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
178	A200	総合入院体制加算1を算定した場合	総入体1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
179	A200	総合入院体制加算2を算定した場合	総入体2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
180	A200	総合入院体制加算3を算定した場合	総入体3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
181	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
182	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
183	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
184	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
185	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
186	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
187	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
188	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
189	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
190	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
191	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
192	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
193	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
194	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
195	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
196	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
197	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
198	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
199	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
200	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
201	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
202	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
203	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
204	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
205	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
206	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
207	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
208	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
209	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
210	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
211	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
212	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
213	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
214	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
215	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
216	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
217	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
218	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
219	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
220	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
221	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
222	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
223	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
224	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
225	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
226	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
227	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
228	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
229	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
230	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
231	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
232	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
233	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
234	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
235	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
236	A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算の「1」個室加算を算定した場合	個室	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
237	A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算の「2」陰圧室加算を算定した場合	陰圧	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
238	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
239	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
240	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
241	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
242	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
243	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
244	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
245	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
246	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
247	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
248	A225	放射線治療病室管理加算を算定した場合	放室	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
249	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
250	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
251	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
252	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
253	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
254	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
255	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
256	A227-2	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
257	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
258	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
259	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
260	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
261	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
262	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
263	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
264	A231-3	重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定した場合	重アル	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
265	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
266	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
267	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
268	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
269	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
270	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
271	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
272	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
273	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
274	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
275	A234-2	感染防止対策加算1を算定した場合	感防1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
276	A234-2	感染防止対策加算2を算定した場合	感防2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
277	A234-2	感染防止対策地域連携加算を算定した場合	感防連	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
278	A234-2	抗菌薬適正使用支援加算を算定した場合	抗菌支援	「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
279	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
280	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
281	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
282	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
283	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
284	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
285	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
286	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
287	A243	後発医薬品使用体制加算1を算定した場合	後使1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
288	A243	後発医薬品使用体制加算2を算定した場合	後使2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
289	A243	後発医薬品使用体制加算3を算定した場合	後使3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
290	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
291	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
292	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
293	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
294	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
295	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
296	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
297	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
298	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
299	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
300	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
301	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
302	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
303	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
304	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
305	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
306	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
307	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
308	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
309	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
310	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
311	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
312	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
313	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
314	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
315	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
316	A252	地域医療体制確保加算を算定した場合	地医体	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
317	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
318	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
319	A300	救命救急入院料3を算定した場合	救命3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
320	A300	救命救急入院料3の広範囲熱傷特定集中治療管理料を算定した場合	救命3熱	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
321	A300	救命救急入院料4を算定した場合	救命4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
322	A300	救命救急入院料4の広範囲熱傷特定集中治療管理料を算定した場合	救命4熱	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
323	A300	救命救急入院料の自殺企図等による重篤な患者に対して当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合の加算を算定した場合	精診初	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
324	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
325	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
326	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
327	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
328	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
329	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
330	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
331	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
332	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
333	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
334	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
335	A301	特定集中治療室管理料2の広範囲熱傷特定集中治療管理料を算定した場合	特集2熱	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
336	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
337	A301	特定集中治療室管理料4を算定した場合	特集4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
338	A301	特定集中治療室管理料4の広範囲熱傷特定集中治療管理料を算定した場合	特集4熱	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
339	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
340	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	早離床リ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
341	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
342	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
343	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
344	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
345	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
346	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
347	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
348	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
349	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
350	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
351	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
352	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の患者）を算定した場合	2特入管	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
353	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の患者）を算定した場合	1特入管	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
354	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
355	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
356	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
357	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
358	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
359	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
360	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を算定した場合	重受体	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
361	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
362	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
363	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
364	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
365	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
366	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料6を算定した場合	復リ入6	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
367	A308	回復期リハビリテーション病棟入院基本料の休日リハビリテーション提供体制加算を算定した場合	休リハ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
368	A308	回復期リハビリテーション病棟入院基本料のリハビリテーション充実加算を算定した場合	充リハ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
369	A308	回復期リハビリテーション病棟入院基本料の体制強化加算1を算定した場合	強リハ1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
370	A308	回復期リハビリテーション病棟入院基本料の体制強化加算2を算定した場合	強リハ2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
371	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
372	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
373	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
374	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
375	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
376	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
377	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
378	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
379	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
380	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
381	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
382	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
383	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
384	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
385	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
386	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
387	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の看護職員配置加算を算定した場合	包看職	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
388	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
389	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を算定した場合	包急支援療初	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
390	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を算定した場合	包在支援療初	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
391	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
392	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
393	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
394	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
395	A309	特殊疾患病棟入院料1（重度の意識障害で医療区分2の患者）を算定した場合	2特疾1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
396	A309	特殊疾患病棟入院料1（重度の意識障害で医療区分1の患者）を算定した場合	1特疾1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
397	A309	特殊疾患病棟入院料2（重度の意識障害で医療区分2の患者）を算定した場合	2特疾2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
398	A309	特殊疾患病棟入院料2（重度の意識障害で医療区分1の患者）を算定した場合	1特疾2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
399	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
400	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
401	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
402	A311	精神科救急入院料1を算定した場合	精救1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
403	A311	精神科救急入院料2を算定した場合	精救2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
404	A311 A311-2 A311-3	精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料の院内標準診療計画加算を算定した場合	精院計	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
405	A311 A311-2 A311-3 A312 A318	精神科救急入院料、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
406	A311 A311-3	精神科救急入院料、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
407	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
408	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
409	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
410	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
411	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
412	A312	精神科療養病棟入院料の退院支援加算2を算定した場合	精療退支	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
413	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
414	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
415	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
416	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
417	A314	認知症治療病棟入院料の退院調整加算を算定した場合	認退支	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
418	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
419	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
420	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
421	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
422	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
423	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 「特定入院料・その他」の項
424	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 「特定入院料・その他」の項
425	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 「特定入院料・その他」の項
426	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 「特定入院料・その他」の項
427	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 「特定入院料・その他」の項
428	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 「特定入院料・その他」の項
429	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 「特定入院料・その他」の項
430	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 「特定入院料・その他」の項
431	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 「特定入院料・その他」の項
432	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
433	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
434	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
435	－	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
436	－	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
437	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
438	A400の2	短期滞在手術等基本料2を算定した場合	短手2	「入院」欄
439	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
440	通則	オンライン医学管理料を算定した場合	オン管	「医学管理」欄
441	B000	特定疾患療養管理料を算定した場合	特	「医学管理」欄
442	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
443	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
444	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
445	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
446	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
447	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
448	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
449	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
450	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
451	B001の7	難病外来指導管理料を算定した場合	難病	「医学管理」欄
452	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
453	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
454	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
455	B001の9	外来栄養食事指導料1を算定した場合	外栄1	「医学管理」欄
456	B001の9	外来栄養食事指導料2を算定した場合	外栄2	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
457	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
458	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
459	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
460	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
461	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
462	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
463	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
464	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
465	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
466	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
467	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
468	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
469	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
470	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
471	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
472	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
473	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
474	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
475	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
476	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
477	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
478	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
479	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
480	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
481	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
482	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
483	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
484	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
485	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
486	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
487	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
488	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
489	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
490	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
491	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
492	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
493	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
494	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
495	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
496	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
497	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
498	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
499	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
500	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
501	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
502	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
503	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
504	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
505	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
506	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
507	B001-2-5	院内トリアージ実施料を算定した場合	トリ	「医学管理」欄
508	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料を算定した場合	救搬	「医学管理」欄
509	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料の精神科疾患患者等受入加算を算定した場合	精受	「医学管理」欄
510	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料の救急搬送看護体制加算1を算定した場合	救搬看1	「医学管理」欄
511	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料の救急搬送看護体制加算2を算定した場合	救搬看2	「医学管理」欄
512	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
513	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
514	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
515	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
516	B001-2-9	地域包括診療料1を算定した場合	地包1	「医学管理」欄
517	B001-2-9	地域包括診療料2を算定した場合	地包2	「医学管理」欄
518	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
519	B001-2-10	認知症地域包括診療料1を算定した場合	認地包1	「医学管理」欄
520	B001-2-10	認知症地域包括診療料2を算定した場合	認地包2	「医学管理」欄
521	B001-2-10	認知症地域包括診療料の薬剤適正使用連携加算を算定した場合	薬適連	「医学管理」欄
522	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「1」院外処方の「イ」初診を算定した場合	児か外初	「医学管理」欄
523	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「1」院外処方の「ロ」再診を算定した場合	児か外再	「医学管理」欄
524	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「2」院内処方の「イ」初診を算定した場合	児か内初	「医学管理」欄
525	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「2」院内処方の「ロ」再診を算定した場合	児か内再	「医学管理」欄
526	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
527	B001-3	生活習慣病管理料の「1」保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合を算定した場合	生外	「医学管理」欄
528	B001-3	生活習慣病管理料の「2」1以外の場合を算定した場合	生内	「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
529	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
530	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
531	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
532	B001-4	手術前医学管理料を算定した場合	手前	「医学管理」欄
533	B001-5	手術後医学管理料を算定した場合	手後	「医学管理」欄
534	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
535	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
536	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
537	B001-9	療養・就労両立支援指導料を算定した場合	就労	「医学管理」欄
538	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
539	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
540	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
541	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
542	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
543	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
544	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
545	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
546	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
547	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
548	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
549	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
550	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
551	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
552	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
553	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
554	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
555	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
556	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
557	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
558	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
559	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
560	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
561	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
562	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
563	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
564	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
565	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
566	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
567	B005-11	遠隔連携診療料を算定した場合	遠連	「医学管理」欄
568	B006	救急救命管理料を算定した場合	救	「医学管理」欄
569	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
570	B007	退院前訪問指導料を算定した場合	退前	「医学管理」欄
571	B007-2	退院後訪問指導料を算定した場合	退後	「医学管理」欄
572	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
573	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
574	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
575	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
576	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
577	B009	診療情報提供料（Ⅰ）を算定した場合	情Ⅰ	「医学管理」欄
578	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
579	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
580	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
581	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
582	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
583	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
584	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
585	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
586	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
587	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
588	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
589	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
590	B010	診療情報提供料（Ⅱ）を算定した場合	情Ⅱ	「医学管理」欄
591	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
592	B011	診療情報提供料（Ⅲ）を算定した場合	情Ⅲ	「医学管理」欄
593	B011-3	薬剤情報提供料を算定した場合	薬情	「医学管理」欄
594	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
595	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
596	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
597	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
598	B013	療養費同意書交付料を算定した場合	療	「医学管理」欄
599	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
600	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
601	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
602	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
603	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
604	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
605	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
606	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
607	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
608	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
609	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
610	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
611	C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定した場合	（Ⅱ）	「在宅」欄
612	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
613	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
614	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
615	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
616	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
617	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
618	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
619	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
620	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
621	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
622	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
623	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
624	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
625	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
626	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
627	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
628	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継続診療加算を算定した場合	継続診療	「在宅」欄
629	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
630	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
631	C004	救急搬送診療料を算定した場合	搬送診療	「在宅」欄
632	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
633	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
634	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
635	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
636	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
637	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
638	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
639	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
640	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
641	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
642	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
643	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
644	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
645	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
646	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
647	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
648	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
649	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
650	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
651	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
652	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
653	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
654	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
655	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の特別地域訪問看護加算を算定した場合	訪問看護特地 訪問看護特地(同一)	「在宅」欄
656	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
657	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
658	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
659	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
660	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
661	C007	訪問看護指示料を算定した場合	訪問指示	「在宅」欄
662	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
663	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
664	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
665	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
666	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
667	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
668	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
669	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
670	C010	在宅患者連携指導料を算定した場合	在宅連携	「在宅」欄
671	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
672	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
673	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
674	C100	退院前在宅療養指導管理料を算定した場合	前	「在宅」欄
675	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
676	C101	在宅自己注射指導管理料を算定した場合	注	「在宅」欄
677	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
678	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
679	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
680	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合	灌	「在宅」欄
681	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
682	C103	在宅酸素療法指導管理料を算定した場合	酸	「在宅」欄
683	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
684	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
685	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
686	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
687	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
688	C106	在宅自己導尿指導管理料を算定した場合	尿	「在宅」欄
689	C107	在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合	人	「在宅」欄
690	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
691	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
692	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
693	C108	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定した場合	在悪	「在宅」欄
694	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
695	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
696	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
697	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
698	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
699	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
700	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
701	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
702	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
703	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
704	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
705	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
706	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
707	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
708	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
709	C150	血糖自己測定器加算を算定した場合	注糖	「在宅」欄
710	C151	注入器加算を算定した場合	入	「在宅」欄
711	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
712	C152-2	持続血糖測定器加算を算定した場合	持血	「在宅」欄
713	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
714	C153	注入器用注射針加算を算定した場合	針	「在宅」欄
715	C154	紫外線殺菌器加算を算定した場合	紫	「在宅」欄
716	C155	自動腹膜灌流装置加算を算定した場合	自腹	「在宅」欄
717	C156	透析液供給装置加算を算定した場合	透液	「在宅」欄
718	C157	酸素ボンベ加算を算定した場合	ボ	「在宅」欄
719	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
720	C158	酸素濃縮装置加算を算定した場合	濃	「在宅」欄
721	C159	液化酸素装置加算を算定した場合	液	「在宅」欄
722	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
723	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
724	C161	注入ポンプ加算を算定した場合	注ポ	「在宅」欄
725	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
726	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
727	C163	特殊カテーテル加算の「1」を算定した場合	サ	「在宅」欄
728	C163	特殊カテーテル加算の「2」を算定した場合	カ	「在宅」欄
729	C163	特殊カテーテル加算の「3」を算定した場合	バ	「在宅」欄
730	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
731	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
732	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
733	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
734	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
735	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
736	C167	疼痛等管理用送信器加算を算定した場合	疼信	「在宅」欄
737	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
738	C168-2	携帯型精密ネブライザー加算を算定した場合	精ネ	「在宅」欄
739	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
740	C170	排痰補助装置加算を算定した場合	排痰	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
741	C171	在宅酸素療法材料加算を算定した場合	酸材	「在宅」欄
742	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
743	C172	在宅経肛門的自己洗腸用材料加算を算定した場合	肛洗	「在宅」欄
744	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
745	D005	特殊染色加算を算定した場合	特染	「検査・病理」欄
746	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
747	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
748	D018	嫌気性培養加算を算定した場合	嫌培	「検査・病理」欄
749	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
750	D026	尿・糞便等検査判断料を算定した場合	判尿	「検査・病理」欄
751	D026	遺伝子関連・染色体検査判断料	判遺	「検査・病理」欄
752	D026	血液学的検査判断料を算定した場合	判血	「検査・病理」欄
753	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
754	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
755	D026	免疫学的検査判断料を算定した場合	判免	「検査・病理」欄
756	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
757	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
758	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
759	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
760	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
761	D026	国際標準検査管理加算を算定した場合	国標	「検査・病理」欄
762	D026	遺伝カウンセリング加算を算定した場合	遺伝	「検査・病理」欄
763	D026	遺伝性腫瘍カウンセリング加算を算定した場合	遺伝腫	「検査・病理」欄
764	D026	骨髄像診断加算を算定した場合	骨診	「検査・病理」欄
765	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
766	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
767	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
768	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
769	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
770	D206	血管内視鏡検査加算を算定した場合	血内	「検査・病理」欄
771	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
772	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
773	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
774	D217	大腿骨同時撮影加算を算定した場合	腿撮	「検査・病理」欄
775	D238	脳波検査判断料1を算定した場合	判脳1	「検査・病理」欄
776	D238	脳波検査判断料2を算定した場合	判脳2	「検査・病理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
777	D241	神経・筋検査判断料を算定した場合	判神	「検査・病理」欄
778	D256	広角眼底撮影加算を算定した場合	広眼	「検査・病理」欄
779	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
780	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
781	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
782	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
783	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
784	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
785	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
786	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
787	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
788	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
789	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
790	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
791	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
792	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
793	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
794	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
795	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
796	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
797	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
798	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
799	F100	特定疾患処方管理加算1を算定した場合	特処1	「投薬」欄
800	F100	特定疾患処方管理加算2を算定した場合	特処2	「投薬」欄
801	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
802	F100	外来後発医薬品使用体制加算1を算定した場合	外後使1	「投薬」欄
803	F100	外来後発医薬品使用体制加算2を算定した場合	外後使2	「投薬」欄
804	F100	外来後発医薬品使用体制加算3を算定した場合	外後使3	「投薬」欄
805	F100	向精神薬調整連携加算を算定した場合	向調連	「投薬」欄
806	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
807	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
808	F500	院内製剤加算を算定した場合	院	「投薬」欄
809	–	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合	薬評	「投薬」欄
810	F400	特定疾患処方管理加算1を算定した場合	特処1	「その他」欄
811	F400	特定疾患処方管理加算2を算定した場合	特処2	「その他」欄
812	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
813	F400	一般名処方加算1を算定した場合	一般1	「その他」欄
814	F400	一般名処方加算2を算定した場合	一般2	「その他」欄
815	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
816	第6部通則6	外来化学療法加算1「(1)」の「抗悪性腫瘍剤を注射した場合」を算定した場合	化1悪	「注射」欄
817	第6部通則6	外来化学療法加算1「(2)」の「抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合」を算定した場合	化1	「注射」欄
818	第6部通則6	外来化学療法加算2「(1)」の「抗悪性腫瘍剤を注射した場合」を算定した場合	化2悪	「注射」欄
819	第6部通則6	外来化学療法加算2「(2)」の「抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合」を算定した場合	化2	「注射」欄
820	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
821	G020	無菌製剤処理料の「1」を算定した場合	菌1	「注射」欄
822	G020	無菌製剤処理料の「2」を算定した場合	菌2	「注射」欄
823	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
824	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
825	–	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合	薬評	「注射」欄
826	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
827	H000 H001 H001-2 H002 H003	初期加算を算定した場合	初期	「その他」欄
828	H001 H001-2 H002	脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料の100分の90に相当する点数により算定した場合	リ減	「その他」欄
829	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
830	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
831	H003-3	リハビリテーション計画提供料の「1」を算定した場合	リハ提1	「その他」欄
832	H003-3	リハビリテーション計画提供料の「2」を算定した場合	リハ提2	「その他」欄
833	H003-4	目標設定等支援・管理料の「1」を算定した場合	目標支管1	「その他」欄
834	H003-4	目標設定等支援・管理料の「2」を算定した場合	目標支管2	「その他」欄
835	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
836	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
837	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
838	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
839	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
840	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
841	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
842	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
843	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
844	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
845	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
846	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
847	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
848	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
849	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
850	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
851	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
852	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
853	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
854	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
855	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
856	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
857	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
858	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
859	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
860	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
861	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
862	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
863	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
864	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
865	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
866	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
867	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
868	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
869	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の特別地域訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅰ特地	「その他」欄
870	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の特別地域訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅲ特地	「その他」欄
871	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
872	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
873	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
874	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
875	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
876	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
877	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
878	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
879	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
880	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
881	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
882	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
883	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
884	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
885	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
886	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
887	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
888	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
889	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
890	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
891	-	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
892	-	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
893	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
894	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
895	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
896	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
897	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
898	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
899	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
900	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
901	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
902	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
903	第12部	放射線治療料を算定した場合	放	「その他」欄
904	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
905	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
906	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
907	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
908	M000	放射線治療管理料を算定した場合	放管	「その他」欄
909	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
910	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
911	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
912	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
913	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
914	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
915	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
916	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
917	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
918	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
919	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
920	N007	病理判断料を算定した場合	判病判	「検査・病理」欄
921	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
922	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。

※ 入院料の略号の記載欄等については、以下のとおりであること。

項　番	記載欄等
46～144、177～180、182、187、188、190～219、224、228～234、238、240～245、249～251、254、257、259～268、270～272、275～277、279、280、282～300、305～316	入院基本料種別欄
317～322、341～353、355～359、361～366、371～378、392～400、402、403、407～411、415、416、419、420、423～431、434	「特定入院料・その他」の項
44、45、145、146、148	入院基本料種別欄 に記載する略号の後
421、422	特定入院料の種別の略号の後
上記以外	「摘要」欄

別表Ⅱ　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	特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合	訪問（特別）	「摘要」欄
3	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※
4	A002	特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合	訪問（特別）	「摘要」欄
5	B000-4-2	小児口腔機能管理料を算定した場合	小機能	管理・リハ 「その他」欄
6	B000-4-3	口腔機能管理料を算定した場合	口機能	管理・リハ 「その他」欄
7	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した場合	周計	管理・リハ 「その他」欄
8	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
9	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
10	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
11	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
12	B000-8	周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）	周（Ⅲ）	管理・リハ 「その他」欄
13	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
14	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
15	B003	特定薬剤治療管理料を算定した場合	薬	全体 「その他」欄
16	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
17	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
18	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
19	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
20	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
21	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
22	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
23	B007	退院前訪問指導料を算定した場合	退前	全体 「その他」欄
24	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
25	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
26	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
27	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
28	B009	診療情報提供料（Ⅰ）を算定した場合	情Ⅰ	全体 「その他」欄
29	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
30	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又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
31	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又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
32	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
33	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
34	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
35	B010	診療情報提供料（Ⅱ）を算定した場合	情Ⅱ	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
36	B011	診療情報連携共有料	情共	全体 「その他」欄
37	B011-2	診療情報提供料（Ⅲ）	情Ⅲ	全体 「その他」欄
38	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
39	B013-3	広範囲顎骨支持型補綴物管理料を算定した場合	特イ管	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
40	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
41	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
42	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
43	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
44	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
45	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
46	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
47	C000	区分番号C000の注13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
48	C000	区分番号C000の注13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
49	C000	歯科訪問診療に係る在宅歯科医療推進加算を算定した場合	在推進	全体 「その他」欄
50	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
51	C000	特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合	訪問（特別）	「摘要」欄
52	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
53	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
54	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
55	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
56	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
57	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
58	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
59	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅総合医療加算を算定した場合	歯総管	全体 「その他」欄
60	C001-3 C001-5	歯科疾患在宅療養管理料又は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栄養サポートチーム等連携加算1を算定した場合	NST1	全体 「その他」欄
61	C001-3 C001-5	歯科疾患在宅療養管理料又は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栄養サポートチーム等連携加算2を算定した場合	NST2	全体 「その他」欄
62	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
63	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
64	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かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算を算定した場合	か強診	全体 「その他」欄
65	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
66	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
67	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
68	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
69	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
70	C004	退院前在宅療養指導管理料を算定した場合	前	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
71	C005	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定した場合	在悪	全体 「その他」欄
72	D010	歯冠補綴時色調採得検査を算定した場合	色調	「摘要」欄
73	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
74	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
75	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
76	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
77	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
78	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
79	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
80	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
81	D011-2	咀嚼能力検査を算定した場合	咀嚼	X線・検査 「その他」欄
82	D011-3	咬合圧検査を算定した場合	咬合圧	X線・検査 「その他」欄
83	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
84	D012	舌圧検査を算定した場合	舌圧	X線・検査 「その他」欄
85	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
86	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
87	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
88	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
89	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
90	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ニ その他」を算定した場合	他電	X線・検査 「その他」欄
91	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
92	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
93	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
94	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
95	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
96	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
97	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
98	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
99	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算1を算定した場合	外後使1	全体 「その他」欄
100	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算2を算定した場合	外後使2	全体 「その他」欄
101	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算3を算定した場合	外後使3	全体 「その他」欄
102	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
103	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
104	F200	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合	薬評	「摘要」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
105	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
106	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
107	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
108	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
109	F500	調剤技術基本料を算定した場合	調基	全体 「その他」欄
110	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
111	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の「抗悪性腫瘍剤を注射した場合」を算定した場合	化1悪	「摘要」欄
112	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の「抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合」を算定した場合	化1	「摘要」欄
113	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の「抗悪性腫瘍剤を注射した場合」を算定した場合	化2悪	「摘要」欄
114	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の「抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合」を算定した場合	化2	「摘要」欄
115	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
116	G020	無菌製剤処理料1を算定した場合	菌1	「摘要」欄
117	G020	無菌製剤処理料2を算定した場合	菌2	「摘要」欄
118	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
119	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
120	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
121	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「3 その他の場合」を算定した場合	歯リハ1（3）	全体 「その他」欄
122	I004	失活歯髄切断を算定した場合	失切	処置・手術 「その他」欄
123	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
124	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
125	I005 I008	抜髄及び根管充填を同時に行った場合	抜髄即充	処置・手術 「その他」欄
126	I006 I008	感染根管処置及び根管充填を同時に行った場合	感根即充	処置・手術 「その他」欄
127	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
128	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
129	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疾患処置を行う場合	P処（糖）	「摘要」欄
130	I017	口腔内装置1を算定した場合	OAp1	処置・手術 「その他」欄
131	I017	口腔内装置2を算定した場合	OAp2	処置・手術 「その他」欄
132	I017	口腔内装置3を算定した場合	OAp3	処置・手術 「その他」欄
133	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
134	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
135	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
136	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
137	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「イ　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合」を算定した場合	OAp調（イ）	処置・手術 「その他」欄
138	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「ロ　歯ぎしりに対する口腔内装置の場合」を算定した場合	OAp調（ロ）	処置・手術 「その他」欄
139	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「ハ　イ及びロ以外の場合」を算定した場合	OAp調（ハ）	処置・手術 「その他」欄
140	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
141	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
142	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
143	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(Ⅲ)	処置・手術 「その他」欄
144	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	処置・手術 「その他」欄
145	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
146	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
147	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
148	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
149	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
150	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
151	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
152	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
153	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
154	K002	吸入鎮静法を算定した場合	IS	麻酔 「その他」欄
155	K003	静脈内鎮静法を算定した場合	静鎮	麻酔 「その他」欄
156	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
157	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
158	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
159	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
160	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
161	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
162	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
163	M016-2	小児保隙装置を算定した場合	保隙	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
164	M017-2	高強度硬質レジンブリッジを算定した場合	HRBr	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
165	M021-2	コンビネーション鉤を算定した場合	コンビCl	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
166	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
167	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
168	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
169	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
170	－	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
171	－	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

別表Ⅱ　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	嚥下困難者用製剤加算を算定した場合	困	「加算料」欄
2	区分番号01	一包化加算を算定した場合	包	「加算料」欄
3	区分番号01	麻薬加算を算定した場合	麻	「加算料」欄
4	区分番号01	向精神薬加算を算定した場合	向	「加算料」欄
5	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
6	区分番号01	毒薬加算を算定した場合	毒	「加算料」欄
7	区分番号01	調剤料に係る時間外加算を算定した場合	時	「加算料」欄
8	区分番号01	調剤料に係る休日加算を算定した場合	休	「加算料」欄
9	区分番号01	調剤料に係る深夜加算を算定した場合	深	「加算料」欄
10	区分番号01	調剤料に係る時間外加算の特例を算定した場合	特	「加算料」欄
11	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合	自	「加算料」欄
12	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
13	区分番号01	予製剤加算を算定した場合	予	「加算料」欄
14	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
15	区分番号00	調剤基本料1の場合	基A	「調剤基本料」欄
16	区分番号00	調剤基本料2の場合	基B	「調剤基本料」欄
17	区分番号00	調剤基本料3のイの場合	基C	「調剤基本料」欄
18	区分番号00	調剤基本料3のロの場合	基D	「調剤基本料」欄
19	区分番号00	特別調剤基本料の場合	基E	「調剤基本料」欄
20	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
21	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
22	区分番号00	地域支援体制加算を算定した場合	地支	「調剤基本料」欄
23	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算1を算定した場合	後A	「調剤基本料」欄
24	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算2を算定した場合	後B	「調剤基本料」欄
25	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算3を算定した場合	後C	「調剤基本料」欄
26	区分番号00	調剤基本料注7（後発医薬品減算）に該当する場合	後減	「調剤基本料」欄
27	区分番号01	在宅患者調剤加算を算定した場合	在	「調剤基本料」欄
28	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
29	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
30	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
31	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
32	区分番号01	調剤料に係る夜間・休日等加算を算定した場合	夜	「時間外等加算」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
33	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料1を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	薬A	「薬学管理料」欄
34	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料2を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	薬B	「薬学管理料」欄
35	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料2を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	薬C	「薬学管理料」欄
36	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	薬3A	「薬学管理料」欄
37	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	薬3B	「薬学管理料」欄
38	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	薬3C	「薬学管理料」欄
39	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料4を算定した場合	薬オ	「薬学管理料」欄
40	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例（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）	薬特A	「薬学管理料」欄
41	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例（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）	薬特B	「薬学管理料」欄
42	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例（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	薬特C	「薬学管理料」欄
43	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導	薬特オ	「薬学管理料」欄
44	区分番号10	薬剤服用歴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
45	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のイを算定した場合	防A	「薬学管理料」欄
46	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のロを算定した場合	防B	「薬学管理料」欄
47	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特定薬剤管理指導加算1を算定した場合	特管A	「薬学管理料」欄
48	区分番号10	薬剤服用歴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
49	区分番号10	吸入薬指導加算を算定した場合	吸	「薬学管理料」欄
50	区分番号10	調剤後薬剤管理指導加算を算定した場合	調後	「薬学管理料」欄
51	区分番号10	薬剤服用歴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
52	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合	薬指	「薬学管理料」欄
53	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
54	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のイを算定した場合	防A	「薬学管理料」欄
55	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のロを算定した場合	防B	「薬学管理料」欄
56	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算1を算定した場合	特管A	「薬学管理料」欄
57	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2を算定した場合	特管B	「薬学管理料」欄
58	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の乳幼児服薬指導加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
59	区分番号13の3	かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合	薬包	「薬学管理料」欄
60	区分番号14の2	外来服薬支援料を算定した場合	支	「薬学管理料」欄
61	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
62	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
63	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
64	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
65	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

項番	区分	項目	略称	記載欄
66	区分番号15	在宅患者オンライン服薬指導料を算定した場合	在オ	「薬学管理料」欄
67	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
68	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
69	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
70	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
71	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
72	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
73	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
74	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
75	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
76	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
77	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
78	区分番号15の5	服薬情報等提供料2を算定した場合	服B	「薬学管理料」欄
79	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1を算定した場合	在防A	「薬学管理料」欄
80	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料2を算定した場合	在防B	「薬学管理料」欄
81	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

※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、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、生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は左上部の該当欄に、障害者総合支援法に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

（６）　同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号が変更となった場合は、変更前の公費負担医療に係る分は第１公費とし、変更後の公費負担医療に係る分は第２公費として取り扱うものとすること。

　なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

２　「公費負担医療の受給者番号」欄について

（１）　医療券等に記入されている受給者番号７桁を記載すること（別添２「設定要領」の第３を

参照）。

（２）　その他は、１の（２）から（６）までと同様であること。

３　「保険者番号」欄について

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

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

（３）　月の途中において保険者番号の変更があった場合は「備考」欄に変更後の保険者番号を記載すること。

４　「被保険者証・被保険者手帳」欄の「記号・番号」欄（処方箋にあっては、「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄）について

健康保険被保険者証、国民健康被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「被保険者証等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の被保険者番号を記載すること。被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。

第３　診療録の記載上の注意事項

１　「受診者」欄について

（１）　「氏名」欄には、受診者の姓名を記載すること。

（２）　「生年月日」及び「性別」欄には、受診者の生年月日を記載するとともに、性別の該当するものを〇で囲むこと。

（３）　「住所」欄には、受診者の住所及び電話番号を記載すること。

なお、電話番号については記載を省略しても差し支えないこと。

（４）　「職業」欄には、受診者の職種名を記載すること。

なお、業務上の疑いがない場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

（５）　「被保険者との続柄」欄には、被保険者と受診者との続柄を記載すること。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

２　「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について

被保険者証等の有効期限を記載すること。

３　「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載すること。

４　「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

５　「事業所（船舶所有者）」欄について

（１）　「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

（２）　「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の名称を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

６　「保険者」欄について

（１）　「所在地」欄には、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

（２）　「名称」欄には、被保険者が管掌されている保険者名を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

７　「傷病名」欄について

傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成 28 年４月 28 日付保発 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。）別添３に規定する傷病名を用いること。

８　「職務」欄について

（１）　「上」には、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に〇で囲むこと。

（２）　「外」には、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に〇で囲むこと。

９　「開始」欄について

受診者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載すること。

10　「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載すること。

11　「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について該当するものを〇で囲むこと。

12　「労務不能に関する意見」欄について

（１）　「意見書に記入した労務不能期間」欄には被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載すること。

（２）　「意見書交付」欄には、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載すること。

13　「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載すること。

14　「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合には、当該傷病名及び当該傷病原因を記載すること。

15　「備考」欄について

保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載すること。

16　「既往症・原因・主要症状・経過等」欄について

受診者の病歴、受診に係る傷病の原因、傷病に関する主要症状及び受診中の経過等について必要な事項を記載すること。

17　「処方・手術・処置等」欄について

受診者に対し行った診療行為について内容を記載すること。

18　「診療の点数等」欄について

（1）　「月日」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載すること。

（2）　「種別」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った診療行為名を記載し、算定した点数を記載すること。

なお、「月日」欄と「種別」欄の配置を縦横逆にしても差し支えないこと。

（3）　「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数の合計を記載すること。

（4）　「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載すること。

（5）　「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

（6）　「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。

（7）　「備考」欄について

療養の給付等につき算定した点数の計等を記載すること。

19　その他

様式第１号（１）の２及び（１）の３を一葉にまとめること、（１）の３の記載事項を上下２欄に分けること等は差し支えないこと。

第４　歯科診療録の記載上の注意事項

１　「受診者」欄について

（1）　「氏名」欄は、受診者の姓名を記載する。

（2）　「生年月日」及び「性別」欄は、受診者の生年月日を記載し、該当する性別を〇で囲む。

（3）　「住所」欄は、受診者の住所及び電話番号を記載する。

なお、電話番号は、記載を省略して差し支えない。

（4）　「職業」欄は、受診者の職種名を記載する。

なお、業務上の疑いがない場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

（5）　「被保険者との続柄」欄は、被保険者と受診者との続柄を記載する。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

２　「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について

被保険者証等の有効期限を記載する。

３　「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載する。

４　「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

５　「事業所（船舶所有者）」欄について

（１）　「所在地」欄は、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

（２）　「名称」欄は、被保険者の勤務する事業所の名称の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の名称の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

６　「保険者」欄について

（１）　「所在地」欄は、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

（２）　「名称」欄は、被保険者が管掌されている保険者名の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

７　「部位」欄について

傷病のある部位をそれぞれ記載する。

ただし、同一傷病名は、同一欄に一括して記載して差し支えない。

８　「傷病名」欄について

傷病名は、わが国で通常用いられている傷病名を記載する。

９　「職務」欄について

（１）　「上」は、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に〇で囲む。

（２）　「外」は、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に〇で囲む。

10　「開始」欄について

被保険者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載する。

11　「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載する。

12　「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について、「治ゆ」「死亡」「中止」のうち該当するものを記載する。なお、予め「治ゆ」「死亡」「中止」を印刷し、該当するものを〇で囲むことにより記載しても差し支えない。

13　「　　上
右 ──┼── 左　欄について
　　下　　」

（１）　予め歯の配列図等を印刷して差し支えない。

（２）　必要がある場合、口腔診察の所見等を記載する。

14　「〔主訴〕その他摘要」欄について

主訴及び参考となる事項を記載する。

15　「労務不能に関する意見」欄について

（１）　「意見書に記入した労務不能期間」欄は、被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載する。

（２）　「意見書交付」欄は、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日

を記載する。

16　「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載する。

17　「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合は、当該傷病名及び当該傷病原因を記載する。

18　「備考」欄について

保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載する。

19　「月日」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載する。

20　「療法・処置」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに療法及び処置について必要な事項を記載する。

21　「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数を記載する。

22　「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載する。

23　「食事療養・生活療養算定額」欄について

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。特に湿布薬については、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」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。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」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」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） 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、麻薬取締法第 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。

（５） 処方医が、処方箋に記載した医薬品について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。

（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 70 枚を超えて湿布薬を投与する場合は、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。

（８） 保険薬局が調剤時に患者の残薬を確認した際に、当該保険薬局に対して、「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」すること又は「保険医療機関へ情報提供」することを指示する場合には、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載すること。

（９） 地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料を算定している患者について、保険薬局に対してその旨を情報提供するに当たって、処方箋への書面の添付によらない場合には、当該加算を算定している旨を本欄に記載すること。

⑽ オンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴う処方箋の場合には、「オン診」と記載すること。

９ 「分割指示に係る処方箋」について

（１） 分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に相当するかを右上の所要欄に記載すること。

（２） 別紙の発行保険医療機関情報には、保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載すること。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載すること。

10 その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方箋に以下の事項を記載すること。

（１） 「調剤済年月日」欄について

処方箋が調剤済となった場合の年月日を記載すること。その調剤によって、当該処方箋が調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方箋に記載すること。

（２） 「保険薬局の所在地及び名称」欄について

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

（３） 「保険薬剤師氏名 ㊞」欄について

調剤を行った保険薬剤師が署名するか又は保険薬剤師の姓名を記載し、押印すること。

（４） その他次の事項を「備考」欄又は「処方」欄に記入すること。

ア 処方箋を交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方箋に記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容

イ 医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容

（５） 分割指示に係る処方箋に基づき調剤した場合は、別紙の「受付保険薬局情報」欄に保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入すること。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えないこと。

別添１

診療報酬請求書等一覧表

区分			様式番号
診療報酬請求書	医科・歯科、入院・入院外併用（国保の被保険者及び後期高齢者を除く）		様式第１（１）
	医科、入院外　（　〃　）		〃（２）
	歯科、入院外　（　〃　）		〃（３）
	医科・歯科　（国保の被保険者に限る）		様式第６
	医科、歯科　（後期高齢者に限る）		様式第８
診療報酬明細書	算定告示別表第１（医科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（医科の例による場合）	入院 入院外	様式第２（１） 様式第２（２）
	算定告示別表第２（歯科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（歯科の例による場合）	―	様式第３
調剤報酬請求書	（国保の被保険者及び後期高齢者を除く）		様式第４
	（国保の被保険者に限る）		様式第７
	（後期高齢者に限る）		様式第９
調剤報酬明細書	算定告示別表第３（調剤）	―	様式第５

別添２

保険者番号、公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領

第１　保険者番号

１　保険者番号は、次のように法別番号２桁、都道府県番号２桁、保険者（市町村）別番号３桁、検証番号１桁、計８桁の算用数字を組み合わせたものとする。ただし、国民健康保険（退職者医療を除く。）の保険者番号については、都道府県番号２桁、保険者（市町村）別番号３桁、検証番号１桁、計６桁の算用数字を組み合わせたものとする。

２　法別番号は、医療保険制度の各区分ごとに別表１の（１）に定める番号とする。

３　都道府県番号は、４の保険者等の所在地の都道府県ごとに別表２に定める番号とする。

なお、コードについては、都道府県ごと左に掲げるコード（例：北海道の場合「01」）から設定することとし、当該コードにおいて設定可能な保険者別番号がなくなり次第、右に掲げるコード（例：　北海道の場合「51」）を設定することとする。

４　保険者（市町村）別番号は、協会管掌健康保険にあっては協会の都道府県支部ごとに厚生労働省保険局が、船員保険にあっては厚生労働省保険局が、国民健康保険にあっては国民健康保険事業を行う市町村又は国民健康保険組合ごとに都道府県が、また、組合管掌健康保険にあっては健康保険組合（社会保険診療報酬支払基金に対して支払を行う従たる事務所を含む。）ごとに地方厚生（支）局が、後期高齢者医療にあっては後期高齢者医療広域連合が、共済組合及び自衛官等の療養の給付にあっては各主管官庁が定める番号とする。

５　検証番号は、次により算出した番号とする。

（１）　法別番号、都道府県番号及び保険者別番号の各数に末尾の桁を起点として順次２と１を乗じる。

（２）　（１）で算出した積の和を求める。ただし、積が２桁となる場合は、１桁目と２桁目の数字の和とする。

（３）　10 と（２）で算出した数字の下１桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、１の位の数が０のときは検証番号を０とする。

例

法別番号	都道府県番号	保険者(市町村)別番号	
０　６	１　３	０　４　⑧	←― 起点
×　×	×　×	×　×　×	
２　１	２　１	２　１　２	

０ ＋ ６ ＋ ２ ＋ ３ ＋ ０ ＋ ４ ＋ （１ ＋ ６）＝ 22

○10－２＝ $\boxed{8}$ ……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＝ $\boxed{2}$ ……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
※	国民健康保険法による退職者医療	６７

※　国民健康保険制度

（３）

	区分		法別番号	制度の略称
公費負担医	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	－
	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）
	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		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	－
度	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		