

# 『保険診療の手引』2010年4月版 正誤及び追補(2011.8.19現在)

※2010年7月下旬以降に新たに示された通知に基づく追補に関しては■印で示している。

| 頁    | 訂正箇所                             | 誤   | 正   |
|------|----------------------------------|---|---|
| 15   | 図表3「新たな改定」中、上から5行目               | …「疑義解釈の送付について(その3)」(平成22年4月30日付事務連絡)の <b>問2</b> については廃止します。   | …「疑義解釈の送付について(その3)」(平成22年4月30日付事務連絡)の <b>問23</b> については廃止します。  |
| 51   | 左段 下から14行目                       | 保険法第 <b>7</b> 条第 <b>5</b> 項に規定する居宅サービス…   | 保険法第 <b>8</b> 条第 <b>1</b> 項に規定する居宅サービス…   |
| 51   | 右段 上から8行目                        | 額が <b>食事療養</b> 標準負担額に満たないときは…   | 額が標準負担額に満たないときは…  |
| 51   | 右段 上から15行目                       | による療養 <b>〔食事の提供たる療養</b> (法第63条…   | による療養 (法第63条…   |
| 57   | 左段 下から7行目                        | 事業者 <b>及び</b> 介護保険法第41条第1項…   | 事業者 <b>並びに</b> 介護保険法第41条第1項…  |
| 57   | 左段 下から5行目                        | 行うものに限る)をいう。以下同じ)から…  | 行うものに限る) <b>及び同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者(介護予防訪問看護事業を行う者に限る)</b> をいう。以下同じ)から…   |
| 57   | 左段 下から3行目                        | 護 <b>及び</b> 介護保険法第41条第1項本文に…  | 護 <b>並びに</b> 介護保険法第41条第1項本文に…   |
| 57   | 左段 下から2行目                        | 指定居宅サービス(同法第 <b>7</b> 条第 <b>8</b> 項に…   | 指定居宅サービス(同法第 <b>8</b> 条第 <b>4</b> 項に…   |
| 57   | 左段 下から1行目                        | る訪問看護の場合に限る)をいう。…   | る訪問看護の場合に限る) <b>及び同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス(同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護の場合に限る)</b> をいう。…   |
| 58   | 左段 上から14行目                       | ※具体的な報告事項は次の <b>3</b> 項目…   | ※具体的な報告事項は次の <b>4</b> 項目…   |
| 58   | 左段 上から23行目                       | ※療養担当規則で定められた上記 <b>3</b> 項目…  | ※療養担当規則で定められた上記 <b>4</b> 項目…  |
| 75   | 右段4～11行目を削除                      | <b>⑤ 月の途中で加入保険者の変更があった場合や、月の途中で市町村の変更があった場合は、その変更前後を通算して自己負担限度額まで一部負担金を徴収する。ただし、後期高齢者医療制度の対象となった日以降の一部負担金と、その前日までの高齢受給者の一部負担については、通算されない。</b> | (左記を削除)   |
| 75   | 右段最終行の下に追加                       | (右記を追加)   | <b>(d) 高額療養費が現物給付となる場合の注意点</b><br><b>① 高齢受給者が、月の途中で加入保険者、市町村の変更があった場合は、保険者毎(レセプト毎)に高額療養費の自己負担限度額まで徴収する。</b><br><b>② 後期高齢者が、月の途中で他県に転出し、広域連合の変更があった場合は、その変更前後を通算して高額療養費の自己負担限度額まで徴収する。</b><br><b>③ 後期高齢者医療制度の対象となった日以降の一部負担金と、その前日までの高齢受給者の一部負担については、通算されない。ただし、各々の時負担限度額は2分の1までになる。</b> |
| ■148 | 左段 <b>3</b> 「対象薬剤」(対象患者)中 上から9行目 | (右記を追加)   | <b>⑧ パルプロ酸ナトリウム(片頭痛の患者)</b>   |
| ■148 | 左段 <b>3</b> 「対象薬剤」(対象患者)中 下から1行目 | (対象病名の追加)   | 全身型重筋無力症、関節リウマチ、ループス腎炎 <b>又は潰瘍性大腸炎</b>  |
| ■149 | 左段上から8行目                         | (対象病名の追加)   | ②全身型重筋無力症、関節リウマチ、ループス腎炎 <b>又は潰瘍性大腸炎</b> であってタクロリムス水和物…  |
| 203  | 右段「カルテの記載等」中、下から2行目              | <b>診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載する。</b>   | (削除)  |
| 206  | 左段上から3行目                         | ( <b>転院時又は退院時</b> )   | ( <b>退院時</b> )  |
| 207  | 左段 上から6～9行目を削除                   | <b>③ 1つの医療機関が大股頭部骨折については地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)を届け出し、脳卒中については地域連携計画退院時指導料(Ⅱ)を届け出ることできる。</b>   | (削除)  |
| ■333 | 左段 上から20行目                       | (4)エタネルセプト製剤については、関節リウマチ(既存治療で効果不十分な場合に限る)に対して用いた場合に限り算定する。   | (4)エタネルセプト製剤については、関節リウマチ <b>又は多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎(いずれも既存効果不十分な場合に限る)</b> に対して用いた場合に限り算定する。   |
| 341  | 右段 下から3行目                        | <b>なお、1回目の手技料は人工腎臓の2(その他の場合)で算定する。</b>  | (削除)  |
| ■354 | 左段 下から15行目 <b>編注</b>             | この場合の化学療法にかかる薬剤及び特定保険医療材料は、在宅薬剤として「 <b>④在宅</b> 」欄で請求できる。  | この場合の化学療法にかかる薬剤及び特定保険医療材料については第4節「 <b>注射</b> 」の外来化学療法加算の項を参照(⇒P.548)。   |
| 375  | 検体検査管理加算の施設基準中、【通知】⑦の最後の行        | 他の診療を行っている場合…   | 他の診療 <b>等</b> を行っている場合…   |
| 397  | 右段 上から24行目                       | すでに糖尿病の診断が確定した患者に対し、 <b>インスリン依存型糖尿病(IDDM)</b> の診断に用いた場合に算定できる。  | すでに糖尿病の診断が確定した患者に対し、 <b>1型糖尿病</b> の診断に用いた場合に算定できる。  |

| 頁    | 訂正箇所                                      | 誤   | 正  |
|------|---|---|--|
| 406  | 左段「明細書記載の要点」の(2)                          | (2) PSA精密測定を2回以上算定する場合は、「摘要欄」に前回の実施日と今回の検査値を記載する。   | (2)を削除し(3)を(2)とする。以降(4)を(3)、(5)を(4)とする。  |
| 406  | 左段「明細書記載の要点」の編注                           | 上記の正誤により削除された(2)の編注を、新たな(2)の下に移動する。   |  |
| 411  | 右段 下から12行目                                | (23) 大腸菌抗原同定検査(190点)  | (23) 大腸菌抗原同定検査(180点)   |
| ■413 | 右記を追加<br>(D012 感染症免疫学的検査に2項目追加)           | <b>(42) 肺炎球菌細胞壁抗原(定性)(210点)</b><br><b>① 肺炎球菌細胞壁抗原(定性)は、「23」の尿中肺炎球菌荚膜抗原に準じて算定する。</b><br><b>② 喀痰又は上咽頭ぬぐいを検体として、イムノクロマト法により、肺炎又は下気道感染症の診断に用いた場合に算定する。</b><br><b>③ 尿中肺炎球菌荚膜抗原と併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。</b><br><br><b>(43) 角膜単純ヘルペスウイルス抗原(定性)(210点)</b><br><b>① 角膜単純ヘルペスウイルス抗原(定性)は、「23」のアデノウイルス抗原に準じて算定する。</b><br><b>② 角膜ヘルペスが疑われる角膜上皮病変を認めた患者に対し、イムノクロマト法により行った場合に算定する。</b>  |  |
| 416  | チャート図                                     | 別紙(3枚目)と差替え   |  |
| 418  | 右段 上から3行目                                 | …中止又は終了後4週間以上経過した後に…  | …中止又は終了後2週間以上経過した後に…   |
| ■420 | 左段 上から6行目の次に右記を追加 (D013 肝炎ウイルス関連検査に1項目追加) | <b>(8) HBVジェノタイプ判定(340点)</b><br><b>① HBVジェノタイプ判定は、「11」のHCV特異抗体価に準じて算定する。</b><br><b>② EIA法により、B型肝炎の診断が確定した患者に対して、B型肝炎の治療法の選択の目的で実施した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。</b>   |  |
| 425  | 左段 表中の上から11行目                             | 3. 血液又は穿刺液 140  | 3. 血液又は穿刺液 150   |
| ■429 | 右段末尾に右記を追加<br>(D023 微生物核酸同定・定量検査に1項目追加)   | <b>(7) HPVジェノタイプ判定(2000点)</b><br><b>① HPVジェノタイプ判定は、区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査「1」の悪性腫瘍遺伝子検査に準じて算定する。</b><br><b>② あらかじめ行われた組織診断の結果、CIN1又はCIN2と判定された患者に対し、治療方針の決定を目的として、ハイリスク型HPVのそれぞれの有無を確認した場合に算定する。</b><br><b>③ 当該検査は、区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「6」のHPV核酸同定検査の施設基準を届け出ている保険医療機関のみ算定できる。</b><br><b>④ 当該検査を算定するに当たっては、あらかじめ行われた組織診断の結果及び組織診断の実施日、及び当該検査によって選択した治療法を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</b><br><b>⑤ 同一の患者について、当該検査を2回目以降行う場合は、当該検査の前回実施日、及び前回選択した治療(その後通常の検診となった場合はその旨)を上記に併せて記載する。</b> |  |
| 449  | 左段、下から14行目                                | (2) 人工呼吸と同一月に   | (2) 人工呼吸と同一日に  |
| 477  | 左段、下から15行目                                | D298-2 内視鏡嚥下機能 454 検査 600点  | D298-2 内視鏡嚥下機能検査 600点  |
| 479  | 左段、下から15行目                                | D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ (部位を問わず一連につき) (620点)   | D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ (部位を問わず一連につき) (600点)  |
| 479  | 右段 上から1行目                                 | D302 気管支ファイバースコープ (1,500点)  | D302 気管支ファイバースコープ (2,500点)   |
| 477  | 右段、「D312 直腸ファイバースコープ」の注                   | 2 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、所定点数に200点を加算する。   | (削除)   |
| 477  | 右段、「D313 大腸ファイバースコープ」の注                   | (注1の下に、右記を挿入)   | 2 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、所定点数に200点を加算する。  |
| 502  | 下から10行目                                   | ⇒110+216+432+36=794   | ⇒110+216+432+35=793  |
| 502  | 下から1行目                                    | 349.6円 ⇒ 35点  | 345.6円 ⇒ 35点   |
| ■548 | 右段、(d)外来化学療法加算の(2)に追加                     | (2) 関節リウマチの患者、クローン病の患者及びベーチェット病の患者に対してインフリキシマブ製剤の注射を行った場合、又は関節リウマチの患者、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎の患者及び全身型若年性特発性関節炎の患者に対してトシリズマブ製剤の注射を行った場合も算定できる。  | (2) 関節リウマチの患者、クローン病の患者、ベーチェット病の患者、強直性脊椎炎の患者、潰瘍性大腸炎の患者、尋常性乾癬の患者、関節症性乾癬の患者、膿疱性乾癬の患者及び乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤の注射を行った場合、又は関節リウマチの患者、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎の患者及び全身型若年性特発性関節炎の患者に対してトシリズマブ製剤の注射を行った場合も算定できる。 |
| ■549 | 上段の編注の後に右記を追加                             | <b>編注</b><br><b>① 外来化学療法加算を算定する場合に、外来から連続して自宅で用いる携帯型ディスポーザブル注入ポンプ及び薬剤料については注射の項で算定する。</b><br><b>② なお、当該薬剤料については、外来化学療法及び在宅にて使用するもの全てを1回の薬剤料として算定のうえ、「摘要欄」に所要単位当たりの使用薬剤の薬名、使用料及び回数等に加え、「在宅使用薬剤〇日分含む」と記載する。</b><br><br>(事務連絡H.22年7月28日)   |  |
| 654  | 右段 下から3行目                                 | 2日間以降は、…  | 2日目以降は、…   |
| 672  | 右段 上から16行目                                | (4) 「2」は、スイッチ付ルビレーザ照射療法…  | (4) 「2」は、Qスイッチ付ルビレーザ照射療法…  |
| ■743 | 右段 下から15行目<br><角膜移植術>に右記項目を追加し、(3)を(4)とする | <b>(3) 眼科用レーザ角膜手術装置により角膜切片を作成し、角膜移植術を行った場合は、区分番号「K259」角膜移植術及び区分番号「K936」自動吻合器加算(1個)の所定点数を併せて算定する。</b>  |  |

| 頁    | 訂正箇所                               | 誤  | 正   |
|------|------------------------------------|--|---|
| ■766 | K617 下肢静脈瘤手術<br>(右記を追加)            | (3) 下肢静脈瘤に対して、ダイオードレーザを用いて治療を行った場合は、区分番号「K006-4」皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術(一連につき)の「4」長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍及び区分番号「K617」下肢静脈瘤手術の「1」抜去切除術の所定点数を併せて算定する。ただし、所定の研修を終了した医師が実施した場合に限り算定し、一側につき1回に限り算定する。なお、当該手技に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定点数に含まれる。 |   |
| 803  | 左段 <u>編注</u> ② を削除                 | ② <u>下記の麻酔を行った場合は、静脈麻酔として算定する。</u><br>① <u>全身麻酔で静脈注射用麻酔薬を小児等で筋肉内注射により行った場合</u><br>② <u>注腸麻酔を行った場合。</u><br>③ <u>筋注用のケタールを使用して全身麻酔を行った場合。</u>  | (削除)  |
| ■813 | 左段 下から9行目の次に追加                     | (8) <u>上肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合は、区分番号「L100」神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)の「4」痙性斜頸又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合に準じて算定する。</u>   |   |
| 825  | 右段 上から4行目                          | 5 その他 (一臓器につき) <u>350</u> 点  | 5 その他 (一臓器につき) <u>400</u> 点                         |
| 826  | 右段 下から6行目                          | D418「2」の子宮腔部組織採取 ( <u>370</u> 点)   | D418「2」の子宮腔部組織採取 ( <u>200</u> 点)                    |
| ■827 | 左段 <u>2</u> 留意事項(1)                | <u>乳癌の術後の患者又は乳癌の転移が確認された乳癌患者に対して、</u>  | <u>(左記の部分を削除)</u>                                   |
| ■827 | 右段 <u>2</u> 留意事項に右記を追加             | (3) <u>HER2遺伝子標本作製をDISH法により行った場合、FISH法に準じて算定する。</u>  |   |
| ■827 | 右段 <u>2</u> 留意事項に右記を追加 <u>(削除)</u> | <del>(2) 治療切除不可能な進行又は再発の胃癌患者に対して行う場合は、乳癌患者に行う場合に準じる。</del> <u>(削除)</u>   |   |
| 845  | 上から18行目                            | ⇒P. <u>243</u>   | ⇒P. <u>247</u>                                      |
| 860  | 左段 下から11行目                         | …創傷被覆材を用いて処置をした場合…   | …創傷被覆材を用いて <u>重度褥瘡</u> 処置をした場合…                     |
| 886  | 右段 下から3行目                          | …、「 <u>受診した診療科</u> 」及び…  | …、「 <u>入院中の診療科</u> 」及び…                             |
| 923  | 左段 下から5行目                          | (3) <u>医療区分3及び2に該当する患者の割合については、3カ月間の実績で8割以上となった場合の変更を翌月速やかに届け出る。また、「移行」病棟で、…</u>   | (3) 「移行」病棟で、…                                       |
| 923  | 左段 下から1行目                          | …患者の割合が6割を下回る場合 <u>も</u> 変更届…  | …患者の割合が6割を下回る場合は変更届…                                |
| 1020 | 別紙15                               | 4枚目の(別紙15)と差し替え  |   |
| 1096 | 表中「亜急性期入院医療管理料」欄                   | <u>急性退</u>   | <u>急退</u>   |
| 1096 | 表中「特殊疾患病棟入院料」欄                     | <u>慢性退</u>   | <u>慢退</u>   |
| 1097 | 表の下、※1                             | … <u>慢退調</u> ：慢性期病棟等退院調整加算、 <u>急退調</u> ：慢性期病棟等退院調整加算…  | … <u>慢退</u> ：慢性期病棟等退院調整加算、 <u>急退</u> ：急性期病棟等退院調整加算… |
| 1111 | 左段 上から5行目                          | ① 看護配置加算 <u>1</u>  | ① 看護配置加算 <u>2</u>                                   |
| 1111 | 左段 上から9行目                          | ② 看護配置加算 <u>2</u>  | ② 看護配置加算 <u>1</u>                                   |
| 1111 | 左段 上から14行目                         | ① 夜間看護配置加算 <u>1</u>  | ① 夜間看護配置加算 <u>2</u>                                 |
| 1111 | 左段 上から19行目                         | ② 夜間看護配置加算 <u>2</u>  | ② 夜間看護配置加算 <u>1</u>                                 |
| 1140 | 左段 上から12行目                         | ①～③に掲げる入院基本料・特定入院料…  | ①～③に掲げる入院基本料・特定入院 <u>基本</u> 料…                      |
| 1155 | 情報提供書(見本)                          | 5枚目の「 <u>専門的な診療に係る情報提供書(見本)</u> 」と差し替え   |   |

最新の正誤表については、保団連のホームページ(<http://hodanren.doc-net.or.jp/>)でも紹介していきますので、ご確認ください。



## 褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 男 女 病棟 \_\_\_\_\_ 計画作成日 \_\_\_\_\_  
 記入医師名 \_\_\_\_\_  
 記入看護師名 \_\_\_\_\_

明・大・昭・平 年 月 日 生 ( 歳 )

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( )) 褥瘡発生日 \_\_\_\_\_  
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( ))

| 危険因子の評価        | 日常生活自立度                 | J (1, 2) | A (1, 2) | B (1, 2) | C (1, 2) | 対処 |                                     |
|----------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|----|-------------------------------------|
|                | ・ 基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) |          |          | できる      | できない     |    | 「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する |
|                | (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)        |          |          | できる      | できない     |    |                                     |
|                | ・ 病的骨突出                 |          |          | なし       | あり       |    |                                     |
|                | ・ 関節拘縮                  |          |          | なし       | あり       |    |                                     |
|                | ・ 栄養状態低下                |          |          | なし       | あり       |    |                                     |
|                | ・ 皮膚湿潤 (多汗、尿失禁、便失禁)     |          |          | なし       | あり       |    |                                     |
| ・ 浮腫 (局所以外の部位) |                         |          | なし       | あり       |          |    |                                     |

| 褥瘡の状態の評価 | 深さ   | (0) なし (1) 持続する発赤 (2) 真皮までの損傷 (3) 皮下組織までの損傷 (4) 皮下組織をこえる損傷 (5) 関節腔、体腔にいたる損傷又は、深さ判定不能の場合                          |
|----------|--|--|
|          | 滲出液  | (0) なし (1) 少量：毎日の交換を要しない (2) 中等量：1日1回の交換 (3) 多量：1日2回以上の交換  |
|          | 大きさ (cm <sup>2</sup> )<br>長径×長径に直行する最大径              | (0) 皮膚損傷なし (1) 4未満 (2) 4以上16未満 (3) 16以上36未満 (4) 36以上64未満 (5) 64以上100未満 (6) 100以上                                 |
|          | 炎症・感染  | (0) 局所の炎症徴候なし (1) 局所の炎症徴候あり (創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛) (2) 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭) (3) 全身的影響あり (発熱など)                   |
|          | 肉芽形成<br>良性肉芽が占める割合                                   | (0) 創閉鎖又は創が浅い為評価不可能 (1) 創面の90%以上を占める (2) 創面の50%以上90%未満を占める (3) 創面の10%以上50%未満を占める (4) 創面の10%未満を占める (5) 全く形成されていない |
|          | 壊死組織   | (0) なし (1) 柔らかい壊死組織あり (2) 硬く厚い密着した壊死組織あり   |
|          | ポケット (cm <sup>2</sup> )<br>(ポケットの長径×長径に直行する最大径)－潰瘍面積 | (0) なし (1) 4未満 (2) 4以上16未満 (3) 16以上36未満 (4) 36以上   |

| 看護計画      | 留意する項目   | 計画の内容 |  |  |
|-----------|--|-------|--|--|
|           | 圧迫、ズレ力の排除<br><br>(体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) | ベッド上  |  |  |
|           |  | イス上   |  |  |
|           | スキンケア  |       |  |  |
|           | 栄養状態改善   |       |  |  |
| リハビリテーション |  |       |  |  |

[記載上の注意]

日常生活自立度の判定に当たっては「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 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。

専門的な診療に係る情報提供書（見本）

※この情報提供については診療情報提供料は算定できない。  
 ※これは例示であり、算定入院料および診療科を含む診療情報が記載されていれぱよい。

依頼先医療機関名（ ）  
 \_\_\_\_\_科 担当医 \_\_\_\_\_ 殿

平成 年 月 日  
 入院医療機関の名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

入院患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別（ 男・女 ）  
 入院患者住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）

|            |  |
|------------|--|
| 傷病名        |  |
| 依頼目的       |  |
| 既往歴及び家族歴   |  |
| 症状経過及び検査結果 |  |
| 治療経過       |  |
| 現在の処方      |  |
| 備考         |  |

1. 入院料の名称（ ）
  2. 入院中の病棟（1. 入院基本料等又は特定入院料等算定病棟 2. DPC 算定病棟 ）
  3. 入院中の診療料（ ）
- ※ ○を付した上記入院基本料等の種別により、貴院での診療報酬算定範囲等は下記の取り扱いとなります。詳細は当院医事課までお問い合わせください。

|          |      | 入院基本点数   | 特定入院料等                                 | DPC 算定病棟                         |
|----------|------|--|--|----------------------------------|
| 算定できる点数  | 投薬以外 | 初診料、再診料(外来診療料)、診療情報提供料（特別の関係を除く）、検査、画像診断、専門的な診療に特有な薬剤を用いた注射（外来化学療法加算を除く）、言語聴覚療法に係る脳血管疾患等リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断、短期滞在手術基本料1 |  | なし                               |
|          | 投薬   | 専門的な診療に特有な薬剤に係る投薬（調剤料、薬剤料、処方料又は処方せん料等）   | 専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の分の投薬（処方料、処方せん料を除く） |                                  |
| 算定できない点数 | 投薬以外 | 医学管理等(診療情報提供料は除く)、在宅医療、注射(専門的な診療に特有な薬剤を用いた注射を除く)、リハビリテーション(言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く)、短期滞在手術基本料2及び3                                      |  | 全ての点数<br>(合議により、DPC算定病院との間で精算する) |
|          | 投薬   | 「専門的な診療に特有な薬剤」に該当しない投薬   | 専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の分の投薬に係る費用を除く       |                                  |

※診療を行った結果について診療情報提供書（別紙様式11）により報告をいただければ貴院にて診療情報提供料（I）が算定できます。