

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 820100002 820100003	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 イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院 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。		—				
2	A000	初診料の妊婦加算等(注7、注10、注11の加算)	当該患者が妊婦である旨記載すること。	レセプト共通レコード 「患者の状態001」 又は 820100348	妊婦				
3	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 820100002 820100003	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 イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院 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 112016850 112008850 112015950 112016950 112017150	同日再診料 同日特定妥結率再診料 同日電話等再診料 電話等再診料(同一日複数科受診時の2科目) 同日電話等特定妥結率再診料 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。		—				
			再診料の乳幼児加算	820100005	月の途中まで乳幼児				
			再診料の妊婦加算等(注5、注15、注16の加算)	レセプト共通レコード 「患者の状態001」 又は 820100348	妊婦				
			外来診療料	820100001 820100002 820100003	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 イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院 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				
7	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				
8	A002	外来診療料の妊婦加算等(注8、注10、注11の加算)	当該患者が妊婦である旨記載すること。	レセプト共通レコード 「患者の状態001」 又は 820100348	妊婦				
9	A003	オンライン診療料	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又は精神科在宅患者支援管理料のうち、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、算定を開始した年月を記載すること。	820100006 820100007 820100008 820100009 820100010 820100011 820100012 820100013 820100014 820100015	特定疾患療養管理料算定患者 小児科療養指導料算定患者 てんかん指導料算定患者 難病外来指導管理料算定患者 糖尿病透析予防指導管理料算定患者 地域包括診療料算定患者 認知症地域包括診療料算定患者 生活習慣病管理料算定患者 在宅時医学総合管理料算定患者 精神科在宅患者支援管理料算定患者				
				入院元を記載すること。		—			
				(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)。		—			
				(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。		—			
				10	A100	一般病棟入院基本料の救急・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
11	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。		—
			(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。		—
			(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。		—
12	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。		—
			(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:〇年〇月〇日及び〇年〇月〇日)。		—
			(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病院から〇年〇月〇日に退院後、自宅療養していた。		—
13	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。)		—
14	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。)		—
15	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。		—
16	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。		—
			(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。		—
17	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。		—
			(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:〇年〇月〇日及び〇年〇月〇日)。		—
			(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病院から〇年〇月〇日に退院後、自宅療養していた。		—
18	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。		—
19	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。		—
20	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。	820100016 820100017 820100018 820100019 820100020 820100021 820100022 820100023 820100024	ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) キ 広範囲熱傷 ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急の手術、カテーテル治療等又はt-PA療法を必要とする状態
			(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。		—

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
21	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)のアからケに準ずる重篤な状態について具体的に記載すること。	—	—
			(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。		
22	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。	—	—
23	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。	—	—
24	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。	—	—
25	A221- 2	小児療養環境特別加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A221-2小児療養環境特別加算の(1)のア又はイに規定するもののうち、対象患者として該当するものを選択して記載すること。	820100025	ア 麻疹等に感染しており、他の患者への感染の危険性が高い患者
				820100026	イ 易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者
26	A226	重症皮膚潰瘍管理加算	患者の皮膚潰瘍に係るSheaの分類を記載すること。	—	—
27	A228	精神科応急入院施設管理加算	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号。)第33条の7第1項に規定する応急入院患者及び同法第34条第1項から第3項までの規定により移送された患者(応急入院患者等)である旨を記載すること。	—	—
			(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。		
28	A229	精神科隔離室管理加算	算定日を記載すること。	—	—
29	A230- 4	精神科リエゾンチーム加算	算定日を記載すること。	—	—
30	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。	—	—
31	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。	—	—
32	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。	—	—
			—		
33	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。	—	—
			—		
34	A233- 2	栄養サポートチーム加算	算定日を記載すること。	—	—
35	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。	—	—
36	A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	—	—
37	A242	呼吸ケアチーム加算	算定日を記載すること。	—	—
38	A244	病棟薬剤業務実施加算	算定日を記載すること。	—	—
39	A250	薬剤総合評価調整加算	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。	—	—
			(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。		
40	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。	—	—
41	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
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- 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
44	A306	特殊疾患入院医療管理料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	—	—

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
45	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日、手術日又は損傷日を記載すること。		—
			(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り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。		
			(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。		
			(「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。		
			(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。		
46	A308-3	地域包括ケア病棟入院料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。		—
47	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。		—
			(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:〇年〇月〇日及び〇年〇月〇日)。 (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病院から〇年〇月〇日に退院後、自宅療養していた。		
48	A309	特殊疾患病棟入院料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。		—
49	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。		—
			(転棟患者等の場合) 転棟の必要性を記載すること。		
			(医療観察法入院患者(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定による入院患者)であつた者が、引き続き精神科救急入院料、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。		—
50	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。		—
51	A312	精神療養病棟入院料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。		—
52	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。		—
53	A312	精神療養病棟入院料の重症者加算	算定した日を記載すること。		—
54	A314	認知症治療病棟入院料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。		—
55	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。		—
			(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:〇年〇月〇日及び〇年〇月〇日)。 (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病院から〇年〇月〇日に退院後、自宅療養していた。		
56	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。		—
			(必要があつて患者を他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を記載すること。		

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
57	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。		—
58	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。		—
59	A400の1	短期滞在手術等基本料1	短手1と表示し、手術日及び手術名を記載すること。		—
			(短期滞在手術等基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合) 短期滞在手術等基本料を算定しない理由を記載すること。		—
			(短期滞在手術等基本料1を算定する患者について、当該手術とは別の目的で実施した、検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目の費用を算定する場合) その旨を記載すること。		—
60	A400の2	短期滞在手術等基本料2	短手2と表示し、手術日及び手術名を記載すること。		—
			(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。		—
61	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。		—
62	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。		—
			(「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			
63	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
64	B(通則)	オンライン医学管理料	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又は生活習慣病管理料の算定を開始した年月を記載すること。		—
65	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(ソ)まで及びオに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。 また、初回の算定年月を記載すること。ただし、抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月以降の特定薬剤治療管理料1を算定する場合又は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者について特定薬剤治療管理料1を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。	820100046	(イ) 心疾患患者でジギタリス製剤を投与
				820100047	(ロ) てんかん患者で抗てんかん剤を投与
				820100048	(ハ) 気管支喘息等の患者でテオフィリン製剤を投与
				820100049	(ニ) 不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与
				820100050	(ホ) 統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与
				820100051	(ヘ) 躁うつ病の患者でリチウム製剤を投与
				820100052	(ト) 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
				820100053	(チ) 臓器移植術を受けた患者で免疫抑制剤を投与
				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
				820100055	(ヌ) 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
				820100056	(ル) 悪性腫瘍の患者でメトトレキサートを投与
				820100057	(ヲ) 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
				820100058	(ワ) 留意事項通知に規定する患者でトリアゾール系抗真菌剤を投与
				820100059	(カ) 片頭痛の患者でバルプロ酸ナトリウムを投与
				820100060	(ヨ) イマチニブを投与
				820100061	(タ) 留意事項通知に規定する患者でエベロリムスを投与
				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				
820100391	オ 留意事項通知に規定する患者で抗生物質等を数日間以上投与				
66	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。		—

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
67	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。		—
68	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。		—
69	B001の10	入院栄養食事指導料	算定日を記載すること。		—
70	B001の12	心臓ペースメーカー指導管理料の導入期加算	ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー移植術、植込型除細動器移植術又は両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器移植術を行った月日を記載すること。		—
71	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A又はイに規定するもののうち該当するものを選択して記載すること。	820100064 820100065	A 留意事項通知に規定する患者でICD適否確定までの間使用 イ 留意事項通知に規定する患者でICD植え込みまでの間使用
72	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。		—
73	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。		—
74	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。		—
			(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。)&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。		—
			(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A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 820100067 820100068 820100069 820100070 820100071	A 出血性合併症患者の退院月翌月の月2回目以後の末梢血液一般検査 イ 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 ウ 副甲状腺切除を行った患者の月2回目以後のカルシウム等の検査 エ シナカルセット塩酸塩投与患者の月2回目以後のカルシウム等の検査 オ 透析アミロイド症の月2回目以後のβ2-マイクログロブリン検査 カ デフェロキサミンメシル酸塩投与患者のアルミニウムの検査
75	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。		—
76	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。		—
77	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。		—
78	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。		—
79	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。		—
80	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。		—
81	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。		—
			(「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。		—
82	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。		—
83	B001-2	小児科外来診療料	(院外処方せんを交付している者に対し、夜間緊急の受診等やむを得ない場合において院内投薬を行った場合)その理由を記載すること。		—
			(他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定しているため小児科外来診療料を算定しない場合)他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定している旨記載すること。		—
84	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。		—
85	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。		—
86	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。		—
87	B001-2-8	外来放射線照射診療料	算定日を記載すること。		—
			(所定点数の100分の50に相当する点数により算定する場合)算定日を記載すること。		—
			(100分の50に相当する点数を算定したにもかかわらず、その後も治療を継続する場合)治療を継続する医学的理由を記載すること。		—
			(外来放射線照射診療料を算定したにもかかわらず予定の期間よりも早期に外来放射線照射を終了する場合)早期に治療終了となった医学的理由を記載すること。		—
88	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。		—

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
89	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。		—
90	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。		—
91	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。		—
			(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。		—
92	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。		—
93	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。		—
94	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。		—
95	B004	退院時共同指導料1	入院日を記載すること。		—
96	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。		—
97	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。		—
			(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。		—
98	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。		—
99	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。		—
100	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。		—
101	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。		—
102	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。		—
103	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。		—
104	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。		—
105	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。		—
106	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。		—
107	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。		—
108	B005-9	排尿自立指導料	当該指導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。		—
109	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。		—
110	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。		—
111	B007-2	退院後訪問指導料	退院日を記載すること。		—
112	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。		—
113	B008の2	薬剤管理指導料2	算定日を記載すること。		—
114	B008	薬剤管理指導料1及び2の麻薬加算	指導を行った日を記載すること。		—
115	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。		—
116	B009	診療情報提供料(I)	算定日を記載すること。		—
			(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。		—
117	B009	診療情報提供料(I)の注7に規定する加算	退院日を記載すること。		—

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
118	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。		—
119	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。		—
120	B010	診療情報提供料(Ⅱ)	算定日を記載すること。		—
121	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。		—
122	B012	傷病手当金意見書交付料	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。		—
			(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。		—
123	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。		—
124	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。		—
125	B014	退院時薬剤情報管理指導料	退院日を記載すること。		—
			(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。		—
126	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。		—
			(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。		—
			(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。		—
127	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。		—
128	C000	往診料の患者診療時間加算	診療時間を記載すること。		—
129	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。		—
			(「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。		—
			(「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さらに求めがあった年月を記載するとともに、求めがあった診療内容について、(7)のA又はIのうち、該当するものを記載すること。	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
				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。		—	

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
130	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の患者診療時間加算	診療時間を記載すること。		—
131	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。 (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。		—
132	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。		—
133	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ) 注9の規定により算定する場合(患者との距離が16kmを超えた場合等)	訪問地域(距離)、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。		—
134	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。 (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。		—
135	C001-2	在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の患者診療時間加算	診療時間を記載すること。		—
136	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。 (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。		—
137	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。		—
138	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。 (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。 (在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「同一建物居住者以外の場合」を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患者において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、A000初診料又はA001再診料又はA002外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合) その旨を記載すること。 (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 820100095 820100096	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
139	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。		—
140	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。		—
141	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。		—
142	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。		—
143	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。 (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。 (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。		—
144	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。		—

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
145	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。		—
146	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加算	訪問看護を実施した日を記載すること。		—
147	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。		—
148	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。		—
149	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 820100098	在宅で死亡 在宅以外で死亡
150	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。		—
151	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。		—
152	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。		—
153	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。		—
154	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。 (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。		—
155	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。		—
156	C007	訪問看護指示料	算定日を記載すること。		—
157	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 820100100 820100101 820100102	急性増悪 終末期 退院直後 その他
158	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。		—
159	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。 (単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。 (1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100103 820100104 820100105 820100094	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 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

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
160	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。	—	—
			(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)	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上
			「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。	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				
161	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。	—	—
162	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。	—	—
163	C012	在宅患者共同診療料	初回算定日を記載すること。	—	—
			(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。	—	—
164	C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	1回目の評価カンファレンス又は2回目の評価カンファレンスのうち該当するものを選択して記載するとともに、初回カンファレンスを実施した日を記載すること。	820100108	1回目の評価カンファレンス
			(連携する保険医療機関等がある場合) 医療機関等名称を記載すること。	820100109	2回目の評価カンファレンス
165	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。	—	—
166	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。	—	—
167	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Aからオまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100110	ア 在宅自己連続携帯式腹膜灌流の導入期にあるもの
			(人工腎臓又は腹膜灌流(連続携帯式腹膜灌流に限る。)を算定した場合) 算定した日を記載すること。	820100111	イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
			(在宅自己連続携帯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。	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				
168	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Aからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100115	ア 在宅血液透析の導入期にあるもの
			(人工腎臓を算定した場合) 算定した日を記載すること。	820100116	イ 合併症の管理が必要なもの
			(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。	820100117	ウ その他医師が特に必要と認めるもの
169	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。 (慢性心不全で適用になった患者の場合) 初回の指導管理を行った月において、終夜睡眠ポリグラフィの実施日及び無呼吸低呼吸指数を記載すること。	—	—
170	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。	—	—
171	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。	—	—
172	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。	—	—
173	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。	—	—
			(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。	—	—
174	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。	—	—
			(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
175	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。	—	—
176	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上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上上の所見並びに実施年月日の記載は不要であること。	—	—
			(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。	—	—
177	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。	—	—
178	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。	—	—
179	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。	—	—
			(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。	—	—
180	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。	—	—
181	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。	—	—
182	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。	—	—
183	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。	—	—
184	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。	—	—
185	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。	—	—
186	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。	—	—
			(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)			
187	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持続血糖測定器加算の(1)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。	820100118	ア 留意事項通知に規定する1型糖尿病患者(在宅医療)
				820100119	イ 留意事項通知に規定する2型糖尿病患者(在宅医療)
188	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
189	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
190	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
191	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
192	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

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
193	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 820100123 820100124 820100125 820100126	当月分 翌々月分 翌月分 前月分 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 820100128	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 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
194	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 820100123 820100124 820100125 820100126	当月分 翌々月分 翌月分 前月分 前々月分
195	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 820100123 820100124 820100125 820100126	当月分 翌々月分 翌月分 前月分 前々月分
196	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 820100123 820100124 820100125 820100126	当月分 翌々月分 翌月分 前月分 前々月分
197	C200 C400	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。		—
198	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。		—
199	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。		—
200	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(在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を除く。)) 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。		—
201	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。		—
			(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
202	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。		—
			(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
203	D001の18	L型脂肪酸結合蛋白(L-FA BP)(尿)	(2回目を算定した場合) 前回算定日を記載すること。		—
			(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。		—
204	D001の18	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。		—
205	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。		—
206	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。		—

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
207	D003 09	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。 (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。		—
208	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(1)のAからキまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。	820100130 820100131 820100132 820100133 820100134 820100135 820100136	ア 肺癌の治療法選択 イ 膵癌の治療法選択 ウ 悪性骨軟部組織腫瘍の治療法選択 エ 消化管間葉系腫瘍の治療法選択 オ 家族性非ポリポージス大腸癌の治療法選択 カ 悪性黒色腫の治療法選択 キ 大腸癌の治療法選択
209	D006 の34	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。		—
210	D006 の35	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。		—
211	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。		—
212	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。		—
213	D006- 11	FIP1L1-PDGF Rα融合遺伝子検査	本検査を必要と判断した理由を記載すること。 (本検査を再度実施した場合) その理由を記載すること。		—
214	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。		—
215	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。		—
216	D008 の16	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。		—
217	D008 の18	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。		—
218	D008 の23	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ(T-RACP-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。		—
219	D008 の25	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。		—
220	D008 の30	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。		—
221	D008 の39	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。		—
222	D008 の43	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。		—
223	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。		—
224	D009 の27	可溶性メソレリン関連ペプチド	(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。		—
225	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 820100138	輸血歴あり 妊娠歴あり
226	D012 の16	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。		—
227	D012 の17	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 HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定量	(K920輸血料(「4」の自己血輸血を除く。)を算定した患者又は血漿成分製剤(新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等)の輸注を行った患者の場合) 当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載すること。		—
228	D012 の18	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。		—
229	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。		—
230	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。		—

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
231	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。		—
232	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。		—
233	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。		—
234	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。		—
235	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。		—
236	D023 の7	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Aからキまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載し、併せて、該当するものに応じ、以下の事項を記載すること。 ・A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 820100140 820100141 820100142 820100143 820100144 820100145	ア 臓器移植後の患者 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 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 エ 移植後リンパ増殖性疾患患者(経過観察目的) オ 悪性リンパ腫又は白血病の患者(経過観察目的) 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 キ 慢性活動性EBウイルス感染症等の患者
237	D023 の9	インフルエンザ核酸検出	算定した理由を記載すること。		—
238	D023 の12	HTLV-1核酸検出	HTLV-1抗体(ウエスタンブロット法及びラインプロット法)の判定保留を確認した年月日を記載すること。		—
239	D023 の15	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。		—
240	D023 の16	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。 (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。	820100146 820100147	CIN1 CIN2
241	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 820100149 820100150	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)
242	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。		—
243	D211- 3	時間内歩行試験	過去の実施日を記載すること。		—
244	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。		—
245	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。 (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。		—
246	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。		—
247	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A又はイに規定するものうち、該当するものを選択して記載すること。	820100151 820100152	ア 留意事項通知に規定する1型糖尿病患者(検査) イ 留意事項通知に規定する2型糖尿病患者(検査)
248	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。 (手術が行われなかった場合) その理由を記載すること。		—
249	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。		—
250	D236- 3	脳磁図	手術実施日又は手術実施予定日を記載すること。 (鑑別診断等を目的として行ったため手術が行われなかった場合) その理由を記載すること。		—
251	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。		—
252	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。		—

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
253	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 820100154 820100155	(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 (2) 黄斑ジストロフィーの診断目的 (3) 網膜手術の前後
254	D310の3	小腸内視鏡検査 3 カプセル型内視鏡によるもの	当該患者の症状詳記を添付すること。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。		—
255	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 820100157	イ 大腸ファイバースコープでは回盲部まで到達できなかった患者 ロ 器質的異常により大腸ファイバースコープが困難と判断された患者
256	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。		—
257	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。		—
258	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		—
259	E	画像診断	撮影部位を記載すること。		—
260	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。 (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
261	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 820100149 820100150	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)
262	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。 (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。		—
263	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。 (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。		—
264	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 820100149 820100150	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)
265	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。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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。		—

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
266	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。		—
267	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。 (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。		—
268	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。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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。		—
269	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。		—
270	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。		—
271	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。		—
272	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。また、疾患名及び治療開始日を記載すること。 (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つては、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。 (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。		—
273	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。		—
274	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。		—
275	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。また、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。 (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272)と同様。 (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。		—

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
276	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
277	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
278	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。また、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。		—
			(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272)と同様。		—
			(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。		—
279	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。		—
280	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。		—
281	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。また、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。		—
			(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272)と同様。		—
			(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。		—
282	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
283	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
284	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。また、疾患名及び治療開始日を記載すること。		—
			(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272)と同様。		—
			(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。		—
285	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。		—
286	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。		—
287	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。		—
288	H004	摂食機能療法の経口摂取回復促進加算	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。		—
			(胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合) 実施日及び胃瘻造設術日を記載すること。		—

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
289	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 820100075 820100076 820100160 820100077 820100078 820100161 820100162 820100163 820100079 820100164 820100165 820100166 820100167 820100080 820100168 820100169 820100299 820100170 820100171 820100172 820100084 820100173 820100174 820100175 820100176 820100177 820100085 820100086 820100087 820100088 820100089 820100090	パーチエット病 多発性硬化症 重症筋無力症 全身性エリテマトーデス スモン 筋萎縮性側索硬化症 強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎 結節性動脈周囲炎 ピュルガー病 脊髄小脳変性症 悪性関節リウマチ パーキンソン病関連疾患 アミロイドーシス 後縦帯骨化症 ハンチントン病 モヤモヤ病(ウイリス動脈輪閉塞症) ウェゲナー肉芽腫症 多系統萎縮症 広範脊柱管狭窄症 特発性大腿骨頭壊死症 混合性結合組織病 プリオン病 ギラン・バレー症候群 黄色靱帯骨化症 シェーグレン症候群 成人発症スチル病 関節リウマチ 亜急性硬化性全脳炎 ライソゾーム病 副腎白質ジストロフィー 脊髄性筋萎縮症 球脊髄性筋萎縮症 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
290	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。		—
291	H007	障害児(者)リハビリテーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。また、対象患者について、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100178 820100179 820100180 820100181 820100182 820100183 820100184 820100185	脳性麻痺の患者 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者 顎・口腔の先天異常の患者 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者 神経障害による麻痺及び後遺症の患者 言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者
292	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 820100187 820100188 820100189 820100190 820100191 820100192 820100193	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 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 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 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 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 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 7 骨髄抑制を来したし得る化学療法が行われる予定又は行われたもの 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
293	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 820100195 820100196 820100197 820100198 820100199 820100200 820100201 820100202	認知症高齢者の日常生活自立度 1 認知症高齢者の日常生活自立度 2 認知症高齢者の日常生活自立度 2a 認知症高齢者の日常生活自立度 2b 認知症高齢者の日常生活自立度 3 認知症高齢者の日常生活自立度 3a 認知症高齢者の日常生活自立度 3b 認知症高齢者の日常生活自立度 4 認知症高齢者の日常生活自立度 M
294	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		—
295	1002	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。 (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。 (通院・在宅精神療法の「1」の口又は「2」の口、ハを算定した場合) 診療に要した時間を記載すること。		—
296	1002	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。		—
297	1002	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。		—

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
298	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(イ)から(ニ)のいずれかに該当し、算定する場合) (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選択して記載すること。	820100203 820100204 820100205 820100206	(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 (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 (ハ) 臨時に投与した場合 (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)
299	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。		—
300	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。		—
301	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。		—
302	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)」 (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。		—
303	I006-2	依存症集団療法	治療開始日を記載すること。		—
304	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つて、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。 (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。		—
305	I008-2 I009 I010 I010-2	精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケア の早期加算	最初に当該療法を算定した年月日又は精神科病床を退院した年月日を記載すること。		—
306	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。		—
307	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。		—
308	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	(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。		—
309	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。		—
310	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。		—
311	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。		—
312	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。		—
313	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 820100208 820100209 820100210	措置入院 緊急措置入院 医療保護入院 応急入院
314	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科病床を退院した年月日を記載すること。		—
315	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。		—
316	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」のイ又は「2」のイを算定した場合) 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。 (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。	820100207 820100208 820100209 820100194 820100195 820100196 820100197 820100198 820100199 820100200 820100201 820100202	措置入院 緊急措置入院 医療保護入院 認知症高齢者の日常生活自立度 1 認知症高齢者の日常生活自立度 2 認知症高齢者の日常生活自立度 2a 認知症高齢者の日常生活自立度 2b 認知症高齢者の日常生活自立度 3 認知症高齢者の日常生活自立度 3a 認知症高齢者の日常生活自立度 3b 認知症高齢者の日常生活自立度 4 認知症高齢者の日常生活自立度 M

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	
317	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。		—	
318	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		—	
319	J001	熱傷処置	初回の処置を行った月日を記載すること。		—	
320	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。		—	
321	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。		—	
			(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。		—	
322	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。		—	
323	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。		—	
324	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。		—	
			(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。		—	
			(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。		—	
325	J038	人工腎臓	人工腎臓を算定した日を記載すること。		—	
			(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 急性肺炎) 820100220 エ 特別な管理が必要(ト 重篤な急性肝不全) 820100221 エ 特別な管理が必要(チ 注射による化学療法中の悪性腫瘍) 820100222 エ 特別な管理が必要(リ 自己免疫疾患の活動性が高い状態) 820100223 エ 特別な管理が必要(ヌ 麻酔による手術を実施した状態)		—
			(平成30年3月31日において診療報酬の算定方法の一部を改正する件(平成30年厚生労働省告示第43号)による改正前の人工腎臓の算定の実績を有しない保険医療機関が人工腎臓を算定する場合) 平成30年3月31日において改正前の人工腎臓の算定実績を有していない旨記載すること。		—	
326	J038	人工腎臓の導入期加算	導入の年月日を記載すること。		—	
327	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入院中の患者 820100235 シ 末期癌に合併しているため入院中の患者 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		—
328	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。		—	

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
329	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A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 820100225 820100226 820100227 820100228 820100229 820100230 820100231 820100232 820100233 820100234 820100235 820100236 820100237 820100238 820100239 820100240 820100241	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 イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者 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 エ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者 オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者 カ 認知症患者 キ 常時低血圧症(収縮期血圧が90mmHg以下)の者 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 ケ 出血性消化器病変を有する者 コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者 サ 重症感染症に合併しているため入院中の患者 シ 末期癌に合併しているため入院中の患者 ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの セ 妊婦(妊娠中期以降) ソ うっ血性心不全(NYHA3度以上) タ 12歳未満の小児 チ 人工呼吸を実施中の患者 ツ 結核菌を排菌中の患者
330	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。 (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。 (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/ μ L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。	—	—
331	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。	—	—
332	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。	—	—
333	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。	—	—
334	J042の1	連続携帯式腹膜灌流の導入期加算	導入の年月日を記載すること。	—	—
335	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。 (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。	—	—
336	J052-2	熱傷温浴療法	受傷日を記載すること。	—	—
337	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。	—	—
338	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。	—	—
339	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 820100243	重症度 1度 重症度 2度
340	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。	—	—
341	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。	—	—
342	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。 (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ハに該当する患者))「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 820100245	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) ランクB 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) ランクC
343	K	手術	手術日を記載すること。 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、左右別にそれぞれ手術日を記載すること。	—	—
344	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。	—	—
345	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。	—	—
346	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。	—	—

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
347	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
			(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。	820100247	イ 留意事項通知に規定する二次再建
348	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。		—
349	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。		—
			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。		—
350	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。		—
			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。		—
351	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。		—
			(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。		—
352	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。		—
353	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。		—
354	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。		—
355	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。		—
356	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次的再建
				820100249	イ 留意事項通知に規定する一次二次的再建
				820100250	ウ 留意事項通知に規定する二次再建
357	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(4)、(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(4)、(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)のアからウまでに該当する病変に対して手術を実施した場合は、アからウ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。また、医学的な必要性からアからウまでに該当する病変以外の病変に対して実施した場合は、その詳細な理由を記載すること。	820100251	ア 一方向から造影して90%以上の狭窄病変
				820100252	イ 安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変
				820100253	ウ 検査を実施し機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変
358	K555	弁置換術 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。		—
359	K555- 3	胸腔鏡下弁置換術 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。		—
360	K557- 3	弁輪拡大術を伴う大 動脈弁置換術 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。		—
361	K560	大動脈瘤切除術 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。		—
362	K581	肺動脈閉鎖症手術 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。		—
363	K583	大血管転位症手術 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。		—
364	K584	修正大血管転位症手術 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。		—
365	K586	修正大血管転位症手術 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。		—
366	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。		—
					—
367	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。		—

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
368	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。		—
369	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 820100255 820100256	開腹による胃瘻造設術 経皮的内視鏡下胃瘻造設術 腹腔鏡下胃瘻造設術
370	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。		—
371	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。		—
372	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 820100258 820100259	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
373	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。		—
374	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。		—
375	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。		—
376	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。		—
377	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。		—
378	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。		—
379	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。		—
380	-	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008、009の(3)、010、I の3の010の(2)、021の(4)、031の(4)、033の(2)、040の(1)、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(6)のア、133の(7)のア、133の(11)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、152の(2)、152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)、195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144の(2)、150の(1)のエ、150の(2)のウ、150の(3)のエ、186の(4)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真、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添付すること。		—
381	L	麻酔	麻酔日を記載すること。		—
382	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 820100261 820100262 820100263 820100264 820100265 820100266 820100267 820100268 820100269 820100270 820100271 820100272 820100273 820100274 820100275 820100276 820100277 820100278 820100279 820100280 820100281 820100282 820100283 820100284 820100285	ア 心不全(NYHA3度以上のものに限る。)の患者 イ 狭心症(CCS分類3度以上のものに限る。)の患者 ウ 心筋梗塞(発症後3月以内のものに限る。)の患者 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 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 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 キ 留意事項通知に規定する先天性心疾患の患者 ク 留意事項通知に規定する肺動脈性肺高血圧症の患者 ケ 留意事項通知に規定する呼吸不全の患者 コ 留意事項通知に規定する換気障害の患者 サ 留意事項通知に規定する気管支喘息の患者 シ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者 ス 留意事項通知に規定する腎不全の患者 セ 肝不全(Child-Pugh分類B以上のものに限る。)の患者 ソ 貧血(Hb6.0g/dL未満のものに限る。)の患者 タ 血液凝固能低下(PT-INR2.0以上のものに限る。)の患者 チ DICの患者 ツ 血小板減少(血小板5万/uL未満のものに限る。)の患者 テ 敗血症(SIRSを伴うものに限る。)の患者 ト 留意事項通知に規定するショック状態の患者 ナ 完全脊髄損傷(第5胸椎より高位のものに限る。)の患者 ニ 心肺補助を行っている患者 ヌ 人工呼吸を行っている患者 ネ 透析を行っている患者 ノ 大動脈内バルーンパンピングを行っている患者 ハ BMI35以上の患者

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
383	L008-2	低温療法法の低温迅速導入加算	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。		—
384	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。		—
385	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。		—
386	M	放射線治療料	照射部位を記載すること。 (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 770050000 770060000	放射性粒子 高線量率イリジウム 低線量率イリジウム
387	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。		—
388	N000	病理組織標本作製「2」の「セルブロック法によるもの」	肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合は、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。		—
389	N002	免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製	セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色について、肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合は、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。		—
390	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。 (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。	820100286 820100287 820100288 820100289 820100290 820100291 820100292 820100293 820100294 820100295 820100296 820100297	悪性リンパ腫が疑われる患者 悪性中皮腫が疑われる患者 肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)が疑われる患者 消化管間質腫瘍(GIST)が疑われる患者 慢性腎炎が疑われる患者 内分泌腫瘍が疑われる患者 軟部腫瘍が疑われる患者 皮膚の血管炎が疑われる患者 水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)が疑われる患者 悪性黒色腫が疑われる患者 筋ジストロフィーが疑われる患者 筋炎が疑われる患者
391	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。		—
392	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 820100149 820100150	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)
393	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。		—
394	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 820100149 820100150	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)
395	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。		—
396	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。 (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治療費を算定した場合)その日時を記載すること。	820100298	介護療養型老健施設入居者

※「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。