

第2節 診療報酬明細書（レセプト）の記載要領の変更点

改定の概要

〈別表Ⅱ「薬価基準」の新設〉

- (1) レセプト「摘要」欄の記載要領に別表Ⅱ「薬価基準」（➡P350～401）が新設された。「適正使用推進GL」等により、施設要件、医師要件等についてレセプト「摘要」欄に記載が求められている内容がコード化された（2021年11月26日の中医協で検討）。新設されたコードは2022年4月から適用されるが、選択するのは2022年10月診療分以降でよい。

なお、汎用薬剤（3. アコファイド錠、13. イベニティ皮下注、61. ザルティア錠（ダダラフィル）、80. チャンピックス、94. ニコチネル、113. ベイスン錠・同OD錠（ボグリボース）等）についても示されているので注意されたい。

〈別表Ⅲ「検査値」の新設〉

- (2) レセプト「摘要」欄の記載要領に別表Ⅲ「検査値」（掲載割愛）が新設された。厚生労働省「審査支払機能の在り方に関する検討会報告書」（2021年3月29日）により「検査値データについては、審査の質と効率を高めることができるものについて、学会等のガイドラインも踏まえ審査の参考情報として提出することを含め検討を行う」とされ、導入された。DPC対象病院が2022年10月診療分以降、入力することが求められている（2021年11月26日の中医協で検討）。

〈別表Ⅰ「摘要」欄への記載事項等一覧の追加、改定〉

- (3) 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）」において、診療行為が105項目追加され、記載事項が158項目以上追加・改定された。この改定については、2022年4月診療分（5月請求分）から対応が求められる。
- (4) 各記載事項において、電子レセプト請求の場合に選択して入力するためのレセプト電算処理システム用コードが567個追加された。これは2022年10月診療分（11月請求分）から選択して入力することが求められる。そのうち181個のコードでは加えて算定理由、医学的根拠、測定値、傷病名、医薬品名、特定器材名、年齢などのテキスト入力が求められ、105個のコードでは加えて実施日、診断日、算定開始日などの年月日、時・分のテキスト入力が求められている。

なお、新設されたコードは2022年4月1日から適用されるが、選択するのは2022年10月診療分以降でよい。

〈「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」の記載（主なもの）〉

- (5) 「摘要」欄への記載事項に追加された項目のうち、主なものは以下の通り（2022年4月診療分から実施）。なお、保団連発行『点数表改定のポイント』2022年4月版に掲載した算定留意事項通知の改定で書かれていたものを除く。

ア. 医学管理等

- ① B001「14」高度難聴指導管理料の口（①K328人工内耳植込術を行った日から3月超、②K328人工内耳植込術をしない）を算定する場合、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。
- ② B001「32」一般不妊治療管理料を算定する場合、前回算定年月（初回である場合は初回である旨）を記載する。
- ③ B001「33」生殖補助医療管理料を算定する場合、生殖補助医療の開始日における年齢（初回である場合は初回である旨）を記載する。
- ④ B001「34」二次性骨折予防継続管理料3を算定する場合、初回算定年月日を記載する。
- ⑤ B001「35」アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料を算定する場合、初回算定年月日を記載する。
- ⑥ B001「36」下肢創傷処置管理料を算定する場合、下肢創傷処置を実施した年月日を記載する。

- ⑦ B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合、前回算定年月（初回である場合は初回である旨）を記載する。バイオ後続品導入初期加算を算定する場合は初回使用年月日を記載する。
- ⑧ B005-10ハイリスク妊産婦連携指導料1を算定する場合、精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を標榜する保険医療機関に対して診療情報が文書により提供された妊婦であること又は出産年月日を記載する。B005-10-2ハイリスク妊産婦連携指導料2を算定する場合、当該保険医療機関で精神療法が実施されている又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦であること又は出産年月日を記載する。
- ⑨ B005-11遠隔連携診療料の「1 診断を目的とする場合」を2回以上算定する場合、「未確」と表示し、前回算定年月日を記載する。
- ⑩ B005-12こころの連携指導料（1）、B005-13同（2）を算定する場合、初回算定年月日を記載する。
- ⑪ B011連携強化診療情報提供料について、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関等と他の保険医療機関が連携した場合、および注5に規定する注1から注4までのいずれにも該当しない場合（頻回の情報提供の必要性を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合を除く）は、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。

イ. 在宅医療

- ① C007訪問看護指示料の手順書加算を算定する場合、前回算定年月日（初回の場合は初回である旨）を記載する。
- ② 在宅療養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、医薬品コード、特定器材コードで入力し、医薬品名、特定器材名を表示する。
- ③ 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）は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。
- ④ C101在宅自己注射指導管理料のバイオ後続品導入初期加算を算定する場合、初回処方年月日を記載する。
- ⑤ C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、「初回の指導管理を行った年月日……」とされていた記載が「一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日……」に変更された。
- ⑥ C150血糖自己測定器加算について、「7 間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの」以外を算定する場合、「血糖自己測定の回数を記載する」とされていた記載が「1月に行われた血糖自己測定の回数を記載する」に変更された。
- ⑦ C150血糖自己測定器加算、C171-3在宅ハイフローセラピー材料加算、C172在宅経肛門的自己洗腸用材料加算、C174在宅ハイフローセラピー装置加算について、1月に2回分又は3回分の算定を行う場合は、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。
- ⑧ C175在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算を算定する場合、初回算定日（初回の場合は初回である旨）を記載する。
- ⑨ 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とされていたが、コードを選択した上で1日毎に年月日を入力する。

ウ. 検査・病理診断

- ① ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて、コード及びレセプト表示文言が新設された。
- ② COVID-19関連検査について、コード及びレセプト表示文言が新設された。
- ③ D006-5染色体検査「1 FISH法」を算定する場合であって、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断の目的で2回以上検査を行った場合は、「未確」と表示し、前回算定日を記載する。
- ④ D008「27」酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP-5b）について、診断補助として実施した後、6カ月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合は、診断補助として実施した日を記載する。
- ⑤ D023「4」HBV核酸定量について、治療中又は治療終了年月日を記載する。
- ⑥ D237終夜睡眠ポリグラフィーの「31及び2以外の場合」の「イ 安全精度管理下で行うもの」を算定する場合、安全精度管理を要した患者の診断名（疑い病名を含む）、検査中の安全精度管理に係る検査結果の要点、合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合は継続的な治療の内容、BMI又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性について記載する。
- ⑦ D282-4ダーモスコピーについて、以前から「新たに他の病変で検査を行う場合であって、医学的な必要性から4月に2回以上算定する時はその理由を記載するとされていたが、今回コードが設定された。
- ⑧ D310小腸内視鏡検査の「注2」内視鏡的留置術加算、D313大腸内視鏡検査の「注3」バルーン内視鏡加算、「注4」内視鏡的留置術加算は当該患者の症状詳記を添付するとされているが、コードを選択してテキスト入力可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。
- ⑨ D414内視鏡下生検法について、N000病理組織標本作成の算定留意事項通知の(1)の(ア)から(ケ)までのいずれかを選択し記載し、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載する。
- ⑩ N000病理組織標本作製の「1」の「組織切片によるもの」について、算定留意事項通知の(1)の(ア)から(ケ)までのいずれかを選択し記載する。選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載する。

エ. 画像診断

- ・E001写真診断「1」単純撮影、E200CT、E202MRIについて、撮影部位の選択肢中、頭部が「副鼻腔を除く」と「副鼻腔に限る」に分割された。

オ. 投薬

- ① F100処方料及びF400処方箋料の特定疾患処方管理加算2について、「隔日、漸増・漸減等で投与する場合はその旨を記載する」とされているが、週1回投与のコードが新設された。
- ② F200薬剤＜入院分＞の退院時投薬について、頓服薬と外用薬の選択肢が追加された。
- ③ 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とされているが、コードによるレセプト表示文言が「湿布薬の1日用量又は投与日数（薬剤料）:*****」に変更され、処方箋で投与した場合はレセプトへの記載は不要であることが明確になった。

カ. 注射

- ・通則7のバイオ後続品導入初期加算を算定する場合、初回使用年月日を記載する。

キ. 精神科専門療法

- ① I002通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算を算定する場合、初回の当該加算を算定した年月日を記載する。
- ② I003-2認知療法・認知行動療法を算定する場合、当該診療に要した時間を記載する。

- ③ I012精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、（Ⅲ）について、月の初日の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により測定した値及び測定日を記載する。なお、GAFの値については該当する範囲を選択して記載する。
- ④ I012-2精神科訪問看護指示料の手順書加算を算定する場合、前回算定年月日（初回の場合は初回である旨）を記載する。

ク. 処置

- ① J000-2下肢創傷処置を算定する場合、下肢創傷の部位及び潰瘍の深さを記載する。
- ② J003局所陰圧閉鎖処置（入院）について、創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合は、併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置のそれぞれの対象部位を記載する。
- ③ J003-3局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）を算定する場合、処置開始年月日を記載する。
- ④ J041-2血球成分除去療法について、医学的な必要性から一連につき2週間に2回以上算定する場合又は48週間を超えて算定する場合は、その理由を記載する。また、初回実施に当たっては、医学的な必要性を記載する。
- ⑤ J045人工呼吸の「35時間を超えた場合」を算定する場合、開始年月日を記載する。また、注3の覚醒試験加算を算定する場合、開始年月日を記載する。

ケ. 手術

- ① 通則12の時間外等加算1を算定する場合、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。
- ② K311鼓膜穿孔閉鎖術を算定する場合、症状詳記を添付するとされているが、コードを選択してテキスト入力可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。
- ③ K721-4早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術のバルーン内視鏡加算を算定する場合、症状詳記を添付するとされているが、コードを選択してテキスト入力可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。
- ④ K823-6尿失禁手術を算定する場合であって、効果の減弱等により再手術が必要となった場合は、前回実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載する。
- ⑤ K884-3胚移植術を算定する場合、治療開始日の年齢を記載する。

コ. 入院基本料

- ・A109有床診療所療養病床入院基本料の有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算を算定する場合、入院元を記載する。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は、直近の入院医療機関名及び退院日を記載する。

サ. 入院基本料等加算

- ① A200-2急性期充実体制加算について、当該加算の算定を開始した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、当該加算の算定を開始した入院年月日を記載する。
- ② A204-3紹介受診重点医療機関入院診療加算について、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は、当該加算を算定した入院年月日を記載する。
- ③ A234-2感染対策向上加算について、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は、当該加算を算定した入院年月日を記載する。
- ④ A234-4重症患者初期支援充実加算について、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は、当該加算を算定した入院年月日を記載する。
- ⑤ A236-2褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定する場合、算定留意事項通知の（3）のアからケの中から、該当するものを選択して記載する。
- ⑥ A247-2せん妄ハイリスク患者ケア加算を算定する場合、せん妄のリスク因子の確認結

果について、算定留意事項通知別紙様式 7 の 3 で規定されたものの中から、該当するものを選択して記載する。また、リスク因子に 1 項目以上該当する場合も、算定留意事項通知別紙様式 7 の 3 で規定されたものの中から、該当するものを選択して記載する。

〈診療報酬明細書の「特記事項」欄の変更点〉

- (6) オンライン資格確認システムで限度額適用認定情報、限度額適用・標準負担額認定情報、特定疾病療養受療証情報の取得した場合の取り扱いが追記された。
- (7) 後期高齢者で、2022年10月から 2 割負担となる方の「特記事項」の記載要領が示された。
 - ア. 課税所得28万円～145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は320万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2 割））の方の場合は「区力」（多数該当の場合は「多力」）。
 - イ. 課税所得28万円未満（「低所得者の世帯」を除く）若しくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は320万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1 割））の方の場合は「区キ」（多数該当の場合は「多キ」）。
- (8) 2 割負担となる患者の、1 か月の入院外の窓口負担割合の引き上げに伴う負担増加額は 3,000円迄に抑制されるため、入院外の同一医療機関での受診について、現物給付されることになる。このため「後期高齢者医療制度の負担割合見直しに係る計算事例集」が示された（2022 年 3 月 31 日・厚生労働省保険局高齢者医療課事務連絡）。事例については、今後追加等更新していく予定としている。（⇒P302に抜粋して掲載）

【編注】

- (1) 以下は「『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」2022年（令和 4 年）3 月 25 日・保医発0325第 1 号通知による変更点。
- (2) アンダーラインは追加された部分、二重削除線は削除された部分である。変更後の「摘要」欄への記載は別表 I を参照されたい。
- (3) 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）」（⇒P305～349）は新設、変更された箇所をゴシックで表記した。変更のないものは「変更なし」と記載した。
- (4) 別表Ⅳ（従前の別表Ⅱ）「診療行為名称等の略号一覧（医科）」で新設、変更されたものの掲載は、今回編集上の都合で割愛した。

(A) 請求書、明細書の様式

後期高齢者各広域連合提出用の「診療報酬請求書（医科・歯科）」について、「請求区分」欄の「後期高齢 九割」が「後期高齢 一般・低所得」に変更された。

(B) 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、（中略）（令和 4 年~~2 年~~厚生労働省告示第86号第~~116 号~~）により改正のあった様式については、令和 4 年~~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 4 年~~2 年~~3 月診療分までは旧様式によっても差し支えない。

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 ～ 4 （特に変更なし）
- 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。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。

- (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括弧印刷している場合に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。~~

6、7 （特に変更なし）

8 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

(1) （特に変更なし）

- (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。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の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（以下「障害者総合支援法」という）による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療（以下「精神通院医療等」という）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となる。

(3)～(5) （特に変更なし）

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。公費負担医療が2種の場合、例えば生活保護法による医療扶助に係る分と感染症法による結核患者の適正医療に係る分とを併せて請求する場合には「12(生保)
10(感37の2)」欄に記載することとし、これ以外の公費負担医療の組合せについて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載する。

なお、特例的に、生活保護法による医療扶助（編注：以下同様の変更複数あり。掲載省略）、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等（編注：以下、同様の変更複数あり。掲載省略）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。

(2)～(5) （特に変更なし）

10～13 （特に変更なし）

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））（特に変更なし）

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）

1 「後期高齢者医療」欄について

(1)、(2) （特に変更なし）

- (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つては、「後期高齢一般・低所得九割」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「後期高齢一般・低所得九割」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。

(4)～(9) （特に変更なし）

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（特に変更なし）

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（特に変更なし）

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(1)～(3)（特に変更なし）

(4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

ア～ウ（特に変更なし）

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○で囲む。（中略）

（注1）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。

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

(5)、(6)（特に変更なし）

(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。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。なお、電子資格確認の場合は、オンラインにより提供された資格情報から、これらの記載を行う。

イ、ウ（特に変更なし）

(8)～(12)（特に変更なし）

(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。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載する。

01	公	（特に変更なし）
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第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又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く）
03 ～ 15	長処 ～ 削除	（特に変更なし）

16	長2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第2号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く）
25	出産	平成23年1月31日保発0131第2号から4号平成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つては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、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つては、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））の提示のみ又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ②「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、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つては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、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つては、課税所得380万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、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））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び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 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く）
29	区エ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険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））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険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））の提示のみ又は高齢受給者証情報の提供のみ の場合 ②「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得145万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く）
30	区オ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ））が提示された場合又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ②「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「35」に該当する場合を除く） 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは又は限度額適用・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限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ②「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合

31 ～ 33	多ア ～ 多ウ	(特に変更なし)
34	多エ	以下のいずれかに該当する場合 ①70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 ②70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）
33 ～ 39	多オ ～ 医療	(特に変更なし)
41	区カ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ①課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2割））の提示のみ又は後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ②課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「43」に該当する場合を除く）
42	区キ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ①課税所得28万円未満（「低所得者の世帯」を除く）若しくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円未満（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1割））の提示のみ又は後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ②課税所得28万円未満（「低所得者の世帯」を除く）若しくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円未満（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「44」に該当する場合を除く）

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

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

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について（特に変更なし）

(15) 「傷病名」欄について

ア 傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」(令和2年4月28日付保発0428第3号)(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。以下同じ)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については、「傷病名コードの統一の推進について」(令和4年3月25日医療課事務連絡)(令和2年3月27日医療課事務連絡)に取りまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いる。

イ～オ（特に変更なし）

(16)、(17)（特に変更なし）

(18) 「診療実日数」欄について

ア（特に変更なし）

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

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。この場合、その回数を「摘要」欄に再掲する。

なお、平成30年3月31日以前から継続的に情報通信機器を用いて行った診療について~~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情報通信機器を用いて行った診療について~~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は、それぞれ「摘要」欄に記載する。

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。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

同一日に情報通信機器を用いた~~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。

オ～コ （特に変更なし）

~~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。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。~~

(19) 「点数」欄について（特に変更なし）

(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。また、名称、回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は、次のとおり。~~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。~~ただし、(ウ)に掲げる別表Ⅲについては、令和4年10月診療分以降、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（編注：DPC対象病院）からの電子レセプト請求による場合に限る。

（ア）別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）」

（イ）別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」

（ウ）別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）」

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰから別表Ⅲまでの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、~~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。なお、令和2年3月31日以前から適用されている~~ただし、別表Ⅰ（令和4年4月1日適用の旨が表示（編注：※マーク）されたコードに限る）、別表Ⅱ及び別表Ⅲのコードについては、~~令和2年9月診療分まで選択令和4年10月診療分以降に選択するものとして差し支えない。~~

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Ⅳ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。

【参考】厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その1）」（2022年3月31日）「医科診療報酬点数表関係（費用請求）」より

問1 「診療報酬請求書等の記載要領等について」の別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」により示されている診療報酬明細書の摘要欄に記載する事項等において、「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」（令和4年3月25日保医発0325第1号）により、電子レセプト請求による請求の場合は、新たに令和4年10月診療分以降は該当するコードを選択することとされた診療行為について、令和4年9月診療分以前の電子レセ

プト又は書面による請求を行う場合においても、当該一覧の「左記コードによるレセプト表示文言」のとおり記載するのか。

答 必ずしも当該文言のとおり記載する必要はないが、その旨が分かる記載又は当該診療行為に係る記載事項であることが分かる記載とする。なお、当該取扱いについては、別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」及び別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）」においても同様である。

イ 「初診」欄について

（ア）～（ウ）（特に変更なし）

（エ） 外来感染対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算又は電子的保健医療情報活用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。

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。

（イ）～（キ）（特に変更なし）

（ク）外来感染対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算又は電子的保健医療情報活用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。

エ 「医学管理」欄について

（ア）（特に変更なし）

（イ） 小児科外来診療料、乳幼児育児栄養指導料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料又は生活習慣病管理料外来腫瘍化学療法診療料を算定した場合において、初診料、再診料若しくは外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日若しくは深夜加算の特例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。

オ 「在宅」欄について

（ア）～（ウ）（特に変更なし）

（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。なお、頻回訪問加算、在宅移行早期加算、継続診療加算、在宅療養移行加算、包括的支援加算又は在宅データ提出加算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。

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。

（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。なお、小児加算又は在宅データ提出加算を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載する。

（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、手順書加算、衛生材料等提供加算、介護職員等略痰吸引等指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者連携指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料、在宅患者共同診療料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料又は外来在宅共同指導料を算定した場合は、その他の項に名称、回数（単位数）及び総点数を記載する。（後略）

（キ）～（テ）（特に変更なし）

（ト） 在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載する。在宅ハイフローセラピー材料加算又は在宅ハイフローセラピー装置加算を

算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載する。在宅ハイフローセラピー指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載する。

(ナ)～(ハ) ~~(ト)～(ワ)~~ (特に変更なし)

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

(フ)、(ヘ) ~~(ハ)～(セ)~~ (特に変更なし)

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

(マ)～(メ) ~~(フ)～(マ)~~ (特に変更なし)

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

(ヤ) ~~(ヤ)~~ (特に変更なし)

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

(ヨ) ~~(ヨ)~~ 在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて他の在宅療養指導管理材料加算のみを算定した場合は、その他の項に(キ)から(ユ)まで~~((二)、(ハ)、(ヘ)、(ホ)から(ミ)まで、(メ)及び(ヤ)を除く)~~ ~~(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。

(ラ) ~~(モ)~~ (特に変更なし)

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

(ル) ~~(ヨ)~~ (特に変更なし)

カ「投薬」欄について (特に変更なし)

キ「注射」欄について (特に変更なし)

ク「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について (特に変更なし)

ケ「検査・病理」欄について

(ア) (特に変更なし)

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

(ウ)～(ケ) (特に変更なし)

コ「画像診断」欄について (特に変更なし)

サ「その他」欄について (特に変更なし)

シ「入院」欄について

(ア) 病院・診療所別の該当する文字を○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・診療所別欄の下空欄（以下「入院基本料種別欄」という）に別表Ⅳ別表Ⅱの略号を用いて記載する。なお、（後略）。

（イ）～（オ）（特に変更なし）

（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、（中略）、当該所定点数の内訳を記載する。

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Ⅳ別表Ⅱの略号を参照する。

（キ）～（ス）（特に変更なし）

（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類を別表Ⅳ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、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料若しくは特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定している患者について加算がある場合）については、それぞれの加算を加えた点数を記載する。

②（特に変更なし）

(2)「療養の給付」欄について

ア（特に変更なし）

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

（ア）～（キ）（特に変更なし）

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

（ア）～（キ）（特に変更なし）

エ（特に変更なし）

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。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、基準該当療養介護医療等、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療（以下「小児慢性特定疾病医療支援等」という）並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額（一部負担金）については、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含まない額とする。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合に限る）には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載する。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、基準該当療養介護医療等、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る）と障害者総合支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療、基準該当療養介護医療等、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用の場合（入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合に限る）には、10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載する。

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

(22) 「食事・生活」欄について（特に変更なし）

(23) 「食事・生活療養」欄について

ア～オ（特に変更なし）

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

(24) 「摘要」欄について（特に変更なし）

(25) 「公費分点数」欄について（特に変更なし）

(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
（公費負担医療についての文言の整理のみで特に変更なし）

イ（特に変更なし）

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

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

エ～ネ（特に変更なし）

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）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険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））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載する。

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）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び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））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く）には、「特記事項」欄に「区イ」と記載する。

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）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び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））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額28万～50万円

(国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得145万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅳ)の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合(特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く)を除く)には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載する。

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)が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険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))の提示のみ若しくは高齢受給者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険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。

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

ホ～ミ (特に変更なし)

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。

メ (特に変更なし)

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

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

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

ユ 後期高齢者医療において「課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上(後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円以上)」の後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(2割))かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、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「多力」と記載する。

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

※ モからヨまでについては、令和4年10月1日から適用する。令和4年9月30日までの間は、後期高齢者医療にあつてはフ及びムに従い、従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

ラヘリ ~~モヤ~~ (特に変更なし)

(27) 後期高齢者医療におけるその他

ア 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第5項に規定する金額を超え

イ～エ (特に変更なし)

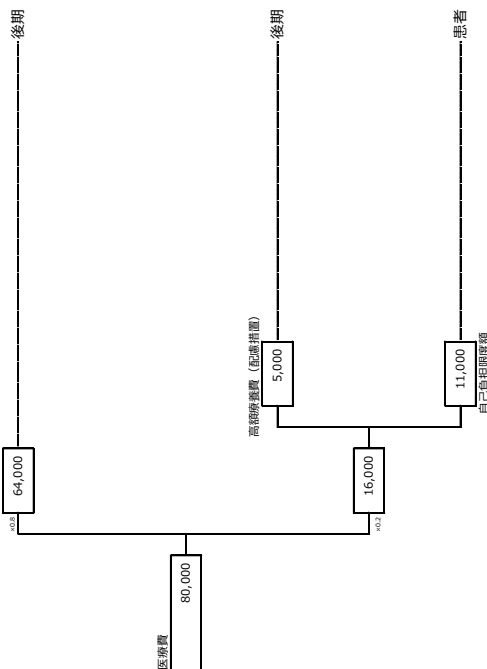
令和4年3月31日 厚生労働省保険局高齢者医療課事務連絡 (別紙関係団体宛)

これに伴い、診療報酬請求書の様式及び診療報酬請求書の記載要領等の改正並びに配慮措置の導入に伴う計算事例について、別添のとおり一般社団法人保健医療福祉情報システム工業会宛てに事務連絡を発出し、レセプトコンピュータ等の改修を適切に行っていただくよう依頼しています。

つきましては、貴団体におかれても、内容について御了知いただくとともに、会員各位に御周知いただき、適切な請求に向けた準備を行っていただくよう、御協力をお願い申し上げます。

なお、今後も、貴団体を通じて、配慮措置の追加の計算事例など、詳細な説明資料の御周知をお願いする予定ですので、あわせて御協力をお願い申し上げます。

「療養の給付」



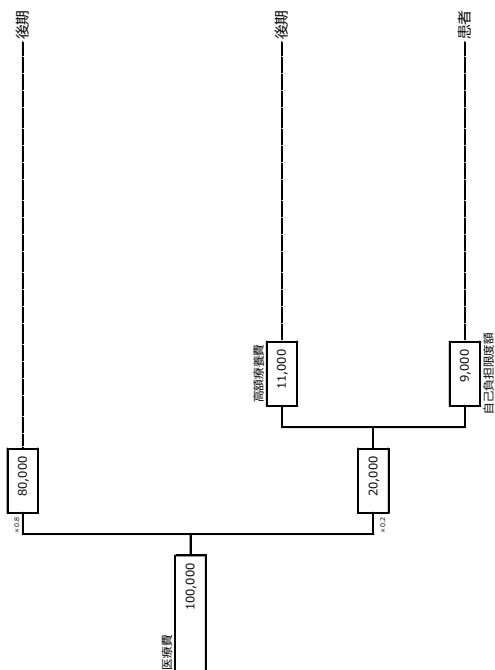
後期	69,000 円
(高価消費資産)	5,000 円
公費	0 円
患者	11,000 円
合計	80,000 円

※ 高額療養費限度額より配慮措置計算額が低いため配慮措置を適用
自己負担限度額（配慮措置）
6,000円 + (80,000円 - 30,000円) × 0.1 = 11,000円 < 18,000円

【事例5】後期高齢者2割負担外来（75歳到達月）

[illegible]

【療養の給付】



合計			
後期	91,000	円	
(高部設置費再掲)	11,000	円	
公費	0	円	
患者	9,000	円	
合計	100,000	円	

4

5

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）（変更された項目のみ抜粋）

※「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。

※「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。

【編注】

(1) 変更されていない点数（診療行為）は掲載していない。

(2) 新規追加、改定された点数、記載事項、コード、表示文言はゴシックで表記した。

(3) 後ろに※マークが付されたコードは2022年4月1日から適用されるが、選択するのは2022年10月診療分以降でよい。

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
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)		変更なし
			(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)		変更なし
			(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生 労働省「オンライン診療の適切な実施に関する 指針」に沿って診療を行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人 日本医学会連合が作成した「オンライン診療の 初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が 指針に沿った適切な診療であることを記載す る。	820100990※	オンライン診療の適切な 実施に関する指針に沿っ た適切な診療である（初 診料）
			(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生 労働省「オンライン診療の適切な実施に関する 指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オン ライン診療の初診での投与について十分な検 討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガ イドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿っ た適切な処方であることを記載する。	820100816※	オンライン診療の適切な 実施に関する指針に沿っ た適切な処方である（初 診料）
2	A001	再診料	(再診の後、当該再診に附随する一連の行為を 後日行った場合であって当該再診日が前月で ある場合)		変更なし
			(同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む) がある場合)		変更なし
			(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)		変更なし
			(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生 労働省「オンライン診療の適切な実施に関する 指針」に沿って診療を行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人 日本医学会連合が作成した「オンライン診療の 初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が 指針に沿った適切な診療であったことを記載 する。	820100817※	オンライン診療の適切な 実施に関する指針に沿っ た適切な診療である（再 診料）
3	A001	再診料の乳幼児 加算	(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生 労働省「オンライン診療の適切な実施に関する 指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オン ライン診療の初診での投与について十分な検 討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガ イドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿っ た適切な処方であったことを記載する。	820100818※	オンライン診療の適切な 実施に関する指針に沿っ た適切な処方である（再 診料）
			(月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった 場合)		変更なし

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
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)		変更なし
			(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)		変更なし
			(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生 労働省「オンライン診療の適切な実施に関する 指針」に沿って診療を行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人 日本医学会連合が作成した「オンライン診療の 初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が 指針に沿った適切な診療であることを記載す る。	820100819※	オンライン診療の適切な 実施に関する指針に沿っ た適切な診療である(外 来診療料)
			(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生 労働省「オンライン診療の適切な実施に関する 指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オン ライン診療の初診での投与について十分な検 討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガ イドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿っ た適切な処方であることを記載する。	820100820※	オンライン診療の適切な 実施に関する指針に沿っ た適切な処方である(外 来診療料)
9	A101	療養病棟入院基 本料注11の規定	(在棟中に一度も疾患別リハビリテーション料 を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した 患者の場合) 入棟月に、療養病棟リハビリテーション実績 指数の算出から除外する旨とその理由を記載 する。	820100821※	療養病棟リハビリテー ション実績指数の算出か ら除外(療養病棟入院基 本料 注11の規定)
				830100760※	療養病棟リハビリテー ション実績指数の算出か ら除外した理由(療養病 棟入院基本料 注11の規 定)；*****
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。	190161210※	特定入院基本料(障害者 施設等入院基本料)
				190161310※	特定入院基本料(障害者 施設等入院基本料)(夜勤 時間超過減算)
			(一般病棟における入院期間が90日を超える患 者のうち、いわゆる「特定患者」に該当しない 場合) 「特外」と記載し、その理由(悪性新生物に対 する治療を行っている、など)を簡潔に記載す る。	830100472※	「特外」理由(障害者施設 等入院基本料)；*****
14	A109	有床診療所療養 病床入院基本料 の有床診療所急 性期患者支援療 養病床初期加算	入院元を記載する。	830100020※	入院元(有床診療所急性 期患者支援療養病床初期 加算)；*****
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患 者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回 数を記載する。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般 入院料2を算定しており、かつ救急医療管理 加算の届出を行っている。本患者がXXX病院 から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日：○年○月○日及び○年○月○日)。	830100021※	算定対象である旨及び転 院(転棟)回数(有床診 療所急性期患者支援療 養病床初期加算)；*****
15	A109	有床診療所療養 病床入院基本料 の有床診療所在 宅患者支援療養 病床初期加算	入院元を記載する。	830100020※	入院元(有床診療所在宅 患者支援療養病床初期加 算)；*****
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系 施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載する。 (記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者は XXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療 養していた。	830100022※	直近の入院医療機関名及 び退院年月日(有床診 療所在宅患者支援療養病 床初期加算)；*****

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
16	A200-2	急性期充実体制 加算	(当該加算の算定を開始した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算の算定を開始した入院年月日を記載する。	850100487※	加算の算定を開始した入院年月日(急性期充実体制加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
19	A204-3	紹介受診重点医療 機関入院診療 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。	850100016※	加算を算定した入院年月日(紹介受診重点医療機関入院診療加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
20	A205 の1	救急医療管理加 算1	留意事項通知A205救急医療管理加算の(2)の ア から サ までのいずれか該当するものを選択して記載する。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。重症患者の状態のうち、(2)のイに掲げる状態であってJCS (JapanComaScale) 0の状態、(2)のウに掲げる状態であってNYHAⅠ度若しくはP/F比400以上の状態、又は(2)のキに掲げる状態(顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く)であってBurnIndex0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を記載する。	820100393	ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算1)
				～	変更なし
				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、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 9以上
				820100417※	キ 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 4以上9未満
				820100418※	キ 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 4未満
				820100419※	キ 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷なし
				820100420※	キ 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷あり
				820100421	変更なし
				820100808	
				820100822※	コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(救急医療管理加算1)
				820100823※	サ 蘇生術を必要とする重篤な状態(救急医療管理加算1)
				830100473※	緊急入院が必要であると判断した医学的根拠(救急医療管理加算1);*****
			当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」(平成30年4月27日保発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。	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。	850100017	救急医療管理加算1を算定した入院年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

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	留意事項通知A205救急医療管理加算の(2)のアからサまでに準ずる状態又はシの状態のうち該当するものを選択して記載する。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。重症患者の状態のうち、(2)のイに掲げる状態に準ずる状態であってJCS (JapanComaScale) 0 の状態、(2)のウに掲げる状態に準ずる状態であってNYHA I 度若しくはP/F比400以上の状態、又は(2)のキに掲げる状態に準ずる状態(顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く)であってBurnIndex0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を記載する。	820100422	ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算 2)
				～	変更なし
				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、 顔面熱傷又は気道熱傷 (救急医療管理加算 2): Burn Index 9 以上
				820100446※	キ 広範囲熱傷、 顔面熱傷又は気道熱傷 (救急医療管理加算 2): Burn Index 4 以上 9 未満
				820100447※	キ 広範囲熱傷、 顔面熱傷又は気道熱傷 (救急医療管理加算 2): Burn Index 4 未満
				820100448※	キ 広範囲熱傷、 顔面熱傷又は気道熱傷 (救急医療管理加算 2): なし
				820100449※	キ 広範囲熱傷、 顔面熱傷又は気道熱傷 (救急医療管理加算 2): あり
				830100642※	キ 広範囲熱傷、 顔面熱傷又は気道熱傷 (救急医療管理加算 2) Burn Index 0 ; 顔面熱傷又は気道熱傷なしの場合は、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠; *****
				820100450 820100451	変更なし
				820100824※	コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(救急医療管理加算 2)
				820100825※	サ 蘇生術を必要とする重篤な状態(救急医療管理加算 2)
				830100474※	シ 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)の別添 5 に掲げる医科診療行為コードを記載する。	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。	850100387	加算を算定した入院年月日(救急医療管理加算 2); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"

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
37	A234- 2	感染対策向上加算	(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。	850100401※	加算を算定した入院年月日（感染対策向上加算）； （元号）yy"年"mm"月" "dd"日"
38	A234- 4	重症患者初期支援充実加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載する。	850190197※	加算を算定した入院年月日（重症患者初期支援充実加算）；（元号）yy"年" "mm"月"dd"日"
39	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。 留意事項通知A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算の(3)のアからケまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載する。	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"
				820100826※	ア ショック状態のもの
				820100902※	イ 重度の末梢循環不全のもの
				820100827※	ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
				820100903※	エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの
				820100828※	オ 特殊体位による手術を受けたもの
				820100904※	カ 強度の下痢が続く状態であるもの
				820100829※	キ 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの
				820100830※	ク 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
42	A247- 2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	せん妄のリスク因子の確認結果について、留意事項通知別紙様式7の3に規定するものの中から、該当するものを選択して記載する。	820100832※	せん妄のリスク因子：70歳以上
				820100905※	せん妄のリスク因子：脳器質的障害
				820100833※	せん妄のリスク因子：認知症
				820100906※	せん妄のリスク因子：アルコール多飲
				820100907※	せん妄のリスク因子：せん妄の既往
				820100834※	せん妄のリスク因子：リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の使用
				820100835※	せん妄のリスク因子：全身麻酔を要する手術後又はその予定があること
				820100836※	せん妄のリスク因子：その他

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
	A247- 2	せん妄ハイリス ク患者ケア加算	リスク因子に1項目以上該当する場合は、留 意事項通知別紙様式7の3に規定するものの 中から、該当するものを選択して記載する。	820100908※	ハイリスク患者に対する せん妄対策：認知機能低 下に対する介入（見当識 の維持等）
				820100909※	ハイリスク患者に対する せん妄対策：脱水の治療・ 予防（適切な補液と水分 摂取）
				820100837※	ハイリスク患者に対する せん妄対策：リスクとな る薬剤（特にベンゾジア ゼピン系薬剤）の漸減・ 中止
				820100838※	ハイリスク患者に対する せん妄対策：早期離床の 取組
				820100839※	ハイリスク患者に対する せん妄対策：疼痛管理の 強化（痛みの客観的評価 の併用等）
				820100840※	ハイリスク患者に対する せん妄対策：適切な睡眠 管理（非薬物的な入眠の 促進等）
				820100841※	ハイリスク患者に対する せん妄対策：本人及び家 族へのせん妄に関する情 報提供
				820100842※	ハイリスク患者に対する せん妄対策：その他
46	A302	新生児特定集中 治療室管理料	(総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集 中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医 療管理料と合計して22日以上算定した場合) 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g 以上1,500未満」、「1,000g未満」、「500g以上 750g未満」又は「500g未満」の中から該当す るものを選択して記載する。	820100027	出生時体重 1,500g以上
				820100028	出生時体重 1,000g以上 1,500g未満
				820100029	出生時体重 1,000g未満
				820101040※	出生時体重 500g以上 750g未満
				820101041※	出生時体重 500g未満
			留意事項通知A302新生児特定集中治療室管理 料の(1)のAからSまでのいずれに該当するか 選択して記載する。	変更なし	
48	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」、「500g以上 750g未満」又は「500g未満」の中から該当す るものを選択して記載する。	820100027	出生時体重 1,500g以上
				820100028	出生時体重 1,000g以上 1,500g未満
				820100029	出生時体重 1,000g未満
				820101040※	出生時体重 500g以上 750g未満
				820101041※	出生時体重 500g未満
				変更なし	
50	A303- 2	新生児治療回復 室入院医療管理 料	(新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期 特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管 理料と合わせて31日以上算定した場合) 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g 以上1,500未満」、「1,000g未満」、「500g以上 750g未満」又は「500g未満」の中から該当す るものを選択して記載する。	820100027	出生時体重 1,500g以上
				820100028	出生時体重 1,000g以上 1,500g未満
				820100029	出生時体重 1,000g未満
				820101040※	出生時体重 500g以上 750g未満
				820101041※	出生時体重 500g未満
			留意事項通知A303-2新生児治療回復室入院医 療管理料の、(2)のAからSまでのいずれに該 当するか選択して記載する。	変更なし	

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	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。	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。（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）；*****
			（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。（記載例 2 参照） 〔記載例 2〕 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100040	直近の入院医療機関名及び退院年月日（在宅患者支援病床初期加算）；*****
56	A311-2 A311-3	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料	算定を開始した年月日を記載する。	850100034	精神科救急急性期医療入院料の算定開始年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				850100035	精神科急性期治療病棟入院料の算定開始年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				850100036	精神科救急・合併症入院料の算定開始年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			（転棟患者等が精神科急性期治療病棟入院料を算定する場合） 転棟の必要性を記載する。	830100042	転棟の必要性（精神科救急急性期医療入院料）；*****
				830100043	転棟の必要性（精神科急性期治療病棟入院料）；*****
				830100044	転棟の必要性（精神科救急・合併症入院料）；*****
			（医療観察法入院患者（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第42条第 1 項第 1 号又は第61条第 1 項第 1 号の決定による入院患者）であった者が、引き続き精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する場合） 医療観察法による入院の開始日及び終了日（年月日）を記載する。	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"
57	A311-2 A311-3	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料の非定型抗精神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載する。	830100045※	向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科救急急性期医療入院料））；*****
				830100046	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））；*****

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
58	A311	精神科救急急性 期医療入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載する。	850100039※	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科救急急性期医療入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合) 投与中止日及び投与中止の理由について、留意事項通知別添1第1章第2部A311精神科救急急性期医療入院料の(3)のア又はイの理由のうち該当するものを記載する。	850100040※	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急急性期医療入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				820100519※	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急急性期医療入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止
				820100520※	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急急性期医療入院料):イ 患者事由により、投与を中止
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100041※	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急急性期医療入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				842100025※	クロザピンの投与中止回数(精神科救急急性期医療入院料);*****
59	A311-2	精神科急性期治療病棟入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載する。		変更なし
			(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、留意事項通知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。		変更なし
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100044※	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科急性期治療病棟入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				842100026	クロザピンの投与中止回数(精神科急性期治療病棟入院料);*****

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	A311- 3	精神科救急・合併症入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載する。		変更なし
			(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。		変更なし
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100047※	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急・合併症入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				842100027	クロザピンの投与中止回数(精神科救急・合併症入院料);*****
70	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。		算定日情報 (算定日)
				820100992※	対象手術(短手1):内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)
				820100993※	対象手術(短手1):小児食物アレルギー負荷検査
				820100525	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 3 長径四センチメートル以上(六歳未満に限る。)
				820100526	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 3 長径六センチメートル以上十二センチメートル未満(六歳未満に限る。)
				820100527	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 4 長径十二センチメートル以上(六歳未満に限る。)
				820100528	対象手術(短手1):腋臭症手術
				820100994※	対象手術(短手1):四肢・躯幹部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。)
				820100995※	対象手術(短手1):骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)
				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
				820100996※	対象手術(短手1):ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。)

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
				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
				820100997※	対象手術（短手1）：涙管 チューブ挿入術 1 涙 道内視鏡を用いるもの
				820100998※	対象手術（短手1）：眼瞼 内反症手術 2 皮膚切 開法
				820100999※	対象手術（短手1）：眼瞼 下垂症手術 1 眼瞼挙 筋前転法
				820101000※	対象手術（短手1）：眼瞼 下垂症手術 3 その他 のもの
				820101001※	対象手術（短手1）：翼状 片手術（弁の移植を要す るもの）
				820101002※	対象手術（短手1）：治療 的角膜切除術 1 エキ シマレーザーによるもの （角膜ジストロフィー又 は帯状角膜変性に係るも のに限る。）
				820101003※	対象手術（短手1）：緑内 障手術 6 水晶体再建 術併用眼内ドレーン挿入 術
				820100533	対象手術（短手1）：水晶 体再建術
				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）
				820101004※	対象手術（短手1）：経皮 的シャント拡張術・血栓 除去術 1 初回
				820101005※	対象手術（短手1）：経皮 的シャント拡張術・血栓 除去術 2 1の実施後 3月以内に実施する場合
				820101006※	対象手術（短手1）：下肢 静脈瘤手術 1 抜去切 除術
				820101007※	対象手術（短手1）：下肢 静脈瘤手術 2 硬化療 法（一連として）
				820101008※	対象手術（短手1）：下肢 静脈瘤手術 3 高位結 紮術
				820101009※	対象手術（短手1）：下肢 静脈瘤血管内焼灼術
				820101010※	対象手術（短手1）：下肢 静脈瘤血管内塞栓術

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
	A400 の 1	短期滞在手術等 基本料 1		820100537	対象手術（短手 1）：内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
				820100538	対象手術（短手 1）：内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
				820101011※	対象手術（短手 1）：痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの）
				820101012※	対象手術（短手 1）：肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
				820101013※	対象手術（短手 1）：尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
				820101014※	対象手術（短手 1）：顕微鏡下精索静脈瘤手術
				820100539	対象手術（短手 1）：経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術
74	B001 の 2	特定薬剤治療管理料 1	(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。 (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。	830100056	非算定理由（短手 1）； *****
				820100540	対象手術とは別目的で実施した検査等（短手 1）
				820100046	(イ) 心疾患患者でジギタリス製剤を投与
				～	変更なし
				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
85	B001 の 14	高度難聴指導管理料の口	留意事項通知B001の 2 特定薬剤治療管理料の(1)のアの(イ) から (ネ) 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。また、初回の算定年月を記載する。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。	820100843※	(ネ) 統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与
				850100488	前回算定年月日（高度難聴指導管理料（その他の患者））；（元号）yy"年"mm"月"dd"日
97	B001 の 32	一般不妊治療管理料	前回算定年月（初回である場合は初回である旨）を記載する。	850100402※	前回算定年月（一般不妊治療管理料）；（元号）yy"年"mm"月"
				820190049※	初回（一般不妊治療管理料）

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	B001 の33	生殖補助医療管理料	生殖補助医療の開始日における年齢(初回である場合は初回である旨)を記載する。	830100478※	生殖補助医療の開始日における年齢(生殖補助医療管理料);*****
				820190061※	初回(生殖補助医療管理料)
			治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で、当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日を記載する。	830100479※	治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計(生殖補助医療管理料);*****
				850100403※	胚移植術の実施回数を確認した年月日(生殖補助医療管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			治療計画を作成し、又は見直した場合における当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載する。	850100404※	治療計画の同意を得た年月日(生殖補助医療管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
99	B001 の34のハ	二次性骨折予防継続管理料3	初回算定年月日を記載する。	850100406※	治療計画の同意を得た年月日(2回目以降)(生殖補助医療管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
					初回算定年月日(二次性骨折予防継続管理料3);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
100	B001 の35	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	初回算定年月日を記載する。	850100407※	初回算定年月日(アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
101	B001 の36	下肢創傷処置管理料	下肢創傷処置を実施した年月日を記載する。	850190198※	下肢創傷処置実施年月日(下肢創傷処置管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
108	B001- 2-12	外来腫瘍化学療法診療料	(「イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合」を算定する場合) 前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載する。	850190205※	前回算定年月日(外来腫瘍化学療法診療料(投与した場合));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				820190205※	初回(外来腫瘍化学療法診療料(投与した場合))
			(「ロ 抗悪性腫瘍剤の投与とその他必要な治療管理を行った場合」を算定する場合) 前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載する。	850190206※	前回算定年月日(外来腫瘍化学療法診療料(投与その他の場合));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				820190206※	初回(外来腫瘍化学療法診療料(投与その他の場合))
109	B001- 2-12注 7	外来腫瘍化学療法診療料バイオ後続品導入初期加算	初回使用年月日を記載する。	850100408※	初回使用年月日(バイオ後続品導入初期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
130	B005- 10	ハイリスク妊産婦連携指導料1	精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を標榜する保険医療機関に対して診療情報が文書により提供された妊婦又は出産日(年月日)を記載する。	820100844※	診療情報が文書により提供された妊婦(ハイリスク妊産婦連携指導料1)
				850100409※	出産日(ハイリスク妊産婦連携指導料1);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

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
131	B005- 10-2	ハイリスク妊産 婦連携指導料 2	当該保険医療機関で精神療法が実施されてい る又は精神疾患が疑われるものとして産科若 しくは産婦人科を担当する医師から紹介され た妊婦又は出産日（年月日）を記載する。	820100845※	産科若しくは産婦人科を 担当する医師から紹介さ れた妊婦（ハイリスク妊 産婦連携指導料 2）
				850100410※	出産日（ハイリスク妊産 婦連携指導料 2）；（元号） yy"年"mm"月"dd"日"
132	B005- 11の 1	遠隔連携診療料 1 診断を目的 とする場合	（2 回以上算定する場合） 「未確」と表示し、前回算定年月日を記載する。	850100411※	前回算定年月日（遠隔連 携診療料 1 診断を目的 とする場合）；（元号） yy" 年"mm"月"dd"日"
				820100846※	未確（遠隔連携診療料 1 診断を目的とする場 合）
133	B005- 11の 2	遠隔連携診療料 2 その他の場 合	初回算定年月日を記載する。	850100412※	初回算定年月日（遠隔連 携診療料 2 その他の場 合）；（元号） yy"年"mm" 月"dd"日"
134	B005- 12	こころの連携指 導料(1)	初回算定年月日を記載する。	850100413※	初回算定年月日（こころ の連携指導料(1)）；（元号） yy"年"mm"月"dd"日"
135	B005- 13	こころの連携指 導料(2)	初回算定年月日を記載する。	850100414※	初回算定年月日（こころ の連携指導料(2)）；（元号） yy"年"mm"月"dd"日"
149	B011	連携強化診療情 報提供料	（妊婦である場合） 当該患者が妊娠している者である旨記載する。 （産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機 関等と他の保険医療機関が連携した場合） 前回算定年月（初回である場合は初回である 旨）を記載する。	820100579※	妊婦（連携強化診療情報 提供料）
				850100415※	前回算定年月（連携強化 診療情報提供料）；（元号） yy"年"mm"月"
				820190050※	初回（連携強化診療情報 提供料）
150	B011 の注 5	連携強化診療情 報提供料	（注 5 に規定する注 1 から注 4 までのいずれに も該当しない場合（頻回の情報提供の必要性を 認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関 に情報提供を行った場合を除く。））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。	850190199※	前回算定年月（注 5（頻 回の情報提供を行う場合 以外））；（元号） yy"年" "mm"月"
				820190062※	初回（注 5（頻回の情報 提供を行う場合以外））
151	B012	傷病手当金意見 書交付料	交付年月日を記載する。	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。	傷病名コード※	（傷病名を表示する。）
				修飾語コード※	（修飾語を表示する。）
			（遺族等に対して意見書を交付した場合で遺族 等が他に療養の給付を受けていない場合） 当該遺族等の診療報酬明細書に相続と表示 し、意見書の対象となった傷病名を「傷病名」 欄に記載する。	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。	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。）

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	C	在宅患者診療・ 指導料	(在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診又は訪問看護を行った場合)「支援」と記載し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載する。	830100085※	指示のあった在宅療養支援診療所名；*****
168	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) (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年月日を記載する。	変更なし 850100417※	訪問診療年月日；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
172	C002 C002- 2	在宅時医学総合 管理料施設入居 時等医学総合管 理料	当該月において往診又は訪問診療を行った年月日を記載する。	850100106 850100107	往診又は訪問診療年月日 (在医総管)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 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。	842100035 842100036	単一建物診療患者数 (在 医総管)；***** 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。	820100847※	2人目患者診療時間が1 時間超
			(在宅時医学総合管理料について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合、また、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて施設入居時等医学総合管理料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合)	変更なし	
182	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看 護・指導料、同 一建物居住者訪 問看護・指導料 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。	特定器材 コード※	(特定器材名を表示す る。)
190	C007 注3	訪問看護指示料 の手順書加算	前回の算定日(初回の場合は初回である旨)を記載する。	850100418※	前回算定年月日(手順書 加算)；(元号)yy"年" "mm"月"dd"日"
				820190052※	初回(手順書加算)

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
197	C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	留意事項通知C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料の(8)又は(9)により当該指導管理料算定する場合) カンファレンスの実施年月日、DESIGN-R*2020による深さの評価及び本通知C013(2)のいずれに該当するのかを記載する。	850100130	初回カンファレンスの実施年月日（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100131	2 回目のカンファレンスの実施年月日（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100132	3 回目のカンファレンスの実施年月日（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				820100644※	DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：d0（皮膚損傷・発赤なし）
				820100645※	DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：d1（持続する発赤）
				820100646※	DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：d2（真皮までの損傷）
				820100647※	DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：D3（皮下組織までの損傷）
				820100648※	DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：D4（皮下組織を負える損傷）
				820100649※	DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：D5（関節腔、体腔に至る損傷）
				820100650※	DESIGN-R2020による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：DU（深さ判定が不能の場合）
				820100651	該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：ア 重度の末梢循環不全のもの
198	C014	外来在宅共同指導料	共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載する。	～	変更なし
				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
				830100643※	共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称（外来在宅共同指導料）； *****
				850100133※	共同指導を行った年月日（外来在宅共同指導料）； (元号) yy"年"mm"月"dd"日"

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
199	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。	医薬品コード※	(医薬品名を表示する。)
				特定器材コード※	(特定器材名を表示する。)
200	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。	医薬品コード※	(医薬品名を表示する。)
				830100480※	薬剤支給日数 (在宅自己注射指導管理料) ;*****
			(緊急時に受診した場合の注射に係る費用を算定する場合) 緊急時の受診である旨及びその年月日を記載する。	820100656	変更なし
				850100133	
201	C101注4	在宅自己注射指導管理料バイオ後続品導入初期加算	初回処方年月日を記載する。	850100408※	初回使用年月日 (バイオ後続品導入初期加算) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
202	C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2	分娩日 (年月日) を記載する。	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"
203	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)		変更なし
			(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。	算定日情報※	(算定日)
				算定日情報※	(算定日)
			(在宅自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載する。	医薬品コード※	(医薬品名を表示する。)
				特定器材コード※	(特定器材名を表示する。)
			(他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合)		変更なし
204	C102-2	在宅血液透析指導管理料	(1月に2回以上在宅血液透析指導管理料を算定した場合) 初回の指導管理を行った年月日を記載するとともに、留意事項通知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。		変更なし
			(人工腎臓を算定した場合) 算定した日を記載する。	算定日情報※	(算定日情報)
			(在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合)	医薬品コード※	(医薬品名を表示する。)
				特定器材コード※	(特定器材名を表示する。)
207	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。	医薬品コード※	(医薬品名を表示する。)
				特定器材コード※	(特定器材名を表示する。)
208	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。	医薬品コード※	(医薬品名を表示する。)

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
209	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。	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。	医薬品 コード※	(医薬品名を表示する。)
210	C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	胃瘻造設年月日及び初回算定年月日を記載する。	850100141 850100142	変更なし
			(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。	医薬品 コード※	(医薬品名を表示する。)
			(半固形状の流動食(市販されているものに限る)に係る指導管理を行った場合) 当該流動食の製品名を記載する。	医薬品 コード※	(医薬品名を表示する。)
211	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。	医薬品 コード※	(医薬品名を表示する。)
212	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、直近の無呼吸低呼吸指数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通知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	一連の治療期間における初回の指導管理年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				842100047 830100099 850100144 830100100	変更なし
				830100101	変更なし
			(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。		
214	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。	医薬品 コード※	(医薬品名を表示する。)
				特定器材 コード※	(特定器材名を表示する。)
215	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。	850100146 830100102	変更なし
				医薬品 コード※	(医薬品名を表示する。)
			(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) 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。	特定器材 コード※	(特定器材名を表示する。)
216	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。	医薬品 コード※	(医薬品名を表示する。)
				特定器材 コード※	(特定器材名を表示する。)
219	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。	医薬品 コード※	(医薬品名を表示する。)
				特定器材 コード※	(特定器材名を表示する。)
220	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。	特定器材 コード※	(特定器材名を表示する。)

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
221	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。	医薬品 コード※	(医薬品名を表示する。)
				特定器材 コード※	(特定器材名を表示す る。)
222	C150	血糖自己測定器 加算	(「7間歇スキャン式持続血糖測定器によるも の」以外を算定する場合) 1月に行われた血糖自己測定の回数を記載す る。 (1月に2回分又は3回分の算定を行う場 合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月 分、前々月分のいずれを算定したのか又は当 月分に加え、翌月分、前月分のいずれかを算 定したのかを選択して記載する。 (1型糖尿病の患者等に対し算定する場合) 1型糖尿病の患者等である旨を記載する。	842100048※	1月に行われた血糖自己 測定回数(血糖自己測定 器加算);*****
				820100122※	当月分
				820100123※	翌々月分
				820100124※	翌月分
				820100125※	前月分
				820100126※	前々月分
					変更なし
235	C171- 3	在宅ハイフロー セラピー材料加 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。	820100122※	当月分
				820100123※	翌々月分
				820100124※	翌月分
				820100125※	前月分
				820100126※	前々月分
236	C172	在宅経肛門的自 己洗腸用材料加 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。	820100122※	当月分
				820100123※	翌々月分
				820100124※	翌月分
				820100125※	前月分
				820100126※	前々月分
237	C174	在宅ハイフロー セラピー装置加 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。	820100122※	当月分
				820100123※	翌々月分
				820100124※	翌月分
				820100125※	前月分
				820100126※	前々月分
238	C175	在宅抗菌薬吸入 療法用ネブライ ザ加算	初回算定日(初回の場合は初回である旨)を記 載する。	850100419※	初回算定年月日(在宅抗 菌薬吸入療法用ネブライ ザ加算);(元号)yy"年 "mm"月"dd"日"
				820190053※	初回(在宅抗菌薬吸入療 法用ネブライザ加算)
239	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。	850190200※	訪問看護ステーション等 の看護師等が薬剤を使用 した年月日(C200);(元 号)yy"年"mm"月"dd"日 "
				850190201※	訪問看護ステーション等 の看護師等が特定保険医 療材料を使用した年月日 (C300);(元号)yy"年 "mm"月"dd"日"
242	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。	特定器材 コード※	(特定器材名を表示す る。)

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
243	D	時間外緊急院内 検査加算	検査開始日時を記載する。	853100001※	検査開始日時（時間外緊急院内検査加算）；dd"日"hh"時"mm"分"
			(引き続き入院した場合) 引き続き入院した場合である旨を記載する。	820100129	引き続き入院
245	D001 の10	トリプシノーゲン2（尿）	急性膵炎を疑う医学的根拠について記載する。	830100481※	急性膵炎を疑う医学的根拠（トリプシノーゲン2（尿））；*****
249	D004 -2の1	悪性腫瘍組織検査1 悪性腫瘍遺伝子検査	留意事項通知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。	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
				～	変更なし
				820100804	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるROS1融合遺伝子検査
				820100848※	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるBRAF遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）
				820100849※	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるMETex14遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）
				820100850※	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：濾胞性リンパ腫におけるEZH2遺伝子検査
				820100853※	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるMETex14遺伝子検査（次世代シーケンシング）
				820100854※	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるRET融合遺伝子検査
				820100855※	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査（リアルタイムPCR法）
				820100856※	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査
				820100857※	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査
			(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。	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"

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	D006-5	染色体検査 1 FISH法を用いた 場合	(びまん性大細胞型B細胞リンパ腫又は多発性 骨髄腫の診断の目的で2回以上検査を行った 場合) 「未確」と表示し、前回算定日を記載する。	850100420※	前回算定年月日 (染色体 検査 1 FISH法を用い た場合) ; (元号) yy"年 "mm"月"dd"日"
				820100858※	未確 (染色体検査 1 FISH法を用いた場合)
259	D006-19	がんゲノムプロ ファイリング検 査	(血液を検体とする場合であって、医学的な理 由により、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として がんゲノムプロファイリング検査を行うこと が困難な場合) 固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施 困難である医学的な理由を記載する。	830100761※	固形腫瘍の腫瘍細胞を検 体とした検査が実施困難 である医学的な理由 (血 液を検体とする) (がんゲ ノムプロファイリング検 査) ; *****
				820100859※	包括的なゲノムプロファ イルの結果を得られない (血液を検体とする) (が んゲノムプロファイリン グ検査)
			(抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とし て他の検査を実施した場合) 包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて 取得した検査の実施年月日を記載する。	850100421※	肺癌におけるEGFR遺伝 子検査の実施年月日 (が んゲノムプロファイリン グ検査) ; (元号) yy"年 "mm"月"dd"日"
				850100422※	肺癌におけるROS1融合 遺伝子検査の実施年月日 (がんゲノムプロファイ リング検査) ; (元号) yy" 年"mm"月"dd"日"
				850100423※	肺癌におけるALK融合遺 伝子検査の実施年月日 (がんゲノムプロファイ リング検査) ; (元号) yy" 年"mm"月"dd"日"
				850100424※	大腸癌におけるRAS遺伝 子検査の実施年月日 (が んゲノムプロファイリン グ検査) ; (元号) yy"年 "mm"月"dd"日"
				850100425※	乳癌におけるHER2遺伝 子検査の実施年月日 (が んゲノムプロファイリン グ検査) ; (元号) yy"年 "mm"月"dd"日"
				850100426※	固形癌におけるマイクロ サテライト不安定性検査 の実施年月日 (がんゲノ ムプロファイリング検 査) ; (元号) yy"年"mm" 月"dd"日"
				850100427※	肺癌におけるMETex14遺 伝子検査の実施年月日 (がんゲノムプロファイ リング検査) ; (元号) yy" 年"mm"月"dd"日"
				850100428※	悪性黒色腫における BRAF遺伝子検査の実施 年月日 (がんゲノムプロ ファイリング検査) ; (元 号) yy"年"mm"月"dd"日 "
				850100429※	固形癌におけるNTRK融 合遺伝子検査の実施年月 日 (がんゲノムプロファ イリング検査) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日"

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
				850100430※	固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				850100431※	胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				850100432※	卵巣癌におけるBRCA1遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				850100433※	前立腺癌におけるBRCA1遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				850100434※	卵巣癌におけるBRCA2遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				850100435※	前立腺癌におけるBRCA2遺伝子検査の実施年月日（がんゲノムプロファイリング検査）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
261	D006-22	RAS遺伝子検査（血漿）	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載する。	830100483※	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（RAS遺伝子検査（血漿））；*****
262	D006-25	CYP2C9遺伝子多型	必要と判断した医学的根拠を記載する。	830100484※	必要と判断した医学的根拠（CYP2C9遺伝子多型）；*****
263	D006-26	染色体構造変異解析	検査を実施する医学的な理由を記載する。	830100485※	検査を実施する医学的な理由（染色体構造変異解析）；*****
264	D006-27の1	悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）ROS1融合遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載する。	830100486※	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（ROS1融合遺伝子検査）；*****
265	D006-27の2	悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）ALK融合遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載する。	830100487※	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（ALK融合遺伝子検査）；*****
266	D006-27の3	悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）METex14遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載する。	830100488※	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（METex14遺伝子検査）；*****
267	D006-27の4	悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）NTRK融合遺伝子検査	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載する。	830100489※	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（NTRK融合遺伝子検査）；*****

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
269	D007 の57	ロイシンリッチ α2グリコプロ テイン	前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載する。	850190049※	前回実施年月日（ロイシンリッチα2グリコプロテイン）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				820190054※	初回（ロイシンリッチα2グリコプロテイン）
			医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を記載する。	830100490※	1月に1回行う詳細な理由（ロイシンリッチα2グリコプロテイン）；*****
				830100491※	検査結果（ロイシンリッチα2グリコプロテイン）；*****
273	D008 の27	酒石酸抵抗性酸 ホスファターゼ (TRACP-5b)	(診断補助として実施した後、6月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合) 診断補助として実施した日を記載する。	850100159※	診断補助の実施年月日（TRACP-5b）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			(治療方針を変更した際に実施した場合) 治療方針の変更年月日を記載する。	850100160※	治療方針変更年月日（TRACP-5b）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
276	D008 の52	抗ミューラー管ホルモン（AMH）	前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載する。	850190050※	前回実施年月日（抗ミューラー管ホルモン（AMH））；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				820190055※	初回（抗ミューラー管ホルモン（AMH））
277	D008 の53	レプチン	脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由を記載する。	830100492※	脂肪萎縮の発症時期（レプチン）；*****
				830100493※	全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由（レプチン）；*****
280	D009 の27	プロステートヘルスインデックス（phi）	(前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合) 前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載する。	850190051※	前回実施年月日（プロステートヘルスインデックス（phi））；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				820190056※	初回（プロステートヘルスインデックス（phi））
			前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載する。	850100436※	前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日（プロステートヘルスインデックス（phi））；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				830100494※	前立腺特異抗原（PSA）の測定結果（プロステートヘルスインデックス（phi））；*****
			(2回以上算定する場合) 必要性を記載する。	830100495※	2回以上算定する必要性（プロステートヘルスインデックス（phi））；*****
285	D012 の49	白癬菌抗原定性	(KOH直接鏡検が陰性であったものの、臨床所見等から爪白癬が疑われる場合) 検査を実施した医学的な必要性を記載する。	830100496※	医学的な必要性（白癬菌抗原定性）；*****
			(KOH直接鏡検が実施できない場合) KOH直接鏡検を実施できない理由を記載する。	830100497※	KOH直接鏡検を実施できない理由（白癬菌抗原定性）；*****
287	D012 の60	鳥特異的IgG抗体	検査が必要と判断した医学的根拠を記載する。	830100498※	検査が必要と判断した医学的根拠（鳥特異的IgG抗体）；*****
288	D012 の61	抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体	(2回以上算定する場合) 必要性を記載する。	830100499※	2回以上算定する必要性（抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体）；*****

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	-	SARS-CoV-2抗 原検出（定性）	検査が必要と判断した医学的根拠を記載する。	830100500※	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS-CoV-2抗原検出（定性））；*****
290	-	SARS-CoV-2抗 原検出（定量）	検査が必要と判断した医学的根拠を記載する。	830100501※	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS-CoV-2抗原検出（定量））；*****
			（COVID-19の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として本検査を実施した場合） 検査を実施した日時及びその結果を記載する。	853100002※	検査の実施日時（SARS-CoV-2抗原検出（定量））； dd"日"hh"時"mm"分"
				830100502※	検査結果（SARS-CoV-2抗原検出（定量））；*****
291	-	SARS-CoV-2・ インフルエンザ ウイルス抗原同 時検出（定性）	検査が必要と判断した医学的根拠を記載する。	830100503※	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性））； *****
295	D014 の45	抗P/Q型電位依 存性カルシウム チャンネル抗体 （抗P/Q型VGCC 抗体）	（反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認めない患者を対象として実施する場合） その詳細な理由を記載する。	830100504※	医学的な必要性（抗P/Q型電位依存性カルシウムチャンネル抗体（抗P/Q型VGCC抗体））；*****
298	D015 の17	インターロイキ ン-6（IL-6）	実施した年月日を記載する。	850100437※	実施年月日（インターロイキン-6（IL-6））；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			（3回以上算定する場合） その詳細な理由を記載する。	830100762※	3回以上算定する詳細な理由（インターロイキン-6（IL-6））；*****
299	D015 の28	sFlt-1/PIGF比	リスク因子のいずれに該当するかを記載する。	820100860※	（イ）収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上（sFlt-1/PIGF比）
				820100861※	（ロ）蛋白尿（sFlt-1/PIGF比）
				820100862※	（ハ）妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見（sFlt-1/PIGF比）
				820100863※	（ニ）子宮内胎児発育遅延（sFlt-1/PIGF比）
				820100864※	（ホ）子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見（sFlt-1/PIGF比）
			（（ハ） 妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見に該当する場合） 医学的根拠を記載する。	830100506※	（ハ） に該当する医学的根拠（sFlt-1/PIGF比）； *****
			（（ホ） 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見に該当する場合） 医学的根拠を記載する。	830100507※	（ホ） に該当する医学的根拠（sFlt-1/PIGF比）； *****
			（リスク因子を2つ以上有する妊婦において算定する場合） 詳細な理由を記載する。	830100508※	医学的必要性（リスク因子を2つ以上有する妊婦）（sFlt-1/PIGF比）； *****
301	D023 の4	HBV核酸定量	治療中又は治療終了年月日を記載する。	830100509※	医学的必要性（一連の妊娠につき2回以上算定）（sFlt-1/PIGF比）；*****
				850100438※	治療終了年月日（HBV核酸定量）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				820100865※	B型肝炎の治療中（HBV核酸定量）

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
304	-	SARS-CoV-2核 酸検出	(検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ 輸送し検査を委託して実施した場合) 検査を実施した施設名を記載する。	830100510※	検査を実施した施設名 (SARS-CoV-2核酸検 出)；*****
			検査が必要と判断した医学的根拠を記載する。	830100511※	検査が必要と判断した医 学的根拠 (SARS-CoV-2 核酸検出)；*****
			(COVID-19の治療を目的として入院している 者に対し、退院可能かどうかの判断を目的と して本検査を実施した場合) 検査を実施した日時及びその結果を記載する。	853100029※	検査の実施日時 (SARS- CoV-2核酸検出)；dd"日 "hh"時"mm"分"
				830100512※	検査結果 (SARS-CoV-2 核酸検出)；*****
306	D023 の16	サイトメガロウ イルス核酸定量	(高度細胞性免疫不全の患者に算定する場合) 検査が必要であった理由について記載する。	830100513※	検査が必要な理由 (サイ トメガロウイルス核酸定 量)；*****
310	-	ウイルス・細菌 核酸多項目同時 検出 (SARS- CoV-2を含む。)	(検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ 輸送し検査を委託して実施した場合) 検査を実施した施設名を記載する。	830100514※	検査を実施した施設名 (ウイルス・細菌核酸多項 目同時検出 (SARS- CoV-2を含む。))；*****
			検査が必要と判断した医学的根拠を記載する。	830100515※	検査が必要と判断した医 学的根拠 (ウイルス・細 菌核酸多項目同時検出 (SARS-CoV-2を含 む。))；*****
			(COVID-19の治療を目的として入院している 者に対し、退院可能かどうかの判断を目的と して本検査を実施した場合) 検査を実施した日時及びその結果を記載する。	853100030※	検査の実施日時 (ウイル ス・細菌核酸多項目同時 検出 (SARS-CoV-2を含 む。))；dd"日"hh"時 "mm"分"
				830100516※	検査結果 (ウイルス・細 菌核酸多項目同時検出 (SARS-CoV-2を含 む。))；*****
311	-	SARS-CoV-2・ インフルエンザ 核酸同時検出	(検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ 輸送し検査を委託して実施した場合) 検査を実施した施設名を記載する。	830100517※	検査を実施した施設名 (SARS-CoV-2・インフル エンザ核酸同時検出)； *****
			検査が必要と判断した医学的根拠を記載する。	830100518※	検査が必要と判断した医 学的根拠 (SARS-CoV-2・ インフルエンザ核酸同時 検出)；*****
			(COVID-19の治療を目的として入院している 者に対し、退院可能かどうかの判断を目的と して本検査を実施した場合) 検査を実施した日時及びその結果を記載する。	853100031※	検査の実施日時 (SARS- CoV-2・インフルエンザ 核酸同時検出)；dd"日 "hh"時"mm"分"
				830100519※	検査結果 (SARS-CoV-2・ インフルエンザ核酸同時 検出)；*****
319	D215- 3	超音波エラスト グラフィ	(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記載する。	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)； *****
			(肝硬度測定、超音波エラストグラフィ及び 超音波減衰法検査について、同一の患者につ き、当該検査実施日より3月以内において、 医学的な必要性から別に算定する必要がある 場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載する。	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)；*****

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
320	D215-4	超音波減衰法検査	(肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載する。	830100619※	別に算定する理由及び医学的根拠(超音波減衰法検査);*****
			(脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、肝臓の脂肪量を評価した場合) 前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載する。	850190052※	前回実施年月日(超音波減衰法検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				820190057※	初回(超音波減衰法検査)
327	D237の3のイ	終夜睡眠ポリグラフィー31及び2以外の場合 イ安全精度管理下で行うもの	留意事項通知D237終夜睡眠ポリグラフィーの(3)の(イ)から(ホ)までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載する。	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));*****
				～	変更なし
				830100157	(二)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****
			次の事項を記載する。	830100778※	(ホ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****
				830100521※	安全精度管理を要した患者の診断名(疑い病名を含む。)(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****
				830100522※	検査中の安全精度管理に係る検査結果の要点(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****
			(合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合) 継続的な治療の内容、BMI又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性について記載する。	830100523※	継続的な治療の内容(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****
				830100524※	BMI(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****
				830100525※	医学的な必要性(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****
332	D282-4	ダーモスコピー	(新たに他の病変で検査を行う場合) 医学的な必要性から4月に2回以上算定するときはその理由を記載する。	830100763※	新たな他の病変で4つに2回以上算定する理由(ダーモスコピー);*****

項番	区分	診療行為名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
333	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); *****
			前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載する。	850190053※	前回実施年月日(認知機能検査その他の心理検査 1 操作が容易なものイ簡易なもの); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				820190058※	初回(認知機能検査その他の心理検査 1 操作が容易なものイ簡易なもの)
334	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。	830100172	小腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)症状詳記; *****
335	D310 注 2	小腸内視鏡検査 内視鏡的留置術加算	当該患者の症状詳記を添付する。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100527※	小腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記; *****
337	D313 注 3	大腸内視鏡検査 バルーン内視鏡加算	当該患者の症状詳記を添付する。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100528※	大腸内視鏡検査(バルーン内視鏡加算)症状詳記; *****
338	D310 注 4	大腸内視鏡検査 内視鏡的留置術加算	当該患者の症状詳記を添付する。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100529※	大腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記; *****
339	D414	内視鏡下生検法	「1 臓器」の取扱いについては、N000病理組織標本作製(1 臓器につき)に準ずる。留意事項 通知N000病理組織標本作成の(1)の(ア)から(ケ)までのいずれかを選択し記載する。なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載する。	820100866※	ア 気管支及び肺臓
				820100867※	イ 食道
				820100868※	ウ 胃及び十二指腸
				820100869※	エ 小腸
				820100870※	オ 盲腸
				820100871※	カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸
				820100872※	キ S状結腸
				820100873※	ク 直腸
				820100874※	ケ 子宮体部及び子宮頸部
				830100612※	コ その他; *****
340	D	算定回数が複数月に1回のみとされている検査	(算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合) 前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載する。	850190008	前回実施年月日(アルブミン定量(尿)); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				～	変更なし
				820190023	初回(MDA-LDL)
				850190054※	前回実施年月日(β-CTX(尿)); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				820190059※	初回(β-CTX(尿))
				850190024	前回実施年月日(β-CTX); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				～	変更なし
343	E	画像診断	撮影部位を記載する。 ※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343、348、352のとおり、選択して記載する。	830189300※	撮影部位(写真診断、コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影以外); その他; *****
			撮影開始日時を記載する。	853100003※	撮影開始日時(時間外緊急院内画像診断加算); dd"日"hh"時"mm"分"
			(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。	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
344	E001	写真診断1 単純 撮影	撮影部位を選択して記載する。 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。 なお、四肢については、左・右・両側の別を記載する。	820181000※	撮影部位（単純撮影）：頭部（副鼻腔を除く。）
				820183620※	撮影部位（単純撮影）：頭部（副鼻腔に限る。）
				820181100	撮影部位（単純撮影）：頸部（頸椎を除く。）
				～	変更なし
				820181320	撮影部位（単純撮影）：仙骨部
				830100797	撮影部位（単純撮影）：肩_；*****
				830181400	撮影部位（単純撮影）：上腕_；*****
				～	変更なし
349	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。 (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。	算定日情報※	(算定日情報)
				820100713	画診共同（CT撮影）
				820182000※	撮影部位（CT撮影）：頭部（副鼻腔を除く）
				820182800※	撮影部位（CT撮影）：頭部（副鼻腔）
				820182110	撮影部位（CT撮影）：頸部
				～	変更なし
				830189100	撮影部位（CT撮影）（その他）；*****
				～	変更なし
352	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。 (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。	算定日情報※	(算定日情報)
				820100728	画診共同（MRI撮影）
353	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。	820183020	撮影部位（MRI撮影）：頭部（脳）
				820183630※	撮影部位（MRI撮影）：頭部（副鼻腔）
				820183010※	撮影部位（MRI撮影）：頭部（脳・副鼻腔を除く）
				820183110	撮影部位（MRI撮影）：頸部
				～	変更なし
				830189200	撮影部位（MRI撮影）（その他）；*****
355	E202 注10	肝エラストグラフィ加算	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。	850190055※	前回実施年月日（肝エラストグラフィ加算）； （元号）yy"年"mm"月" "dd"日"
				820190060※	初回（肝エラストグラフィ加算）

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
357	F10 OF400	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。	820100742	隔日投与
				820100743	漸増投与
				820100744	漸減投与
				820100875	週 1 回投与
358	F200	薬剤〈入院分〉	(入院患者に対し退院時に投薬(内服薬)を行った場合) 「退院時 日分投薬」と記載する。	840000006	退院時 日分投薬
			(入院患者に対し退院時に投薬(屯服薬)を行った場合) 「退院時 回分投薬」と記載する。	840000634※	退院時 (屯服薬) 回分投薬
			(入院患者に対し退院時に投薬(外用薬)を行った場合) 「退院時 回分投薬」と記載する。	840000635※	退院時 (外用薬) 回分投薬
			(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。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)；*****
359	F20 OF400	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。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	830100202	ビタミン剤の投与趣旨(薬剤料・処方箋料)；*****
			(臨時薬を追加投与し、その結果投与する内服薬が7種類以上となる場合) 臨時薬の投与の必要性を記載する。ただし、病名によりその必要性が判断できる場合は、この限りでない。	830100203	臨時薬の投与の必要性(薬剤料・処方箋料)；*****
			(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。	830100204※	湿布薬の1日用量又は投与日数(薬剤料)；*****
			(1回の処方において、63枚を超えて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。	830000052※	63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、他の薬剤を処方箋により投薬した場合) その年月日及び理由を記載する。	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。	830100206	長期投与理由(薬剤料・処方箋料)；*****
360	G通則 7	バイオ後続品導入初期加算	初回使用年月日を記載する。	850100408※	初回使用年月日(バイオ後続品導入初期加算)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

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
364	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。	180027410※	心大血管疾患リハビリ テーション料(1)
				180027510※	心大血管疾患リハビリ テーション料(2)
			疾患名及び治療開始年月日を記載する。	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"
				830100209	継続理由（心大血管疾患 リハビリテーション料）； *****
			(標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾 患別リハビリテーションを行う患者のうち、 治療を継続することにより状態の改善が期待 できると医学的に判断される場合(特掲診療料 の施設基準等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)) (以下、変更ないため省略)		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハ ビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始日又は発症年月日 等を記載する。	830100210	変更なし
				850100210	
				850100211	
367	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。	180027610※	脳血管疾患等リハビリ テーション料(1)
				180027710※	脳血管疾患等リハビリ テーション料(2)
				180030810※	脳血管疾患等リハビリ テーション料(3)
				180044310※	脳血管疾患等リハビリ テーション料(1)(要介護・ 入院)
				180044410※	脳血管疾患等リハビリ テーション料(2)(要介護・ 入院)
				180044510※	脳血管疾患等リハビリ テーション料(3)(要介護・ 入院)
				180050330※	脳血管疾患等リハビリ テーション料(1) (リ減)
				180050430※	脳血管疾患等リハビリ テーション料(2) (リ減)
				180050530※	脳血管疾患等リハビリ テーション料(3) (リ減)
				180050630※	脳血管疾患等リハビリ テーション料(1)(要介護・ 入院) (リ減)
				180050830※	脳血管疾患等リハビリ テーション料(2)(要介護・ 入院) (リ減)
				180051030※	脳血管疾患等リハビリ テーション料(3)(要介護・ 入院) (リ減)

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
	H001	脳血管疾患等リ ハビリテーション 料	疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載する。	830100211	疾患名（脳血管疾患等リハビリテーション料）； *****
				850100218	発症年月日（脳血管疾患等リハビリテーション料）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				850100389	手術年月日（脳血管疾患等リハビリテーション料）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				850100390	急性増悪年月日（脳血管疾患等リハビリテーション料）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				850100439※	最初に診断された年月日（脳血管疾患等リハビリテーション料）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			(標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番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）； *****
				830100213	変更なし
				850100219	
				850100220	
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載する。		
370	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。	180044610※	廃用症候群リハビリテーション料(1)
				180044710※	廃用症候群リハビリテーション料(2)
				180044810※	廃用症候群リハビリテーション料(3)
				180044910※	廃用症候群リハビリテーション料(1)（要介護・入院）
				180045110※	廃用症候群リハビリテーション料(2)（要介護・入院）
				180045310※	廃用症候群リハビリテーション料(3)（要介護・入院）
				180051530※	廃用症候群リハビリテーション料(1)（リ減）
				180051630※	廃用症候群リハビリテーション料(2)（リ減）
				180051730※	廃用症候群リハビリテーション料(3)（リ減）
				180051830※	廃用症候群リハビリテーション料(1)（要介護・入院）（リ減）
				180052030※	廃用症候群リハビリテーション料(2)（要介護・入院）（リ減）
				180052230※	廃用症候群リハビリテーション料(3)（要介護・入院）（リ減）

項番	区分	診療行為名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
	H001-2	廃用症候群リハビリテーション料	廃用症候群の診断又は急性増悪した年月日を記載すること。廃用症候群に係る評価表を添付する又は同様の情報を「摘要」欄に記載する。	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）； *****
				830100216	変更なし
			（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。	850100222	
				850100223	
371	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年月日を記載する。	850100212	発症年月日（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"
				830100531※	疾患名（早期リハビリテーション加算）；*****
372	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。	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"
				830100531※	疾患名（早期リハビリテーション加算）；*****
373	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。	180032710※	運動器リハビリテーション料(1)
				180027810※	運動器リハビリテーション料(2)
				180027910※	運動器リハビリテーション料(3)
				180045810※	運動器リハビリテーション料(1)（要介護・入院）
				180045910※	運動器リハビリテーション料(2)（要介護・入院）
				180046010※	運動器リハビリテーション料(3)（要介護・入院）
				180052730※	運動器リハビリテーション料(1)（リ減）
				180052830※	運動器リハビリテーション料(2)（リ減）
				180052930※	運動器リハビリテーション料(3)（リ減）

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
	H002	運動器リハビリ テーション料		180053030※	運動器リハビリテーシ ョン料(1) (要介護・入院) (リ減)
				180053230※	運動器リハビリテーシ ョン料(2) (要介護・入院) (リ減)
				180053430※	運動器リハビリテーシ ョン料(3) (要介護・入院) (リ減)
			疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増 悪した年月日又は最初に診断された年月日を 記載する。	830100217	疾患名 (運動器リハビ リテーション料); *****
				850100224	発症年月日 (運動器リハ ビリテーション料); (元 号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100391	手術年月日 (運動器リハ ビリテーション料); (元 号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100392	急性増悪年月日 (運動器 リハビリテーション料); (元号) yy"年"mm"月"dd" 日"
				850100440※	最初に診断された年月日 (運動器リハビリテー ション料); (元号) yy"年 "mm"月"dd"日"
				830100218	継続理由 (運動器リハビ リテーション料); *****
			(標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾 患別リハビリテーションを行う患者のうち、 治療を継続することにより状態の改善が期待 できると医学的に判断される場合(特掲診療料 の施設基準等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。		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハ ビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年 月日等を記載する。	830100219	変更なし
				850100225	
				820100226	
376	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。	180028010※	呼吸器リハビリテーシ ョン料(1)
				180028110※	呼吸器リハビリテーシ ョン料(2)
			疾患名及び治療開始年月日を記載する。	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年月日又は発症年 月日等を記載する。	830100222	変更なし
				850100228	
				850100229	

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
381	H004	摂食機能療法の 摂食嚥下機能回復 体制加算	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施年月日及びカンファレンスを実施した年月日を記載する。内視鏡下嚥下機能検査及び嚥下造影について、 摂食嚥下機能回復体制加算 を算定する保険医療機関とは別の保険医療機関において検査を実施した場合には、検査を行った保険医療機関名を記載する。	850100231※	内視鏡下嚥下機能検査を実施した年月日（ 摂食嚥下機能回復体制加算 ）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				850100232※	嚥下造影を実施した年月日（ 摂食嚥下機能回復体制加算 ）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				830100458	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した別の保険医療機関名； *****
				850100233※	カンファレンスを実施した年月日（ 摂食嚥下機能回復体制加算 ）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
387	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。 〔記載例〕 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 185×18 実施日数3日 （リハ選） 運動器リハビリテーション料 1,850円×1	830100372※	リハ選；*****
393	I002	通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算	初回の当該加算を算定した年月日を記載する。 （対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合）急性増悪等における具体的な状態について記載する。	850100441※	初回算定年月日（療養生活継続支援加算）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				830100533※	急性増悪等における具体的な状態（療養生活継続支援加算）；*****
397	I003-2	認知療法・認知行動療法	初回の算定年月日及び一連の治療における算定回数の合計を記載する。	850100244 842100053	変更なし
			当該診療に要した時間を記載する。	852100015※	認知療法・認知行動療法に要した時間（認知療法・認知行動療法）
404	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。	850190202※ 820101019※ 820101020※ 820101021※	GAF測定年月日（精神科訪問看護・指導料）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日" GAF尺度100-91（精神科訪問看護・指導料） GAF尺度90-81（精神科訪問看護・指導料） GAF尺度80-71（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。		
			（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。		
			月の初日の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により測定した値及び測定日を記載すること。GAFの値については該当する範囲を選択して記載する。		

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
				820101022※	GAF尺度70-61（精神科訪問看護・指導料）
				820101023※	GAF尺度60-51（精神科訪問看護・指導料）
				820101024※	GAF尺度50-41（精神科訪問看護・指導料）
				820101025※	GAF尺度40-31（精神科訪問看護・指導料）
				820101026※	GAF尺度30-21（精神科訪問看護・指導料）
				820101027※	GAF尺度20-11（精神科訪問看護・指導料）
				820101028※	GAF尺度10-1（精神科訪問看護・指導料）
				820101029※	GAF尺度 0（精神科訪問看護・指導料）
409	I012-2	精神科訪問看護 指示料の手順書 加算	前回算定年月日（初回である場合は初回である旨）を記載する。	850190056※	前回実施年月日（手順書加算）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				820190052※	初回（手順書加算）
414	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。 〔記載例〕 精神科デイ・ケア（小規模） 590×5（精選） 精神科デイ・ケア 5,900円×1	830100534※	精選；*****
415	J000-2	下肢創傷処置	下肢創傷の部位及び潰瘍の深さを記載する。	830100535※	下肢創傷の部位及び潰瘍の深さ（下肢創傷処置）；*****
			（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。	830100245	理由及び医学的根拠（局所陰圧閉鎖処置と洗浄を行った場合）；*****
			初回加算を算定した年月日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を記載する。	850100442※	初回加算算定年月日（局所陰圧閉鎖処置（入院））；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
419	J003	局所陰圧閉鎖処置（入院）		830100246	陰圧維持管理装置として使用した機器（局所陰圧閉鎖処置（入院））；*****
				830100247	医学的必要性（局所陰圧閉鎖処置（入院））；*****
			（創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合）併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置のそれぞれの対象部位をそれぞれ記載する。	830100459※	併算定した処置の部位（局所陰圧閉鎖処置）；*****
				830100460※	対象部位（局所陰圧閉鎖処置）；*****
			（局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定した場合）初回加算を算定した年月日を記載する。	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"
421	J003-2	局所陰圧閉鎖処置（入院外）	（創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合）併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置のそれぞれの対象部位をそれぞれ記載する。	830100459※	併算定した処置の部位（局所陰圧閉鎖処置）；*****
				830100460※	対象部位（局所陰圧閉鎖処置）；*****
422	J003-3	局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）	（局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）を算定した場合）処置開始年月日を記載する。	850100393※	処置開始日（局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創））；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"

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
431	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。 留意事項通知J38-2持続緩徐式血液濾過の(2)の アからカまでのいずれかに該当する場合は、 該当項目を記載する。 留意事項通知J38-2持続緩徐式血液濾過の(2)の キからケまでのそれぞれについて、要件を満 たす医学的根拠について記載する。	850100443※	初回実施年月日（持続緩 徐式血液濾過）；（元号） yy"年"mm"月"dd"日"
				842100057	通算実施回数（持続緩徐 式血液濾過）；*****
				851100009	開始時刻（持続緩徐式血 液濾過）
				851100010	終了時刻（持続緩徐式血 液濾過）
434	J039注 3	移植後抗体関連 型拒絶反応治療 における血漿交 換療法	(臓器移植後に抗体関連型拒絶反応を呈する患 者を対象として、抗ドナー抗体を除去するこ とを目的として実施する場合) 医学的な必要性から一連につき6回以上算定 する場合には、その理由を記載する。	830100536※	6回以上算定する理由 (移植後抗体関連型拒絶 反応治療における血漿交 換療法)；*****
438	J041-2	血球成分除去療 法	(医学的な必要性から一連につき2週間に2回 以上算定する場合又は48週間を超えて算定す る場合) その理由を記載する。	830100764※	2週間に2回以上算定す る理由（血球成分除去療 法）；*****
				830100765※	48週間を超えて算定する 理由（血球成分除去療 法）；*****
			初回実施に当たっては、医学的な必要性を記 載する。	830100766※	医学的な必要性（初回） (血球成分除去療法)； *****
				850100444※	初回実施年月日（血球成 分除去療法）；（元号）yy "年"mm"月"dd"日"
			一連の当該療法の初回実施日、初回からの通 算実施回数（当該月に実施されたものも含 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。	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）
440	J045の 3	人工呼吸 5時 間を超えた場合	開始年月日を記載する。	850100445※	開始年月日（人工呼吸 5時間を超えた場合）； (元号) yy"年"mm"月 "dd"日"
441	J045注 3	覚醒試験加算	開始年月日を記載する。	850100446※	開始年月日（覚醒試験加 算）；（元号）yy"年"mm" 月"dd"日"
451	J129-3	治療用装具採寸 法	(医学的な必要性から、既製品の治療用装具を 処方するに当たって、既製品の治療用装具を 加工するために当該採寸を実施した場合) 医学的な必要性及び加工の内容を記載する。	830100537※	医学的な必要性（治療用 装具採寸法）；*****
				830100538※	加工の内容（治療用装具 採寸法）；*****
454	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。	830100539※	手術実施診療科（休日加 算1（手術））；*****
				830100540※	手術実施診療科（時間外 加算1（手術））；*****
				830100541※	手術実施診療科（深夜加 算1（手術））；*****
				830100542※	手術実施診療科（時間外 特例医療機関加算1（手 術））；*****
				853100021※	休日加算1（手術）初診 又は再診の日時；dd"日" "hh"時"mm"分"

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
	K 通 則12	通則12時間外等 加算 1		853100022※	時間外加算 1（手術）初 診又は再診の日時；dd" 日"hh"時"mm"分"
				853100023※	深夜加算 1（手術）初診 又は再診の日時；dd"日 "hh"時"mm"分"
				853100024※	時間外特例医療機関加算 1（手術）初診又は再診 の日時；dd"日"hh"時 "mm"分"
				853100025※	休日加算 1（手術）手術 開始日時；dd"日"hh"時 "mm"分"
				853100026※	時間外加算 1（手術）手 術開始日時；dd"日"hh" 時"mm"分"
				853100027※	深夜加算 1（手術）手術 開始日時；dd"日"hh"時 "mm"分"
				853100028※	時間外特例医療機関加算 1（手術）手術開始日時； dd"日"hh"時"mm"分"
456	K019- 2	自家脂肪注入	注入した脂肪量を記載する。	830100543※	注入した脂肪量（自家脂 肪注入）；*****
459	K046 の注	骨折観血的手術 の緊急整復固定 加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載 する。	853100006※	骨折した日時（緊急整復 固定加算）；dd"日"hh"時 "mm"分"
				853100007※	手術を開始した日時（緊 急整復固定加算）；dd"日 "hh"時"mm"分"
461	K047- 2	難治性骨折超音 波治療法	（観血的手術又は超音波骨折治療法等他の療養 を行わず難治性骨折超音波治療法を行った場 合） その詳細な理由を記載する。 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。	830100273※	詳細理由（難治性骨折超 音波治療法）；*****
				830100274※	指導内容（難治性骨折超 音波治療法）；*****
463	K059	骨移植術（軟骨 移植術を含む。）	（自家骨又は非生体同種骨（凍結保存された死 体骨を含む）移植に加え、人工骨移植を併せて 行った場合） 人工骨の移植部位について記載する。	830100544※	人工骨の移植部位（骨移 植術）；*****
465	K081 の注	人工骨頭挿入術 の緊急挿入加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載 する。	853100008※	骨折した日時（緊急挿入 加算）；dd"日"hh"時 "mm"分"
				853100009※	手術を開始した日時（緊 急挿入加算）；dd"日"hh" 時"mm"分"
471	K311	鼓膜穿孔閉鎖術	症状詳記を添付する。ただし、記載可能であ れば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100545※	症状詳記（鼓膜穿孔閉鎖 術）；*****
474	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	留意事項通知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。	830100546※	理由・医学的根拠（留意 事項通知K546(1)）；*****
				830100547※	医学的根拠（留意事項通 知K546(2)のア）；*****
				830100548※	測定項目（留意事項通知 K546(2)のア）；*****
				842100074※	留意事項通知K546(2)の アの値；
				830100549※	医学的根拠（留意事項通 知K546(2)のイ）；*****
				830100550※	医学的根拠（留意事項通 知K546(2)のウ）；*****

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
				830100551※	医学的根拠（留意事項通知K546(3)のア）；*****
				830100552※	重症度及びその医学的根拠（留意事項通知K546(3)のア）；*****
				830100553※	医学的根拠（留意事項通知K546(3)のイ）；*****
				830100554※	短期リスク評価及びその医学的根拠（留意事項通知K546(3)のイ）；*****
				830100555※	医学的根拠（留意事項通知K546(3)のウ）；*****
				830100556※	詳細な理由・医学的根拠（留意事項通知K546(6)）；*****
				830100557※	過去に実施した手術（留意事項通知K546(7)のイ）；*****
				830100558※	使用したカテーテル等の使用本数（留意事項通知K546(7)のイ）；*****
				830100559※	今回の実施理由・医学的根拠（留意事項通知K546(7)のウ）；*****
				830100560※	理由・医学的根拠（留意事項通知K547(1)）；*****
				830100561※	過去に実施した手術（留意事項通知K547(2)のイ）；*****
				830100562※	使用したカテーテル等の使用本数（留意事項通知K547(2)のイ）；*****
				830100563※	今回の実施理由・医学的根拠（留意事項通知K547(2)のウ）；*****
				830100564※	過去に実施した手術（留意事項通知K548(1)のイ）；*****
				830100565※	使用したカテーテル等の使用本数（留意事項通知K548(1)のイ）；*****
				830100566※	今回の実施理由・医学的根拠（留意事項通知K548(1)のウ）；*****
				830100567※	理由・医学的根拠（留意事項通知K549(1)）；*****
				830100568※	医学的根拠（留意事項通知K549(2)のア）；*****
				830100569※	測定項目数（留意事項通知K549(2)のア）；*****
				830100570※	医学的根拠（留意事項通知K549(2)のイ）；*****
				830100571※	医学的根拠（留意事項通知K549(2)のウ）；*****
				830100572※	医学的根拠（留意事項通知K549(3)のア）；*****
				830100573※	重症度及びその医学的根拠（留意事項通知K549(3)のア）；*****
				830100574※	医学的根拠（留意事項通知K549(3)のイ）；*****

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
				830100575※	短期リスク評価及びその 医学的根拠（留意事項通 知K549(3)のイ）；*****
				830100576※	医学的根拠（留意事項通 知K549(3)のウ）；*****
				830100577※	詳細な理由・医学的根拠 （留意事項通知K549(6)）； *****
				830100578※	過去に実施した手術（留 意事項通知K549(7)の イ）；*****
				830100579※	使用したカテーテル等の 使用本数（留意事項通知 K549(7)のイ）；*****
				830100580※	今回の実施理由・医学的 根拠（留意事項通知K549 (7)のウ）；*****
				842100075※	留意事項通知K546(2)の ア測定値；
				842100076※	留意事項通知K549(2)の ア測定値；
				850100453※	留意事項通知K546(7)の ア過去の実施年月日；(元 号) yy"年"mm"月"dd"日 "
				850100454※	留意事項通知K547(2)の ア過去の実施年月日；(元 号) yy"年"mm"月"dd"日 "
				850100455※	留意事項通知K548(1)の ア過去の実施年月日；(元 号) yy"年"mm"月"dd"日 "
				850100456※	留意事項通知K549(7)の ア過去の実施年月日；(元 号) yy"年"mm"月"dd"日 "
				851100039※	留意事項通知K546(2)の イの（イ）所見の得られ た時刻
				851100040※	留意事項通知K546(2)の イの（二）所見の得られ た時刻
				851100041※	留意事項通知K546(2)の イの（ハ）所見の得られ た時刻
				851100042※	留意事項通知K546(2)の イの（ホ）所見の得られ た時刻
				851100043※	留意事項通知K546(2)の イの（ロ）所見の得られ た時刻
				851100044※	留意事項通知K546(2)の ウの（イ）再開通時刻
				851100045※	留意事項通知K546(2)の ウの（イ）発症時刻
				851100046※	留意事項通知K546(2)の ウの（イ）来院時刻
				851100047※	留意事項通知K546(2)の ウの（ロ）再開通時刻

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
				851100048※	留意事項通知K546(2)の ウの（ロ）発症時刻
				851100049※	留意事項通知K546(2)の ウの（ロ）来院時刻
				851100050※	留意事項通知K546(3)の ウ手術開始時刻
				851100051※	留意事項通知K546(3)の ウ来院時刻
				851100052※	留意事項通知K549(2)の イの（イ）所見の得られ た時刻
				851100053※	留意事項通知K549(2)の イの（二）所見の得られ た時刻
				851100054※	留意事項通知K549(2)の イの（ハ）所見の得られ た時刻
				851100055※	留意事項通知K549(2)の イの（ホ）所見の得られ た時刻
				851100056※	留意事項通知K549(2)の イの（ロ）所見の得られ た時刻
				851100057※	留意事項通知K549(2)の ウの（イ）再開通時刻
				851100058※	留意事項通知K549(2)の ウの（イ）発症時刻
				851100059※	留意事項通知K549(2)の ウの（イ）来院時刻
				851100060※	留意事項通知K549(2)の ウの（ロ）再開通時刻
				851100061※	留意事項通知K549(2)の ウの（ロ）発症時刻
				851100062※	留意事項通知K549(2)の ウの（ロ）来院時刻
				851100063※	留意事項通知K549(3)の ウ手術開始時刻
				851100064※	留意事項通知K549(3)の ウ来院時刻
				830100581※	医学的根拠（留意事項通 知K546(4)のア）；*****
				830100582※	医学的根拠（留意事項通 知K546(4)のイ）；*****
				830100583※	医学的根拠（留意事項通 知K546(4)のウ）；*****
				830100584※	医学的必要性及び検討結 果（留意事項通知K546(4) のウ）；*****
				830100585※	医学的根拠（留意事項通 知K549(4)のア）；*****
				830100586※	医学的根拠（留意事項通 知K549(4)のイ）；*****
				830100587※	医学的根拠（留意事項通 知K549(4)のウ）；*****
				830100588※	医学的必要性及び検討結 果（留意事項通知K549(4) のウ）；*****

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
	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	（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） 留意事項通知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AからU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、U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。		変更なし
483	K594 の4の イ及び ロ	不整脈手術 4 左心耳閉鎖術 イ 開胸手術によるもの ロ 胸腔鏡下によるもの	手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査（ホルター心電図検査を含む）の結果及び当該手術を行う医学的理由を記載する。	830100305	12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果（不整脈手術（左心耳閉鎖術（開胸手術）））； *****
				830100306	当該手術を行う医学的理由（不整脈手術（左心耳閉鎖術（開胸手術）））； *****
				830100589※	12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果（不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下）））； *****
				830100590※	当該手術を行う医学的理由（不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下）））； *****
487	K616-8	吸着式潰瘍治療法	留意事項通知K616-8吸着式潰瘍治療法の(2)のA及びBの要件を満たす医学的根拠を記載する。	830100591※	医学的根拠（吸着式潰瘍治療法）；*****
494	K721注2	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術バルーン内視鏡加算	症状詳記を添付する。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100592※	症状詳記（バルーン内視鏡加算）；*****
496	K721-4注	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術バルーン内視鏡加算	症状詳記を添付する。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100592※	症状詳記（バルーン内視鏡加算）；*****
500	K755-3	副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	副腎摘出術が適応とならない理由を記載する。	830100593※	副腎摘出術が適応とならない理由（副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法）；*****
501	K823-6	尿失禁手術	（効果の減弱等により再手術が必要となった場合） 前回実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載する。	850100246※	前回実施年月日（尿失禁手術）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
				820190046※	初回（尿失禁手術）
502	K838-2の1	精巣内精子採取術 1 単純なもの	いずれの状態に該当するかを記載する。 ア 閉塞性無精子症 イ 非閉塞性無精子症 ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの	820100876※	ア 閉塞性無精子症（精巣内精子採取術 1 単純なもの）
				820100877※	イ 非閉塞性無精子症（精巣内精子採取術 1 単純なもの）
				820100878※	ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの（精巣内精子採取術 1 単純なもの）

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
503	K838-2の2	精巣内精子採取術 2 顕微鏡を用いたもの	いずれの状態に該当するかを記載する。 ア 非閉塞性無精子症 イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者	820100879※	ア 非閉塞性無精子症（精巣内精子採取術 2 顕微鏡を用いたもの）
				820100880※	イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者（精巣内精子採取術 2 顕微鏡を用いたもの）
504	K838-2	精巣内精子採取術	留意事項通知K838-2精巣内精子採取術の(2)のウ又は(3)のイに該当する患者に算定する場合）実施する必要があると判断した理由について記載する。	830100594※	実施する必要があると判断した理由（精巣内精子採取術）；*****
505	K884-2	人工授精	いずれの状態に該当するかを記載する。 ア 精子・精液の量的・質的異常 イ 射精障害・性交障害 ウ 精子-頸管粘液不適合 エ 機能性不妊	820100881※	ア 精子・精液の量的・質的異常（人工授精）
				820100882※	イ 射精障害・性交障害（人工授精）
				820100883※	ウ 精子-頸管粘液不適合（人工授精）
				820100884※	エ 機能性不妊（人工授精）
506	K884-3	胚移植術	治療開始日の年齢を記載する。	830100595※	治療開始日の年齢（胚移植術）；*****
			胚移植術の実施回数の合計を記載する。	830100596※	胚移植術の実施回数（胚移植術）；*****
507	K884-3の注2	アシステッドハッチング	実施した医学的な理由を記載する。	830100597※	実施した医学的な理由（アシステッドハッチング）；*****
508	K884-3の注2注3	高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置	実施した医学的な理由を記載する。	830100598※	実施した医学的な理由（高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置）；*****
509	K890-4	採卵術	採取した卵子の数を記載する。 いずれの状態に該当するかを記載する。 ア 卵管性不妊 イ 男性不妊（閉塞性無精子症等） ウ 機能性不妊 エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合	830100599※	採取した卵子の数（採卵術）；*****
				820100885※	ア 卵管性不妊（採卵術）
				820100886※	イ 男性不妊（閉塞性無精子症等）（採卵術）
				820100887※	ウ 機能性不妊（採卵術）
				820100888※	エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合（採卵術）
510	K917	体外受精・顕微授精管理料	いずれの状態に該当するかを記載する。 ア 卵管性不妊 イ 男性不妊（閉塞性無精子症等） ウ 機能性不妊 エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合	820100889※	ア 卵管性不妊（体外受精・顕微授精管理料）
				820100890※	イ 男性不妊（閉塞性無精子症等）（体外受精・顕微授精管理料）
				820100891※	ウ 機能性不妊（体外受精・顕微授精管理料）
				820100892※	エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合（体外受精・顕微授精管理料）
			(顕微授精及び必要な医学管理を行った場合) 管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数を記載する。	850100457※	管理を開始した年月日（体外受精・顕微授精管理料）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				830100600※	顕微授精を実施した卵子の数（体外受精・顕微授精管理料）；*****

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
511	K917 の注 1	体外受精・顕微授精管理料体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合	体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由について記載する。	830100601※	体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由（体外受精・顕微授精管理料）；*****
512	K917 の注 2	体外受精・顕微授精管理料採取精子調整加算	精巣内精子採取術を実施した年月日を記載する。	850100458※	精巣内精子採取術の実施年月日（採取精子調整加算）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			（他の保険医療機関において実施した場合） 他の医療機関の名称及び当該保険医療機関において実施された年月日を記載する。	830100602※	実施した他医療機関の名称（採取精子調整加算）；*****
				850100459※	他医療機関で精巣内精子採取術を実施した年月日（採取精子調整加算）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
513	K917 の注 3	体外受精・顕微授精管理料卵子調整加算	実施した医学的な理由を記載する。	830100603※	実施した医学的な理由（卵子調整加算）；*****
514	K917- 2	受精卵・胚培養管理料	管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理を開始した年月日を記載する。	830100604※	管理を実施した受精卵及び胚の数（受精卵・胚培養管理料）；*****
				850100460※	管理を開始した年月日（受精卵・胚培養管理料）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
515	K917 -2注	受精卵・胚培養管理料注：胚盤胞の作成目的	管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。	842100106※	管理の具体的な内容（注：胚盤胞の作成目的）；*****
				842100107※	管理を実施した初期胚の数（注：胚盤胞の作成目的）；*****
				850190203※	管理を開始した年月日（注：胚盤胞の作成目的）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
516	K917 -3の 1	胚凍結保存管理料胚凍結保存管理料（導入時）	凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日を記載する。	830100607※	凍結する初期胚又は胚盤胞の数（胚凍結保存管理料（導入時））；*****
				850100462※	凍結を開始した年月日（胚凍結保存管理料（導入時））；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
517	K917 -3の 2	胚凍結保存管理料胚凍結保存維持管理料	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数を記載する。また、凍結を開始した年月日を維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとに記載する。	830100608※	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数（胚凍結保存維持管理料）；*****
				850190204※	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとの凍結を開始した年月日（胚凍結保存維持管理料）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
518	K920 の 3	自己血貯血	貯血量、手術予定年月日（当該自己血貯血を入院外で行った場合又は当該自己血貯血を行った日が属する月と手術予定日が属する月とが異なる場合に限り）を記載する。	150327510※	自己血貯血（6歳以上）（液状保存）
				150327610※	自己血貯血（6歳以上）（凍結保存）
				150327710※	自己血貯血（6歳未満）（液状保存）
				150327810※	自己血貯血（6歳未満）（凍結保存）

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
				850100464※	自己血貯血手術予定年月日
			(6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合) 患者の体重を記載する。	840000082※	患者体重 g
519	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。	840000082※ 150286410※ 150286510※	患者体重 g 自己血輸血 (6歳未満) (液状保存) 自己血輸血 (6歳未満) (凍結保存)
520	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。	840000082※ 150390610※	患者体重 g 希釈式自己血輸血 (6歳未満)
521	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。	840000082※ 150405210※ 150405310※	患者体重 g 術中術後自己血回収術 (濃縮及び洗浄) 術中術後自己血回収術 (濾過)
523	K939- 9	切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算	患者のいずれに該当するかを詳細に記載する。	820100893※ 820100894※ 820100895※ 820100896※ 820100897※ 820100898※ 820100899※ 820100900※	ア BMIが30以上の肥満症の患者 (切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算) イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1C (HbA1C) がJDS値で6.6%以上 (NGSP値で7.0%以上) の者 (切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算) ウ ステロイド療法を受けている患者 (切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算) エ 慢性維持透析患者 (切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算) オ 免疫不全状態にある患者 (切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算) カ 低栄養状態にある患者 (切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算) キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者 (切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算) ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う (切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)

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
524	-	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」（令和4年3月4日保医発0304第9号）Ⅰの2の006の(1)のウ、008の(3)、009の(3)、010、011の(2)、013の(3)、013の(4)、015の(1)、015の(2)、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)、064の(1)、065、066の(2)、069、070、071、094の(2)、107の(1)、107の(2)、129の(1)のイ、129の(2)のイ、132の(3)、132の(5)、133の(2)のイ、133の(2)のオ、133の(7)のア、133の(8)のア、133の(12)のア、134、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)、159の(5)、174の(3)、180の(2)、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)、207の(1)、207の(2)、211の(2)、212の(1)、212の(2)、213、214の(2)又は214の(3)に該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載する。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。なお、Ⅰの3の021の(4)、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、150の(5)のウ、150の(6)のエ、186の(4)又は191の(5)に該当する場合には、症状詳記を添付する。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。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。	830100609※	所定事項（特定保険医療材料）；*****
				830100610※	症状詳記（特定保険医療材料）；*****
528	L008-2	体温維持療法の 体温維持迅速導 入加算	算定の可否の判断に必要な発症等に係る時刻等を症状詳記として添付する。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100321※	症状詳記（体温維持迅速導入加算）；*****
530	L101	神経ブロック （神経破壊剤高 周波凝固法又は パルス高周波法 使用）	（局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合） その医学的必要性を記載する。	830100323※	医学的必要性（神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用））；*****
531	M	放射線治療	照射部位を記載する。 （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。	830100324※	照射部位（放射線治療）；*****
				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

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
533	N000	病理組織標本作製「1」の「組織切片によるもの」	留意事項通知N000病理組織標本作成の(1)の(ア)から(ケ)までのいずれかを選択し記載する。なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載する。	820100866※	ア 気管支及び肺臓
				820100867※	イ 食道
				820100868※	ウ 胃及び十二指腸
				820100869※	エ 小腸
				820100870※	オ 盲腸
				820100871※	カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸
				820100872※	キ S状結腸
				820100873※	ク 直腸
				820100874※	ケ 子宮体部及び子宮頸部
				830100612※	コ その他；*****
541		ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱い	(内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者及び内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者に対して実施した場合) 内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果を記載すること。また、健康診断として内視鏡を行った場合はその旨記載する。 除菌前感染診断及び除菌後感染診断において、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対し再度検査を実施した場合は、各々の検査法及び検査結果について記載する。 除菌後感染診断を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に除菌終了年月日を記載する。 静菌作用を有する薬剤を投与していた患者に対し、除菌前感染診断及び除菌後感染診断を実施する場合は、当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了年月日を記載する。 除菌後の感染診断を目的として抗体測定を実施する場合については、除菌前並びに除菌後の抗体測定実施年月日及び測定結果を記載する。	830100613※	内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果；*****
				820100901※	健康診断として内視鏡検査を実施
				830100614※	検査方法；*****
				830100615※	検査結果；*****
				850100465※	除菌終了年月日；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100466※	薬剤投与中止年月日；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100467※	終了年月日；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100468※	抗体測定実施年月日(除菌前)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100469※	抗体測定実施年月日(除菌後)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830100616※	測定結果；*****
542	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。	医薬品コード※	(医薬品名を表示する。)
				特定器材コード※	(特定器材名を表示する。)

別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）（新設）

※「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。

※「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。

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって、別表Ⅱに掲げる記載事項と重複する事項については、別表Ⅱを用いた記載は省略して差し支えない。

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
1	アイモビーグ皮下注70mgペン	本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載する（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後 に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験 を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600001	医師要件ア（アイモ ビーグ皮下注70mgペ ン）
			820600002	医師要件イ（アイモ ビーグ皮下注70mgペ ン）
			820600003	医師要件ウ（アイモ ビーグ皮下注70mgペ ン）
			820600004	医師要件エ（アイモ ビーグ皮下注70mgペ ン）
			820600005	医師要件オ（アイモ ビーグ皮下注70mgペ ン）
		投与開始前3 ヶ月以上における1 ヶ月あたりの片頭痛 日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均 を記載する。	842600001	投与開始前3 ヶ月以上 における1 ヶ月あたり の片頭痛日数（片頭痛 又は片頭痛の疑いが起 こった日数）の平均（ア イモビーグ皮下注 70mgペン）；*****
		投与の要否の判断にあたっては、本剤投与前の片頭痛 発作の発症抑制薬による治療の状況を記載する。（「前 治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するもの を全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既 に実施している患者であり、それらの治療を適切 に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいず れかが、効果が十分に得られず使用又は継続がで きない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいず れかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいず れかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性へ の強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600006	前治療要件ア（アイモ ビーグ皮下注70mgペ ン）
			820600007	前治療要件イ（アイモ ビーグ皮下注70mgペ ン）
			820600008	前治療要件ウ（アイモ ビーグ皮下注70mgペ ン）
			820600009	前治療要件エ（アイモ ビーグ皮下注70mgペ ン）
投与開始後3 ヶ月（3回投与後）を目安に治療上の有 益性を評価して症状の改善が認められない場合には、 本剤の投与中止を考慮することとされているため、当 該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を 記載する。	820600010	投与開始後3 ヶ月（3 回投与後）症状の改善 が認められた（アイモ ビーグ皮下注70mgペ ン）		
2	アキシャルックス 点滴静注250mg	投与が必要と判断した理由を記載する。	830600115	投与が必要と判断した 理由（アキシャルクス 点滴静注250mg）； *****

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
3	アコファイド錠 100mg 機能性ディスペ プシアにおける 食後膨満感、上 腹部膨満感、早 期満腹感	「機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できる。また、その場合には、診療報酬明細書の傷病名に「機能性ディスペプシア」を用いる。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)
		上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600001	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（アコファイド錠100mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600002	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（初回投与）（アコファイド錠100mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
4	アジョビ皮下注 225mgシリンジ	本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載する（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後、に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600011	医師要件ア（アジョビ皮下注225mgシリンジ）
			820600012	医師要件イ（アジョビ皮下注225mgシリンジ）
			820600013	医師要件ウ（アジョビ皮下注225mgシリンジ）
			820600014	医師要件エ（アジョビ皮下注225mgシリンジ）
			820600015	医師要件オ（アジョビ皮下注225mgシリンジ）
		投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載する。	842600002	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（アジョビ皮下注225mgシリンジ）；*****
		投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載する（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600016	前治療要件ア（アジョビ皮下注225mgシリンジ）
			820600017	前治療要件イ（アジョビ皮下注225mgシリンジ）
			820600018	前治療要件ウ（アジョビ皮下注225mgシリンジ）
			820600019	前治療要件エ（アジョビ皮下注225mgシリンジ）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
	アジヨビ皮下注 225mgシリンジ	4週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月（3回投与後）、12週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月（1回投与後）又は6ヶ月（2回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載する。	820600226	4週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アジヨビ皮下注225mgシリンジ）
			820600227	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月（1回投与後）症状の改善が認められた（アジヨビ皮下注225mgシリンジ）
			820600228	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後6ヶ月（2回投与後）症状の改善が認められた（アジヨビ皮下注225mgシリンジ）
5	アドセトリス点 滴静注用50mg	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。（平成30年9月20日以前に既に本製剤の投与を受けている患者に対しては、本通知前からの投与継続患者である旨（「投与継続患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載する）	850600003	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（アドセトリス点滴静注用50mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600004	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（初回投与）（アドセトリス点滴静注用50mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			820600021	投与継続患者（アドセトリス点滴静注用50mg）
			850600005	初めて投与した年月日（アドセトリス点滴静注用50mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
6	アルンプリグ錠 30mg アルンプリグ錠 90mg	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600006	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（アルンプリグ錠30mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600007	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（アルンプリグ錠30mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
7	アレセンサカプ セル150mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与する」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600008	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（アレセンサカプセル150mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600009	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（アレセンサカプセル150mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
8	アロフィセル注	本製品の効能、効果又は性能において、「非活動期又は軽症の活動期クローン病患者における複雑痔瘻の治療。ただし、少なくとも1つの既存治療薬による治療を行っても効果が不十分な場合に限る」及び用法及び用量又は使用方法に関連する使用上の注意において、「本品を再投与した臨床成績は得られておらず、痔瘻の状態を十分に確認した上で、再投与の可否を慎重に判断する」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、次の事項を記載する。 ア 本製品の投与が適切と判断した理由 イ 既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間 ウ 本製品の投与回数（1回目又は2回目と記載する）	830600002	投与が適切と判断した理由（アロフィセル注）；*****
			830600003	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名（アロフィセル注）；*****
			830600004	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の使用期間（アロフィセル注）；*****
			820600022	投与回数1回目（アロフィセル注）
			820600023	投与回数2回目（アロフィセル注）
9	イエスカルタ点滴静注	投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載する。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600024	施設要件ア（イエスカルタ点滴静注）
			820600025	施設要件イ（イエスカルタ点滴静注）
10	イデルビオン静注用250 イデルビオン静注用500 イデルビオン静注用1000 イデルビオン静注用2000 イデルビオン静注用3500	手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載する。	830600005	手術時に使用した理由（イデルビオン静注用250等）；*****
11	イブランスカプセル25mg イブランスカプセル125mg	ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載する。	850600010	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（イブランスカプセル25mg等）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（イブランスカプセル25mg等）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
12	イブランス錠 25mg イブランス錠 125mg	ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600011	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（イブランス錠25mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日
			850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（イブランスカプセル25mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日
			850600013	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（イブランス錠25mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日
			850600014	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（イブランスカプセル25mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日
13	イベニティ皮下 注105mgシリン ジ	(12ヵ月投与した後に本製剤を再投与する場合) 再投与開始に当たっては、次の事項を記載する。 ア 骨折の危険性が高いと判断した理由 イ 本製剤を再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名	830600006	骨折の危険性が高いと判断した理由（イベニティ皮下注105mgシリンジ）；*****
			830600007	再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名（イベニティ皮下注105mgシリンジ）；*****
14	イミフィンジ点 滴静注120mg イミフィンジ点 滴静注500mg 切除不能な局所 進行の非小細胞 肺癌における根 治的化学放射線 療法後の維持療 法	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載する（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）
			820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）
			820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）
			820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）
			820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）
		次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載する（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っている。	820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）
			820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
	イミフィンジ点 滴静注120mg イミフィンジ点 滴静注500mg 進展型小細胞肺 癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載する（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算 1 又は外来化学療法加算 2 の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）
			820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）
			820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）
			820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）
			820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）
		次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載する（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 4 年以上の臨床経験を有している。うち、3 年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っている。	820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）
			820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）
15	ヴァイトラック ピカプセル 25mg ヴァイトラック ピカプセル 100mg ヴァイトラック ピ内用液20mg/ mL	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600015	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ヴァイトラックピカプセル25mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600016	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ヴァイトラックピカプセル25mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
16	ヴァンフリタ錠 17.7mg ヴァンフリタ錠 26.5mg	FLT3-ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600017	FLT3-ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日（ヴァンフリタ錠17.7mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600018	FLT3-ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ヴァンフリタ錠17.7mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
17	エクロックゲル 5 %	投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）を記載する。	830600011	多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）（エクロックゲル 5 %）；*****
18	エスポー皮下用 24000シリンジ	（貯血量が800mL以上で 1 週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合） 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載する。	830600012	貯血量（エスポー皮下用24000シリンジ）；*****
			830600013	投与する前の患者の体重（エスポー皮下用24000シリンジ）；*****
			830600014	Hb濃度（エスポー皮下用24000シリンジ）；*****

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
19	エドルミズ錠 50mg	以下のアに該当し、イ～エのうち2つ以上を認める患者に使用することとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～エのうち該当するものをすべて記載する。 ア 6 ヶ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振 イ 疲労又は倦怠感 ウ 全身の筋力低下 エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上	820600031	ア 6 ヶ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振（エドルミズ錠50mg）
			820600032	イ 疲労又は倦怠感（エドルミズ錠50mg）
			820600033	ウ 全身の筋力低下（エドルミズ錠50mg）
			820600034	エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上（エドルミズ錠50mg）
		投与継続の検討を行った直近の年月日を記載する。	850600019	投与継続の検討を行った直近の年月日（エドルミズ錠50mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
20	エフィエント錠 2.5mg エフィエント錠 3.75mg 虚血性脳血管障害（大血管アテローム硬化又は小血管の閉塞に伴う）後の再発抑制	効能又は効果に関連する注意において、「「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、有効性についてクロビドゲルに対する非劣性が検証されていないことや臨床試験の対象患者等を十分に理解した上で、本剤投与の適否を判断する」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載する。	842600003	投与が必要と判断した理由（エフィエント錠2.5mg等）；*****
21	エブリスディド ライシロップ 60mg	効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与する」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600020	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（エブリスディドライシロップ60mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600021	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（初回投与）（エブリスディドライシロップ60mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
		（オナセムノゲン アベパルボベク（販売名：ゾルゲンスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合）その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載する。	830600015	オナセムノゲン アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由（エブリスディドライシロップ60mg）；*****

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
22	エボジン注シリンジ1500 エボジン注シリンジ3000 エボジン注シリンジ6000	(貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血にエボジン注シリンジ1500、同3000及び同6000を使用する場合) 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載する。	830600016	貯血量（エボジン注シリンジ1500等）；*****
			830600017	投与する前の患者の体重（エボジン注シリンジ1500等）；*****
			830600018	Hb濃度（エボジン注シリンジ1500等）；*****
23	エボジン皮下注シリンジ24000	(貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血に使用する場合) 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載する。	830600019	貯血量（エボジン皮下注シリンジ24000）；*****
			830600020	投与する前の患者の体重（エボジン皮下注シリンジ24000）；*****
			830600021	Hb濃度（エボジン皮下注シリンジ24000）；*****
24	エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター エムガルティ皮下注120mgシリンジ	本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載する（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600233	医師要件ア（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）
			820600234	医師要件イ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）
			820600235	医師要件ウ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）
			820600236	医師要件エ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）
			820600237	医師要件オ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）
		投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraineHeadacheDays（MHD、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均。	842100110	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days（MHD、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）；*****
		投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載する（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600238	前治療要件ア（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）
			820600239	前治療要件イ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）
			820600240	前治療要件ウ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）
			820600241	前治療要件エ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）
		投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後3カ月（3回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600044	投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
25	エンハーツ点滴 静注用100mg 化学療法歴のある HER2陽性の 手術不能又は再 発乳癌（標準的 な治療が困難な 場合	「トラスツズマブ（遺伝子組換え）、タキサン系抗悪性腫瘍剤及びトラスツズマブ エムタンシン（遺伝子組換え）による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、トラスツズマブ（遺伝子組換え）、タキサン系抗悪性腫瘍剤及びトラスツズマブ エムタンシン（遺伝子組換え）の治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を記載する。	820600045	トラスツズマブ（遺伝子組換え）の治療歴を有する患者（エンハーツ点滴静注用100mg）
			820600046	タキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者（エンハーツ点滴静注用100mg）
			820600047	トラスツズマブ エムタンシン（遺伝子組換え）の治療歴を有する患者（エンハーツ点滴静注用100mg）
	がん化学療法後に増悪した HER2陽性の治 療切除不能な進 行・再発の胃癌 の場合	一次治療及び二次治療の治療歴を有し、かつ、トラスツズマブ（遺伝子組換え）を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することとし、一次治療及び二次治療で実施した化学療法を記載する。	830600022	一次治療で実施した化学療法（エンハーツ点滴静注用100mg）； *****
			830600023	二次治療で実施した化学療法（エンハーツ点滴静注用100mg）； *****
26	エンレスト錠 50mg エンレスト錠 100mg エンレスト錠 200mg 慢性心不全、高 血圧症	（慢性心不全の場合） 本製剤の効能又は効果において、「慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載する。 （高血圧症の場合） 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「過度な血圧低下のおそれ等があり、原則として本剤を高血圧治療の第一選択薬としない」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載する。	830600024	投与が必要と判断した理由（エンレスト錠50mg等）；*****
27	オブジーボ点滴 静注20mg オブジーボ点滴 静注100mg オブジーボ点滴 静注120mg オブジーボ点滴 静注240mg 共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）を記載する。 （※は、古典的ホジキンリンパ腫に限る） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院※、小児がん連携病院※など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600164	施設要件ア（オブジーボ点滴静注）
			820600186	施設要件イ（オブジーボ点滴静注）
			820600190	施設要件ウ（オブジーボ点滴静注）
			820600194	施設要件エ（オブジーボ点滴静注）
			820600197	施設要件オ（オブジーボ点滴静注）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
28	オブジーボ点滴 静注20mg オブジーボ点滴 静注100mg オブジーボ点滴 静注120mg オブジーボ点滴 静注240mg 悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有している。	820600141	医師要件ア（オブジーボ点滴静注）
			820600183	医師要件イ（オブジーボ点滴静注）
		(本製剤とイピリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に投与する場合) PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載する。	850600123	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日（オブジーボ点滴静注）；(元号) yy “年” mm “月” dd “日”
			830600106	PD-L1発現率を確認した検査結果（発現率）（オブジーボ点滴静注）；*****
		(本製剤とイピリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率1%以上の場合) 本製剤とイピリムマブを併用投与することとした理由を記載する。	830600116	本製剤とイピリムマブを併用投与することとした理由（オブジーボ点滴静注）；*****
		(本製剤とイピリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できなかった場合) 確認できなかった理由を記載する。	830600117	PD-L1発現率を確認できなかった理由（オブジーボ点滴静注）；*****
		(平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合) 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載する。	820600169	投与中患者（オブジーボ点滴静注）
			850600129	患者に初めて投与した年月日（オブジーボ点滴静注）；(元号) yy “年” mm “月” dd “日”
		(平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要がある患者の場合：平成29年4月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載する。	820600168	使用実績有（オブジーボ点滴静注）
			850600129	患者に初めて投与した年月日（オブジーボ点滴静注）；(元号) yy “年” mm “月” dd “日”
29	オブジーボ点滴 静注20mg オブジーボ点滴 静注100mg オブジーボ点滴 静注120mg オブジーボ点滴 静注240mg 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っている。	820600141	医師要件ア（オブジーボ点滴静注）
			820600183	医師要件イ（オブジーボ点滴静注）
		(本製剤を非扁平上皮癌患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に単独投与する場合) PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載する。	850600123	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日（オブジーボ点滴静注）；(元号) yy “年” mm “月” dd “日”
			830600106	PD-L1発現率を確認した検査結果（発現率）（オブジーボ点滴静注）；*****
		(PD-L1発現率が1%未満の場合) 投与することとした理由を記載する。	830600113	投与することとした理由（オブジーボ点滴静注）；*****

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
	オブジーボ点滴 静注20mg オブジーボ点滴 静注100mg オブジーボ点滴 静注120mg オブジーボ点滴 静注240mg 切除不能な進 行・再発の非小 細胞肺癌	(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与 ア」から「併用投与カ」までのうち該当するものを記 載)を記載する。 ア イピリムマブ(遺伝子組換え)、カルボプラチン 及びパクリタキセルとの併用投与 イ イピリムマブ(遺伝子組換え)、カルボプラチン 又はシスプラチン及びペメトレキセドとの併用投 与 ウ イピリムマブ(遺伝子組換え)との併用投与 エ カルボプラチン又はシスプラチン及びゲムシタ ビンとの併用投与 オ カルボプラチン又はシスプラチン及びペメトレ キセドとの併用投与 カ ベバシズマブ(遺伝子組換え)、カルボプラチン 及びパクリタキセルとの併用投与	820600170	併用投与ア(オブジー ボ点滴静注)
			820600173	併用投与イ(オブジー ボ点滴静注)
			820600176	併用投与ウ(オブジー ボ点滴静注)
			820600179	併用投与エ(オブジー ボ点滴静注)
			820600180	併用投与オ(オブジー ボ点滴静注)
			820600242	併用投与カ(オブジー ボ点滴静注)
		(「併用投与ア」から「併用投与オ」により併用する場合) EGFR遺伝子変異陰性及びALK融合遺伝子陰性を確認し た検査の実施年月日を記載する。	850600116	EGFR遺伝子変異陰性 を確認した検査の実施 年月日(オブジーボ点 滴静注);(元号)yy“年” mm“月”dd“日”
			850600114	ALK融合遺伝子陰性を 確認した検査の実施年 月日(オブジーボ点滴 静注);(元号)yy“年” mm“月”dd“日”
		(「併用投与カ」により併用する場合) EGFR遺伝子変異陰性、ALK融合遺伝子陰性及びROS1融 合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日を記載する。	850600116	EGFR遺伝子変異陰性 を確認した検査の実施 年月日(オブジーボ点 滴静注);(元号)yy“年” mm“月”dd“日”
			850600114	ALK融合遺伝子陰性を 確認した検査の実施年 月日(オブジーボ点滴 静注);(元号)yy“年” mm“月”dd“日”
			850600127	ROS1融合遺伝子陰性 を確認した検査の実施 年月日(オブジーボ点 滴静注);(元号)yy“年” mm“月”dd“日”
		(「併用投与エ」又は「併用投与オ」の併用投与をする場 合) PDL1発現率が1%未満の患者において有効性が示され ているので、PD-L1発現率を確認した検査の実施年月 日及び検査結果(発現率)。	850600123	PD-L1発現率を確認し た検査の実施年月日 (オブジーボ点滴静 注);(元号)yy“年”mm “月”dd“日”
			830600106	PD-L1発現率を確認し た検査結果(発現率) (オブジーボ点滴静 注);*****
		(平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けてい る患者の場合) 投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者 に初めて本製剤を投与した年月日を記載する。	820600169	投与中患者(オブジー ボ点滴静注)
			850600129	患者に初めて投与した 年月日(オブジーボ点 滴静注);(元号)yy“年” mm“月”dd“日”
		(平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険 医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生 じた患者の場合:平成29年4月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」 と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日 を記載する。	820600168	使用実績有(オブジー ボ点滴静注)
			850600129	患者に初めて投与した 年月日(オブジーボ点 滴静注);(元号)yy“年” mm“月”dd“日”

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
30	オブジーボ点滴 静注20mg オブジーボ点滴 静注100mg オブジーボ点滴 静注120mg オブジーボ点滴 静注240mg 再発又は遠隔転 移を有する頭頸 部癌	次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載）を記載する。	820600141	医師要件ア（オブジーボ点滴静注）
		ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。	820600183	医師要件イ（オブジーボ点滴静注）
		イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っている。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を終了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っている。	820600140	医師・歯科医師要件ウ（オブジーボ点滴静注）
31	オブジーボ点滴 静注20mg オブジーボ点滴 静注100mg オブジーボ点滴 静注120mg オブジーボ点滴 静注240mg 根治切除不能又 は転移性の腎細 胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。	820600141	医師要件ア（オブジーボ点滴静注）
		ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。	820600183	医師要件イ（オブジーボ点滴静注）
		イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っている。		
		（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合）次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載）を記載する。	820600170	併用投与ア（オブジーボ点滴静注）
		ア イピリムマブ（遺伝子組換え）	820600173	併用投与イ（オブジーボ点滴静注）
		イ カボザンチニブ		
		（本製剤とイピリムマブの併用を化学療法未治療の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の患者に投与する場合）次のいずれに該当するかを記載する。（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載）	820600152	患者要件ア（オブジーボ点滴静注）
		ア IMDCリスク分類：intermediateリスク	820600154	患者要件イ（オブジーボ点滴静注）
		イ IMDCリスク分類：poorリスク		
		（平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載する。	820600169	投与中患者（オブジーボ点滴静注）
			850600129	患者に初めて投与した年月日（オブジーボ点滴静注）；（元号）yy “年” mm “月” dd “日”
		（平成29年4月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要がある患者の場合：平成29年6月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載する。	820600168	使用実績有（オブジーボ点滴静注）
			850600129	患者に初めて投与した年月日（オブジーボ点滴静注）；（元号）yy “年” mm “月” dd “日”

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
32	オブジーボ点滴 静注20mg オブジーボ点滴 静注100mg オブジーボ点滴 静注120mg オブジーボ点滴 静注240mg 再発又は難治性 の古典的ホジキ ンリンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っている。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の小児血液及び小児がんを含む小児科臨床経験を有する。	820600141	医師要件ア（オブジーボ点滴静注）
			820600183	医師要件イ（オブジーボ点滴静注）
			820600184	医師要件ウ（オブジーボ点滴静注）
		(平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合) 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載する。	820600169	投与中患者（オブジーボ点滴静注）
			850600129	患者に初めて投与した年月日（オブジーボ点滴静注）；(元号) yy “年” mm “月” dd “日”
		(平成29年4月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要がある患者の場合：平成29年6月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載する。	820600168	使用実績有（オブジーボ点滴静注）
			850600129	患者に初めて投与した年月日（オブジーボ点滴静注）；(元号) yy “年” mm “月” dd “日”
33	オブジーボ点滴 静注20mg オブジーボ点滴 静注100mg オブジーボ点滴 静注120mg オブジーボ点滴 静注240mg 治癒切除不能な 進行・再発の胃 癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っている。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っている。	820600141	医師要件ア（オブジーボ点滴静注）
			820600183	医師要件イ（オブジーボ点滴静注）
			820600184	医師要件ウ（オブジーボ点滴静注）
		(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載）を記載する。 ア オキサリプラチン及びカペシタビンとの併用投与 イ オキサリプラチン、ホリナートカルシウム及びフルオロウラシルとの併用投与 ウ オキサリプラチン及びテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤との併用投与	820600170	併用投与ア（オブジーボ点滴静注）
			820600173	併用投与イ（オブジーボ点滴静注）
			820600176	併用投与ウ（オブジーボ点滴静注）
		(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) HER2陰性を確認した検査の実施年月日を記載する。	850600118	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（オブジーボ点滴静注）；(元号) yy “年” mm “月” dd “日”

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
34	オプジーボ点滴 静注20mg オプジーボ点滴 静注100mg オプジーボ点滴 静注120mg オプジーボ点滴 静注240mg 切除不能な進 行・再発の悪性 胸膜中皮腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、悪性胸膜中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っている。	820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）
			820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）
35	オプジーボ点滴 静注20mg オプジーボ点滴 静注100mg オプジーボ点滴 静注120mg オプジーボ点滴 静注240mg がん化学療法後 に増悪した治療 切除不能な進 行・再発の高頻 度マイクロサテ ライト不安定性 (MSI-High)を 有する結腸・直 腸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っている。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っている。	820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）
			820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）
			820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）
		MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載する。	850600120	MSI-Highを確認した検査の実施年月日（オプジーボ点滴静注）； （元号）yy “年” mm “月” dd “日”
		（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合）次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載）を記載する。 ア イピリムマブ（遺伝子組換え）との併用投与	820600170	併用投与ア（オプジーボ点滴静注）
36	オプジーボ点滴 静注20mg オプジーボ点滴 静注100mg オプジーボ点滴 静注120mg オプジーボ点滴 静注240mg がん化学療法後 に増悪した根治 切除不能な進 行・再発の食道 癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っている。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っている。	820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）
			820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）
			820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
37	オブジーボ点滴 静注20mg オブジーボ点滴 静注100mg オブジーボ点滴 静注120mg オブジーボ点滴 静注240mg 食道癌における 術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載する。	820600141	医師要件ア（オブジーボ点滴静注）
		ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。	820600183	医師要件イ（オブジーボ点滴静注）
		イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っている。	820600184	医師要件ウ（オブジーボ点滴静注）
38	オブジーボ点滴 静注20mgオブ ジーボ点滴静注 100mgオブジー ボ点滴静注 120mgオブジー ボ点滴静注 240mg 原発不明癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。	820600141	医師要件ア（オブジーボ点滴静注）
		ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。	820600183	医師要件イ（オブジーボ点滴静注）
		イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、原発不明癌に対するがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っている。	820600156	検査等ア（オブジーボ点滴静注）
		原発不明癌と診断するにあたり実施した原発巣検索の検査等として該当するもの（「検査等ア」から「検査等ク」までのうち該当するものを記載）を記載する。	820600157	検査等イ（オブジーボ点滴静注）
			820600158	検査等ウ（オブジーボ点滴静注）
			820600159	検査等エ（オブジーボ点滴静注）
			820600160	検査等オ（オブジーボ点滴静注）
			820600161	検査等カ（オブジーボ点滴静注）
			820600162	検査等キ（オブジーボ点滴静注）
			820600163	検査等ク（オブジーボ点滴静注）
39	オルプロリクス 静注用500 オルプロリクス 静注用1000 オルプロリクス 静注用2000 オルプロリクス 静注用3000	手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載する。	830600025	手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用500等）；*****
	オルプロリクス 静注用250	手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載する。	830600026	手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用250）；*****
	オルプロリクス 静注用4000	手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載する。	830600027	手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用4000）；*****

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
40	オルミエント錠 2 mg オルミエント錠 4 mg アトピー性皮膚 炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載する。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に6年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っている。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。	820600048	施設要件ア（オルミエント錠 2 mg等）
			820600049	施設要件イ（オルミエント錠 2 mg等）
			820600050	前治療要件ア（オルミエント錠 2 mg等）
			820600051	前治療要件イ（オルミエント錠 2 mg等）
		3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	830600028	IGAスコア（オルミエント錠 2 mg等）；*****
			830600029	全身のEASIスコア（オルミエント錠 2 mg等）；*****
			830600030	頭頸部のEASIスコア（オルミエント錠 2 mg等）；*****
			842600008	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（オルミエント錠 2 mg等）；*****
41	ガザイバ点滴静注1000mg	本製剤の使用上の注意において、「フローサイトメトリ法等により検査を行い、CD20抗原が陽性であることが確認された患者に使用する」と記載されているため、CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600023	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600024	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ガザイバ点滴静注1000mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
42	キイトルーダ点 滴静注100mg 共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）を記載する。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算 1 又は外来化学療法加算 2 の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600165	施設要件ア（キイトルーダ点滴静注）
			820600187	施設要件イ（キイトルーダ点滴静注）
			820600191	施設要件ウ（キイトルーダ点滴静注）
			820600195	施設要件エ（キイトルーダ点滴静注）
			820600198	施設要件オ（キイトルーダ点滴静注）
43	キイトルーダ点 滴静注100mg 悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。 ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を終了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっている。 イ 医師免許取得後 2 年の初期研修を終了した後に 5 年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有している。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
			820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
44	キイトルーダ点 滴静注100mg 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。 ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を終了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっている。 イ 医師免許取得後 2 年の初期研修を終了した後に 4 年以上の臨床経験を有している。うち、3 年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っている。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
			820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
		(本剤を単独で投与する場合) PD-L1 の発現を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載する。	850600133	PD-L1 の発現を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；(元号) yy “年” mm “月” dd “日”
			830600118	PD-L1 の発現を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）；*****
		(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載）を記載する。 ア ペメトレキセド及びプラチナ製剤との併用投与 イ カルボプラチン及びパクリタキセル又は nab-パクリタキセルとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）
			820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）
45	キイトルーダ点 滴静注100mg 再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。 ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を終了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後 2 年の初期研修を終了した後に 4 年以上の臨床経験を有している。うち、3 年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っている。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
			820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
46	キイトルーダ点 滴静注100mg がん化学療法後 に増悪した根治 切除不能な尿路 上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っている。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
			820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
47	キイトルーダ点 滴静注100mg がん化学療法後 に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌腫領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っている。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
			820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
		MSI-Highを確認した検査の実施年月日	850600121	MSI-Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）； （元号）yy “年” mm “月” dd “日”
48	キイトルーダ点 滴静注100mg 再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌	次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っている。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っている。 なお、本剤による治療においては副作用等の全身的管理を要するため、患者の治療に当たる歯科医師はアからウまでのいずれかに示す条件を満たす医師（頭頸部癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師）との緊密な連携のもとに診療する。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
			820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
			820600139	医師・歯科医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）
		（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載）を記載する。 ア 5-FU及びプラチナ製剤との併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
49	キイトルーダ点滴静注100mg 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
		イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っている。	820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
		（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載）を記載する。	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）
		ア アキシチニブとの併用投与	820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）
		イ レンパチニブとの併用投与		
50	キイトルーダ点滴静注100mg 根治切除不能な進行・再発の食道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
		イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っている。	820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
		ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っている。	820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）
		（本製剤を単独で投与する場合） PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載する。	850600124	PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy “年” mm “月” dd “日”
			830600107	PD-L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）； *****
		（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載）を記載する。 ア 5-FU及びシスプラチンとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
51	キイトルーダ点 滴静注100mg 治癒切除不能な 進行・再発の高 頻度マイクロサ テライト不安定 性（MSI-High） を有する結腸・ 直腸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
		イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っている。	820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
		ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌腫領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っている。	820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）
		MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載する。	850600121	MSI-Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy “年” mm “月” dd “日”
52	キイトルーダ点 滴静注100mg PD-L1陽性のホル モン受容体陰性 かつHER2陰性 の手術不能又は 再発乳癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
		イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っている。	820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
		PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載する。	850600124	PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy “年” mm “月” dd “日”
			830600107	PD-L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）；*****
		ホルモン受容体陰性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載する。	850600134	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy “年” mm “月” dd “日”
			850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy “年” mm “月” dd “日”
		（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載）を記載する。 ア ゲムシタビン及びカルボプラチンとの併用投与 イ パクリタキセルとの併用投与 ウ パクリタキセル（アルブミン懸濁型）との併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）
			820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）
			820600177	併用投与ウ（キイトルーダ点滴静注）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
53	キイトルーダ点 滴静注100mg がん化学療法後 に増悪した切除 不能な進行・再 発の子宮体癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っている。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
			820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
54	キイトルーダ点 滴静注100mg がん化学療法後 に増悪した高い 腫瘍遺伝子変異 量（TMB-High） を有する進行・ 再発の固形癌 （標準的な治療 が困難な場合に 限る）	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、対象となるがん種領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っている。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
			820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
		TMB-Highを確認した検査の実施年月日を記載する。	850600128	TMB-Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
55	キムリア点滴静 注	投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載する。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 日本造血細胞移植学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600052	施設要件ア（キムリア点滴静注）
			820600053	施設要件イ（キムリア点滴静注）
		再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において「CD19抗原が陽性であることが確認された患者に使用する」と記載されているため、CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載する。	850600025	CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（キムリア点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
56	クリスビータ 皮下注10mg クリスビータ 皮下注20mg クリスビータ 皮下注30mg	本剤の効能又は効果は「FGF23関連低リン血症性くる病・骨軟化症」であり、FGF23の過剰産生により血清リン濃度が低下している患者が対象であることから、FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日を記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載する。	850600026	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日（クリスビータ皮下注10mg等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			850600027	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日（初回投与）（クリスビータ皮下注10mg等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
57	コラテジェン筋 注用 4 mg	本品の効能、効果又は性能において、「標準的な薬物治療の効果が不十分で血行再建術の施行が困難な慢性動脈閉塞症」とされていることから、本品の投与が適切と判断される患者であって、かつ閉塞性動脈硬化症の患者は以下のすべての要件を満たした場合、バージャー病の患者は以下の①～③の要件を満たした場合に限り算定できる。なお、病態によって④の指標の測定が困難な閉塞性動脈硬化症患者においては、虚血に基づく潰瘍であると判断した血行動態指標（足趾血圧、足趾上腕血圧比（TBI）等）の測定値を記載する。 ① 血管造影、コンピュータ断層血管造影（CTA）又は磁気共鳴血管撮影（MRA）により投与対象肢の浅大腿動脈、膝窩動脈又は膝窩下の動脈に閉塞又は狭窄部位が認められ、かつ潰瘍を有している。 ② 投与対象肢の血行再建術（血管内治療を含む）の適応が困難である。 ③ 既存の内科的治療や処置による対象肢の症状の改善が認められないこと。 ④ 対象肢の血行動態の指標が、以下の条件をいずれも満たす。 ア 安静時上腕・足関節血圧比（ABPI）が0.6以下である イ 足関節血圧が70mmHg未満である	842600009	虚血に基づく潰瘍であると判断した血行動態指標（足趾血圧、足趾上腕血圧比（TBI）等）の測定値（コラテジェン筋注用 4 mg）；*****
58	ザーコリカプセル200mg ザーコリカプセル250mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与する」とされているので、ALK融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600028 850600029 850600030 850600031	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザーコリカプセル200mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日" ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ザーコリカプセル200mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日" ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザーコリカプセル200mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日" ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ザーコリカプセル200mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
59	サイバインコ錠 50mg サイバインコ錠 100mg サイバインコ錠 200mg	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載する。 なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の 情報を記載する。 1 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する 治療の責任者として配置されている者が該当する もの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのう ち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー 性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免 許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年 以上の皮膚科診療の臨床研修を行っている。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合 であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了 した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのう ち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー 診療の臨床研修を行っている。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合 であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了 した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及 び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー 診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を 有している。	820600054	医師要件ア（サイバ インコ錠50mg等）
			820600055	医師要件イ（サイバ インコ錠50mg等）
			820600056	医師要件ウ（サイバ インコ錠50mg等）
		2 本製剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況 （「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、 アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度 に応じて推奨されるステロイド外用薬（スト ロングクラス以上）やカルシニューリン阻害 外用薬による適切な治療を直近の6カ月以 上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であ って、ステロイド外用薬やカルシニューリン 阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性 副作用若しくは全身性副作用により、これ らの抗炎症外用薬のみによる治療の継続 が困難。	820600057	前治療要件ア（サイ バインコ錠50mg等）
			820600058	前治療要件イ（サイ バインコ錠50mg等）
		3 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての 項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割 合（％）	830600031	IGAスコア（サイバ インコ錠50mg等）；*****
			830600032	全身のEASIスコア（ サイバインコ錠50mg 等）；*****
			830600119	頭頸部のEASIスコ ア（サイバインコ錠50 mg等）；*****
			842600010	体表面積に占めるア トピー性皮膚炎病変の 割合（％）（サイバ インコ錠50mg等）；*****
60	サイラムザ点滴 静注液100mg サイラムザ点滴 静注液500mg	本製剤をがん化学療法後に増悪した血清AFP値が 400ng/mL以上の切除不能な肝細胞癌に用いる場合は、 効能・効果に関連する使用上の注意において、「本剤の 使用にあたっては、初回投与時の血清AFP値に基づ き、適応患者の選択を行う」とされているので、本製剤 の投与開始に当たっては、AFPの検査値及び当該検査 の実施年月日を記載する。	830600033	AFPの検査値（サイ ラムザ点滴静注液100 mg等）；*****
			850600032	AFP検査の実施年月 日（サイラムザ点滴 静注液100mg等）； （元号） yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
61	ザルティア錠 2.5mg ザルティア錠 5 mg タダラフィル錠 2.5mgZA「サワイ」 「フソー」 「日医工」 「ニプロ」 「あすか」 「杏林」 「サンド」 「JG」 「シオエ」 タダラフィル OD錠2.5mgZA 「トール」 タダラフィル錠 5 mgZA「サワイ」 「フソー」 「日医工」 「ニプロ」 「あすか」 「杏林」 「サンド」 「JG」 「シオエ」 タダラフィル OD錠 5 mgZA 「トール」	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定する」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できる。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600136	診断に用いた主な検査の実施年月日（ザルティア錠2.5mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600137	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（ザルティア錠2.5mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定する」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できる。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600138	診断に用いた主な検査の実施年月日（タダラフィル錠2.5mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600139	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（タダラフィル錠2.5mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
62	ジーンプラバ点 滴静注625mg	本製剤の使用に当たっては、重症化又は再発のリスクが高いクロストリジウム・ディフィシル感染症を対象とする。本製剤の使用に当たっては、次のアからオまでのうち該当するものを記載し、オを選択する場合には、重症化又は再発のリスクが高いと判断した理由を記載する。なお、65歳以上であること、又は過去2回以下の既往歴があることのみでは重症化又は再発のリスクが高いとは認められない。 ア 免疫不全状態 イ 重症のクロストリジウム・ディフィシル感染症 ウ 強毒株（リボタイプ027、078又は244）への感染 エ 過去3回以上の既往歴 オ その他の理由により重症化又は再発のリスクが高いと判断できる場合	820600059	ア 免疫不全状態（ジーンプラバ点滴静注625mg）
			820600060	イ 重症のクロストリジウム・ディフィシル感染症（ジーンプラバ点滴静注625mg）
			820600061	ウ 強毒株（リボタイプ027、078又は244）への感染（ジーンプラバ点滴静注625mg）
			820600062	エ 過去3回以上の既往歴（ジーンプラバ点滴静注625mg）
			820600063	オ その他の理由により重症化又は再発のリスクが高いと判断できる場合（ジーンプラバ点滴静注625mg）
			830600034	オの場合、重症化又は再発のリスクが高いと判断した理由（ジーンプラバ点滴静注625mg）；*****
63	ジカディア錠 150mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与する」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。	850600033	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ジカディア錠150mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
64	ジャクスタピッドカプセル 5 mg ジャクスタピッドカプセル 10mg ジャクスタピッドカプセル 20mg ホモ接合体家族性高コレステロール血症	本製剤の効能・効果は「ホモ接合体家族性高コレステロール血症」であることから、次のいずれかを記載する。 ① 本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けている。 ② 本疾患の診断根拠（遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等）	820600243	本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けている（ジャクスタピッドカプセル 5 mg等）
	830600035		診断根拠（遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等）（ジャクスタピッドカプセル 5 mg等）；*****	
65	ジャディアンス錠10mg	効能又は効果において、「ただし、慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る」とされているので、使用に当たっては十分留意する。また、効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率が保たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与する」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載する。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600034	左室駆出率の計測年月日（ジャディアンス錠10mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			830600120	左室駆出率の値（ジャディアンス錠10mg）；*****
			830600121	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合）（ジャディアンス錠10mg）；*****
66	シンボニー皮下注50mgシリンジ 潰瘍性大腸炎	次の事項を記載する。 ア 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名及び使用期間 イ 本製剤の投与が必要と判断した理由	830600038	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンボニー皮下注50mgシリンジ）；*****
	830600039		他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンボニー皮下注50mgシリンジ）；*****	
	830600040		投与が必要と判断した理由（シンボニー皮下注50mgシリンジ）；*****	
	830600041		他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンボニー皮下注50mgオートインジェクター）；*****	
	830600042		他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンボニー皮下注50mgオートインジェクター）；*****	
	830600043		投与が必要と判断した理由（シンボニー皮下注50mgオートインジェクター）；*****	
67	ステボロニン点滴静注バッグ 9000mg/300mL	本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「化学放射線療法等の標準的な治療が可能な場合にはこれらの治療を優先する」と記載されているので、本剤の投与が必要と判断した理由を記載する。	830600044	投与が必要と判断した理由（ステボロニン点滴静注バッグ9000mg/300mL）；*****

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
68	ステミラック注	本製品の投与開始に当たっては、次の事項を記載する。 ① 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、脊髄領域を含む整形外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損傷に関する十分な臨床経験（計30件以上）を有し、AIS評価が適切に行える。 イ 医師免許取得後、脊髄領域を含む脳神経外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損傷に関する十分な臨床経験（計30件以上）を有し、AIS評価が適切に行える。 ② 本製品の製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点及び本製品を投与する直前の時点におけるAIS なお、供給当初においては、AISがAの患者を中心とした投与が適切であるとされていることから、供給可能量も踏まえAの患者を優先して対応する。	820600064	医師要件ア（ステミラック注）
			820600065	医師要件イ（ステミラック注）
			830600045	製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点におけるAIS（ステミラック注）；*****
			830600046	本製品を投与する直前の時点におけるAIS（ステミラック注）；*****
69	スピンラザ髄注 12mg	効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与する」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600035	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（スピンラザ髄注12mg）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
			850600036	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（初回投与）（スピンラザ髄注12mg）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
		（オナセムノゲン アベパルボベク（販売名：ゾルゲンスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合） その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載する。	830600047	オナセムノゲン アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由（スピンラザ髄注12mg）；*****
70	ゼジュラカプセル100mg	本製剤を「白金系抗悪性腫瘍剤感受性の相同組換え修復欠損を有する再発卵巣癌」に用いる場合は、効能又は効果に関連する使用上の注意において、「3つ以上の化学療法歴のある患者を対象とする」及び「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与する」とされているので、過去に実施した化学療法歴及び相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	830600048	過去に実施した化学療法歴（ゼジュラカプセル100mg）；*****
			850600037	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（ゼジュラカプセル100mg）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
			850600038	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゼジュラカプセル100mg）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
71	ゼフィックス錠 100	本製剤の使用に当たっては、B型肝炎ウイルスの増殖を伴う肝機能の異常の確認が前提であり、HBV-DNA、DNAポリメラーゼ又はHBe抗原によりウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）及びその結果を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	830600049	HBV-DNA検査結果（ゼフィックス錠100）； *****
			830600050	DNAポリメラーゼ検査結果（ゼフィックス錠100）； *****
			830600051	HBe抗原検査結果（ゼフィックス錠100）； *****
			850600039	ウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）（ゼフィックス錠100）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600040	ウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）（初回投与）（ゼフィックス錠100）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
72	ゼルボラフ錠 240mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与する」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600041	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ゼルボラフ錠240mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600042	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゼルボラフ錠240mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
73	ゾスパタ錠 40mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FLT3遺伝子変異陽性が確認された患者に投与する」とされているので、FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600043	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ゾスパタ錠40mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600044	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゾスパタ錠40mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
74	ゾルゲンスマ点滴静注	本品の効能・効果又は性能に関連する使用上の注意に、「SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異が確認された患者に投与する」「2歳未満の患者に投与する」及び「承認された体外診断薬を用いた検査により抗AAV9抗体が陰性であることが確認された患者に投与する」とされているので、以下を記載する。 ・SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日 ・本品の投与日齢 ・抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日	850600045	SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日（ゾルゲンスマ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			842600011	本品の投与日齢（ゾルゲンスマ点滴静注）； *****
			850600046	抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日（ゾルゲンスマ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
75	ゾレア皮下注用 75mg ゾレア皮下注用 150mg ゾレア皮下注 75mgシリンジ ゾレア皮下注 150mgシリンジ	(スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の投与開始の場合) 次の事項を記載する。 ① 次に掲げる医師が本製剤に関する治療の責任者として配置されている施設(「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するもの) 【成人季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っている。 【小児季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っている。 エ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有している。 ② 投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度及び当該検査の実施年月日 ③ 患者がスギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由 ④ 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状及び本製剤の投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載する。 ⑤ 前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイド及びケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ⑥ 既存治療で効果不十分と判断した理由 ⑦ アレルゲン免疫療法(減感作療法)に関する説明	820600251	医師要件ア(ゾレア皮下注用75mg等)
			820600252	医師要件イ(ゾレア皮下注用75mg等)
			820600253	医師要件ウ(ゾレア皮下注用75mg等)
			820600254	医師要件エ(ゾレア皮下注用75mg等)
			830600122	投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度(ゾレア皮下注用75mg等)； *****
			850600140	投与量の設定に用いた血清中総IgE検査の実施年月日(ゾレア皮下注用75mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			830600052	スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由(ゾレア皮下注用75mg等)；*****
			842600012	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等)；*****
			842600013	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(こう鼻の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等)；*****
			830600053	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注用75mg等)；*****
			842600014	本製剤の投与時における鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等)； *****
			842600015	本製剤の投与時における鼻症状(こう鼻の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等)；*****
			830600054	本製剤の投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注用75mg等)；*****
			830600055	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの成分名(ゾレア皮下注用75mg等)；*****
			830600056	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの一日投与量(ゾレア皮下注用75mg等)；*****

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
			830600057	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名（ゾレア皮下注用75mg等）； *****
			830600058	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の一日投与量（ゾレア皮下注用75mg等）； *****
			830600059	既存治療で効果不十分と判断した理由（ゾレア皮下注用75mg等）； *****
			830600060	アレルゲン免疫療法（減感作療法）に関する説明内容（ゾレア皮下注用75mg等）； *****
			842600016	前回投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用75mg等）； *****
			842600017	前回投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用75mg等）； *****
			830600061	前回投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用75mg等）； *****
			842600018	継続投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用75mg等）； *****
			842600019	継続投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用75mg等）； *****
			830600062	継続投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用75mg等）； *****
			830600063	併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名（ゾレア皮下注用75mg等）； *****
			830600064	併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の一日投与量（ゾレア皮下注用75mg等）； *****
			830600065	12週を超えて継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由（ゾレア皮下注用75mg等）； *****
	ゾレア皮下注用75mg ゾレア皮下注用150mg ゾレア皮下注75mgシリンジ ゾレア皮下注150mgシリンジ	（スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の継続投与の場合） 次の事項を記載する。 ① 本製剤の前回投与時及び当該継続投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載する。 ② 本製剤と併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ③ 12週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由		

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
76	タゲリッソ錠 40mg タゲリッソ錠 80mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設において、承認された体外診断薬を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与する」及び「他のEGFRチロシンキナーゼ阻害薬による治療歴を有し、病勢進行が確認されている患者では、EGFR T790M変異が確認された患者に投与する」とされているので、EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600047	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（タゲリッソ錠40mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600048	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タゲリッソ錠40mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
77	タズベリク錠 200mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、EZH2遺伝子変異陽性が確認された患者に投与する」とされているので、EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600049	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（タズベリク錠200mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600050	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タズベリク錠200mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
78	タフィンラーカ ブセル50mg タフィンラーカ ブセル75mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与する」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600051	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（タフィンラーカブセル50mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600052	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タフィンラーカブセル50mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
79	タブレクタ錠 150mg タブレクタ錠 200mg	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与する」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600053	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（タブレクタ錠150mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600054	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タブレクタ錠150mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
80	チャンピックス錠0.5mg チャンピックス錠1mg	（ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合） 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」した旨を記載する。	820600066	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方（チャンピックス錠0.5mg等）
81	チラーゼンS静注液200μg	本製剤を甲状腺機能低下症の患者に投与する際は、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さない場合に限る。 また、甲状腺機能低下症の患者に対する本製剤の投与開始に当たっては、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適しないと判断した理由を記載する。	830600066	レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適しないと判断した理由（チラーゼンS静注液200μg）；*****

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
82	テセントリク点 滴静注840mg テセントリク点 滴静注1200mg 共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）を記載する。	820600166	施設要件ア（テセントリク点滴静注）
		ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）	820600188	施設要件イ（テセントリク点滴静注）
		イ 特定機能病院	820600192	施設要件ウ（テセントリク点滴静注）
		ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）		
		エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算 1 又は外来化学療法加算 2 の施設基準に係る届出を行っている施設	820600196	施設要件エ（テセントリク点滴静注）
		オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600199	施設要件オ（テセントリク点滴静注）
83	テセントリク点 滴静注840mg テセントリク点 滴静注1200mg 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。	820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）
		ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を終了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっている。	820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）
		イ 医師免許取得後 2 年の初期研修を終了した後に 4 年以上の臨床経験を有している。うち、3 年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っている。		
		（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合）次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載）記載する。	820600172	併用投与ア（テセントリク点滴静注）
		ア カルボプラチン、パクリタキセル及びベバシズマブ（遺伝子組換え）との併用投与	820600175	併用投与イ（テセントリク点滴静注）
		イ 白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）及びペメトレキセドとの併用投与	820600178	併用投与ウ（テセントリク点滴静注）
		ウ カルボプラチン及びパクリタキセル（アルブミン懸濁型）との併用投与		
			850600117	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）；（元号）yy “年” mm “月” dd “日”
		（本製剤を化学療法歴のないPD-L1陽性（TC3又はIC3）の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌患者に単独で投与する場合）EGFR遺伝子変異陰性、ALK融合遺伝子陰性及びPD-L1陽性（TC3又はIC3）を確認した検査の実施年月日を記載する。	850600115	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）；（元号）yy “年” mm “月” dd “日”
			850600125	PD-L1陽性（TC3又はIC3）を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）；（元号）yy “年” mm “月” dd “日”
84	テセントリク点 滴静注840mg テセントリク点 滴静注1200mg 進展型小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。	820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）
		ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっている。	820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）
		イ 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 4 年以上の臨床経験を有している。うち、3 年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っている。		

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
85	テセントリク点 滴静注840mg テセントリク点 滴静注1200mg 乳癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載する。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っている。	820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）
			820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）
		PD-L1陽性、ホルモン受容体陰性及びHER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載する。	850600141	PD-L1陽性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			850600142	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			850600143	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
86	テセントリク点 滴静注840mg テセントリク点 滴静注1200mg 切除不能な肝細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っている。	820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）
			820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）
		本製剤投与時におけるChild-Pugh分類を記載する。	830600114	投与時におけるChild-Pugh分類（テセントリク点滴静注）； *****
87	テブミトコ錠 250mg	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与する」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600144	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（テブミトコ錠250mg）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			850600145	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（テブミトコ錠250mg）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
88	テムセルHS注	本品の警告において、「緊急時に十分対応できる医療施設において、造血幹細胞移植に関する十分な知識・経験を持つ医師のもとで、臨床検査による管理等の適切な対応がなされる体制下で本品を使用する」、また、効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「ステロイド療法によっても十分な治療効果が得られない場合に使用する」及び「本品の投与に際しては、急性GVHDの重症度等、「臨床成績」の項の内容を熟知し、本品の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行う」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、本品の使用が必要かつ有効と判断した理由を記載する。	830600067	本品の使用が必要かつ有効と判断した理由 (テムセルHS注)； *****
89	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載する。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有している。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っている。	820600167	施設要件ア（デュピクセント皮下注）
			820600189	施設要件イ（デュピクセント皮下注）
		2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。	820600181	前治療要件ア（デュピクセント皮下注）
			820600182	前治療要件イ（デュピクセント皮下注）
			820600202	IGAスコア（デュピクセント皮下注）
		3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600200	全身のEASIスコア（デュピクセント皮下注）
			820600201	頭頸部のEASIスコア（デュピクセント皮下注）
			830600109	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（デュピクセント皮下注）；*****

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
90	デュピクセント 皮下注300mgシ リンジ デュピクセント 皮下注300mgペ ン 気管支喘息	投与開始に当たっては、次の事項を記載する。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有している。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有している。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有している。 2) 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載） ア 高用量吸入ステロイド薬（ICS）とその他の長期管理薬（長時間作用性 β 2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に1回以上きたしている。 イ 中用量ICSとその他の長期管理薬（長時間作用性 β 2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に1回以上きたしている。 3) 2)で「患者要件イ」に該当する場合は、ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由	820600167	施設要件ア（デュピクセント皮下注）
			820600189	施設要件イ（デュピクセント皮下注）
			820600193	施設要件ウ（デュピクセント皮下注）
			820600153	患者要件ア（デュピクセント皮下注）
			820600155	患者要件イ（デュピクセント皮下注）
			830600104	ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由（デュピクセント皮下注）；*****
91	デュピクセント 皮下注300mgシ リンジ デュピクセント 皮下注300mgペ ン 鼻茸を伴う慢性 副鼻腔炎	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載する。 1) 本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨（「施設要件ア」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っている。 2) 次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ 「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ 既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・鼻閉重症度スコアが2（中等症）以上（8週間以上持続している） ・嗅覚障害、鼻汁（前鼻漏/後鼻漏）等（8週間以上持続している）	820600167	施設要件ア（デュピクセント皮下注）
			820600150	患者の要件アに該当（デュピクセント皮下注）
			820600185	患者の要件イに該当（デュピクセント皮下注）
			820600151	患者の要件ウに該当（デュピクセント皮下注）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
	デュピクセント 皮下注300mgシ リンジ デュピクセント 皮下注300mgペ ン 鼻茸を伴う慢性 副鼻腔炎	3) 2) でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に 対して、手術による治療歴がある」に該当する場 合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年 月日。「既存の治療を行ってもコントロール不十分 であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術 が適応とならない」に該当する場合は、手術が適 応とならないと判断した理由	850600132	慢性副鼻腔炎に対する 手術を行った実施年月 日（デュピクセント皮 下注）；（元号）yy “年” mm “月” dd “日”
			830600108	手術が適応とならない と判断した理由（デュ ピクセント皮下注）； *****
		4) 本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻 閉重症度スコア及び嗅覚障害、鼻汁（前鼻漏/後鼻 漏）等が継続している期間	830600123	本製剤投与前における 鼻茸スコア（デュピク セント皮下注）；*****
			830600124	本製剤投与前における 鼻閉重症度スコア （デュピクセント皮下 注）；*****
			830600125	本製剤投与前における 鼻汁（前鼻漏/後鼻漏） 等が継続している期間 （デュピクセント皮下 注）；*****
		② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を記載 する。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する 治療の責任者として配置されている者が該当する 施設（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後 に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を 行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後 に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年 以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー 診療の臨床研修を行っていること。	820600142	医師要件ア（デュピク セント皮下注）
			820600144	医師要件イ（デュピク セント皮下注）
		2) 1) でイに該当する場合は、アの要件を満たす 医師が配置されている施設と連携して本剤の効果 判定を行った旨	820600143	医師要件アの要件を満 たす医師が配置されて いる施設と連携して本 剤の効果判定を行った 旨（デュピクセント皮 下注）
		3) 本製剤の継続投与前における各鼻腔の鼻茸スコ ア及び鼻閉重症度スコア	830600126	本製剤の継続投与前に おける鼻茸スコア （デュピクセント皮下 注）；*****
			830600127	本製剤の継続投与前に おける鼻閉重症度スコ ア（デュピクセント皮 下注）；*****
		4) 24週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続 して投与することが必要かつ適切と判断した理由	830600103	24週間を超えて投与す ることが必要かつ適切 と判断した理由（デュ ピクセント皮下注）； *****

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
92	デリタクト注	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載する。 ① 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 特定機能病院 イ 大学附属病院本院（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。） ウ 悪性神経腫瘍手術の年間症例数が30例以上ある施設 エ 本品に係る治験の実施設、又はこれと同等の施設体制を有し本品に係る治験責任医師又は治験分担医師が常勤する施設（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る）	820600067	施設要件ア（デリタクト注）
			820600068	施設要件イ（デリタクト注）
			820600069	施設要件ウ（デリタクト注）
			820600070	施設要件エ（デリタクト注）
		次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを全て記載。最適使用推進ガイドラインにおいて、次に掲げる医師の要件のすべてに該当する医師を配置することとされている） ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、4年以上の脳神経外科学の臨床研修を行っており、うち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験がある。 イ 脳腫瘍に関する十分な臨床経験（計30例以上）がある。 ウ ナビゲーション下生検術を含む定位脳手術の実績が5例以上ある。	820600071	医師要件ア（デリタクト注）
			820600072	医師要件イ（デリタクト注）
			820600073	医師要件ウ（デリタクト注）
		③ 放射線治療及びテモゾロミドの治療歴のある患者である旨	820600074	放射線治療歴のある患者（デリタクト注）
			820600075	テモゾロミド治療歴のある患者（デリタクト注）
93	トルツ皮下注 80mgオートインジェクター トルツ皮下注 80mgシリンジ 尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	12週以降において、2週間隔で投与する場合、2週間隔で投与することが適切と判断した理由を記載する。	830600068	12週以降、2週間隔で投与することが適切と判断した理由（トルツ皮下注80mgオートインジェクター等）； *****
94	ニコチネル TTS10 ニコチネル TTS20 ニコチネル TTS30	（ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合） 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」した旨を記載する。	820600076	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方（ニコチネルTTS10等）
95	ノーマサング点 滴静注250mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤による急性発作の予防効果は確認されていないことから、予防的には使用しない」とされているので、予防的に使用した場合には算定できない。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、発作時の使用である旨を記載する。	820600077	発作時の使用（ノーマサング点滴静注250mg）
96	ノボセブンHI静注 用1mgシリンジ ノボセブンHI静注 用2mgシリンジ ノボセブンHI静注 用5mgシリンジ ノボセブンHI静注 用8mgシリンジ	本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅷ因子又はⅨ因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載する。	830600128	インヒビター力価（ノボセブンHI静注用1mgシリンジ等）； *****
			850600146	インヒビター力価測定年月日（ノボセブンHI静注用1mgシリンジ等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
97	ハーセプチン注 射用150、60 トラスツズマブ BS点滴静注用 150mg「CTH」 「NK」 「ファイザー」 「第一三共」 トラスツズマブ BS点滴静注用 60mg「CTH」 「NK」 「ファイザー」 「第一三共」	ハーセプチン注射用60、ハーセプチン注射用150	850600057	HER2過剰発現を確認 した検査の実施年月日 (ハーセプチン注射用 60等)；(元号) yy"年 "mm"月"dd"日"
		HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日について記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600058	HER2過剰発現を確認 した検査の実施年月日 (初回投与) (ハーセプ チン注射用60等)；(元 号) yy"年"mm"月"dd"日 "
		トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」、同150mg「NK」、同60mg「CTH」及び同150mg「CTH」 本製剤の使用上の注意において、「HER2過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施する」と記載されているため、HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600059	HER2過剰発現を確認 した検査の実施年月日 (トラスツズマブBS点 滴静注用60mg「NK」 等)；(元号) yy"年"mm" 月"dd"日"
			850600060	HER2過剰発現を確認 した検査の実施年月日 (初回投与) (トラスツ ズマブBS点滴静注用 60mg「NK」等)；(元 号) yy"年"mm"月"dd"日 "
			850600061	HER2過剰発現を確認 した検査の実施年月日 (トラスツズマブBS点 滴静注用60mg「CTH」 等)；(元号) yy"年"mm" 月"dd"日"
			850600062	HER2過剰発現を確認 した検査の実施年月日 (初回投与) (トラスツ ズマブBS点滴静注用 60mg「CTH」等)；(元 号) yy"年"mm"月"dd"日 "
			850600063	HER2過剰発現を確認 した検査の実施年月日 (トラスツズマブBS点 滴静注用60mg「第一三 共」等)；(元号) yy"年 "mm"月"dd"日"
			850600064	HER2過剰発現を確認 した検査の実施年月日 (初回投与) (トラスツ ズマブBS点滴静注用 60mg「第一三共」等)； (元号) yy"年"mm"月 "dd"日"
		トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」及び同150mg「ファイザー」 本製剤の使用上の注意において、「HER2過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施する」と記載されているため、HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600065	HER2過剰発現を確認 した検査の実施年月日 (トラスツズマブBS点 滴静注用60mg「ファイ ザー」等)；(元号) yy" 年"mm"月"dd"日"
			850600066	HER2過剰発現を確認 した検査の実施年月日 (初回投与) (トラスツ ズマブBS点滴静注用 60mg「ファイザー」 等)；(元号) yy"年"mm" 月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
98	バイクロット配 合静注用	本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載する。	830600129	インヒビター力価（バイクロット配合静注用）；*****
			850600147	インヒビター力価測定年月日（バイクロット配合静注用）；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
99	バクスマー一点鼻 粉末剤 3 mg	1 回 2 瓶以上処方する場合は、複数必要と判断した理由を記載する。	830600069	1 回 2 瓶以上必要と判断した理由（バクスマー一点鼻粉末剤 3 mg）；*****
100	バクトロバン鼻 腔用軟膏 2 %	易感染患者から隔離することが困難な入院患者に対する使用に当たっては、やむを得ず、二名以下の患者が収容されている病室にMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）とともに入院している者に対して使用した場合に限り算定できるものである。 その場合、易感染患者から隔離することが困難な入院患者の使用に係る薬剤料はMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の分として算定し、MRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の診療報酬明細書に易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与した旨を記載する。	820600078	易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与（バクトロバン鼻腔用軟膏 2 %）
101	パドセブ点滴静 注用30mg	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤の一次治療における有効性及び安全性は確立していない」及び「PD1/PDL1阻害剤による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない」と記載されているので、PD1/PDL1阻害剤を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を記載する。	820600079	PD1/PDL1阻害剤を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与（パドセブ点滴静注用 30mg）
102	バベンチオ点滴 静注200mg メルケル細胞癌	次の事項を記載すること。 1） 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算 1 又は外来化学療法加算 2 の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を終了した後に 5 年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2 年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっている。 イ 医師免許取得後 2 年の初期研修を終了した後に 5 年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有している。	820600244	施設要件ア（バベンチオ点滴静注200mg）
			820600245	施設要件イ（バベンチオ点滴静注200mg）
			820600246	施設要件ウ（バベンチオ点滴静注200mg）
			820600247	施設要件エ（バベンチオ点滴静注200mg）
			820600248	施設要件オ（バベンチオ点滴静注200mg）
			820600249	医師要件ア（バベンチオ点滴静注200mg）
			820600250	医師要件イ（バベンチオ点滴静注200mg）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
103	バベンチオ点滴 静注200mg 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の治療	次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600244	施設要件ア (バベンチオ点滴静注200mg)
			820600245	施設要件イ (バベンチオ点滴静注200mg)
			820600246	施設要件ウ (バベンチオ点滴静注200mg)
			820600247	施設要件エ (バベンチオ点滴静注200mg)
			820600248	施設要件オ (バベンチオ点滴静注200mg)
		2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っている。	820600249	医師要件ア (バベンチオ点滴静注200mg)
104	バベンチオ点滴 静注200mg 根治切除不能な尿路上皮癌における化学療法後の維持療法の治療	次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600244	施設要件ア (バベンチオ点滴静注200mg)
			820600245	施設要件イ (バベンチオ点滴静注200mg)
			820600246	施設要件ウ (バベンチオ点滴静注200mg)
			820600247	施設要件エ (バベンチオ点滴静注200mg)
			820600248	施設要件オ (バベンチオ点滴静注200mg)
		2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っている。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っている。	820600249	医師要件ア (バベンチオ点滴静注200mg)
			820600250	医師要件イ (バベンチオ点滴静注200mg)

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
	ビラフトビカプセル50mg ビラフトビカプセル75mg 共通	本製剤の効能・効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与する」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600067	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ビラフトビカプセル50mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600068	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ビラフトビカプセル50mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
105	ビラフトビカプセル50mg ビラフトビカプセル75mg がん化学療法後に増悪したBRAF遺伝子変異を有する治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	本製剤の用法・用量に関連する注意において、「併用する他の抗悪性腫瘍剤の選択に際しては、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、関連学会の最新のガイドライン等を参考にした上で、患者の状態に応じて、ビンメチニブの併用の必要性を判断する」とされているので、本剤とビンメチニブを併用する場合には、関連学会の最新のガイドライン等を踏まえ、併用する理由を記載する。その場合は、併用が必要とした判断に用いた情報（ECOGPS、転移臓器数、CRP値等）を具体的に記載する。	830600070	ビンメチニブを併用する理由（ビラフトビカプセル50mg等）；*****
106	ビルテプソ点滴静注250mg	本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「遺伝子検査により、エクソン53スキッピングにより治療可能なジストロフィン遺伝子の欠失（エクソン43-52、45-52、47-52、48-52、49-52、50-52、52欠失等）が確認されている患者に投与する」と記載されているので、遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600148	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日（ビルテプソ点滴静注250mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600149	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ビルテプソ点滴静注250mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
107	ビンダケルカプセル20mg トランスサイレチン型心アミロイドーシス（野生型及び変異型）	本製剤を「トランスサイレチン型心アミロイドーシス（野生型及び変異型）」の効能・効果に使用する場合、本製剤の薬剤料については、次の①又は②のすべての要件を満たした場合に算定でき、いずれに該当するかを記載する。（「患者要件①」又は「患者要件②」と記載） ① 野生型の場合 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有する イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ 組織生検によるアミロイド沈着が認められる エ 免疫組織染色によりTTR前駆タンパク質が同定されること ② 変異型の場合 ア 心筋症状及び心筋症と関連するTTR遺伝子変異を有する イ 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有する ウ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること エ 組織生検によるアミロイド沈着が認められる	820600087	患者要件1（ビンダケルカプセル20mg）
			820600088	患者要件2（ビンダケルカプセル20mg）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
108	ビンマックカプセル61mg	次の①又は②のすべての要件を満たした場合に算定でき、いずれに該当するかを記載する。（「患者要件①」又は「患者要件②」と記載） ① 野生型の場合 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有する イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ 組織生検によるアミロイド沈着が認められる エ 免疫組織染色によりTTR前駆タンパク質が同定される ② 変異型の場合 ア 心筋症症状及び心筋症と関連するTTR遺伝子変異を有する イ 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有する ウ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること エ 組織生検によるアミロイド沈着が認められる	820600089	患者要件1（ビンマックカプセル61mg）
			820600090	患者要件2（ビンマックカプセル61mg）
109	ファイバ静注用1000	本製剤の使用に当たっては、インヒビター力価が測定されていることが前提であり、その測定された年月日及びその力価を記載する。	830600130	インヒビター力価（ファイバ静注用1000）；*****
			850600150	インヒビター力価測定年月日（ファイバ静注用1000）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
110	フェインジェクト静注500mg	（本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/dL以上の場合） 本製剤の投与が必要と判断した理由を記載する。	830600071	投与が必要と判断した理由（フェインジェクト静注500mg）；*****
111	フォシーガ錠5mg フォシーガ錠10mg 慢性心不全	効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率が保持された慢性心不全における本薬の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与する」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載する。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600071	左室駆出率の計測年月日（フォシーガ錠5mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			830600072	左室駆出率の値（フォシーガ錠5mg等）；*****
			830600073	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合）（フォシーガ錠5mg等）；*****
	慢性腎臓病	効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが25mL/min/1.73m ² 未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断する」及び「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景（原疾患、併用薬、腎機能等）を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択する」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）を記載する。	830600074	適応患者であると判断した理由（フォシーガ錠5mg等）；*****
112	ブレヤンジ静注	本製品の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載する。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600105	施設要件ア（ブレヤンジ静注）
			820600106	施設要件イ（ブレヤンジ静注）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
113	ベイスン錠0.2 ベイスンOD錠 0.2 ボグリボース ODフィルム0.2 「QQ」 ボグリボース OD錠0.2mg 「MED」 「MEEK」 「ケミファ」 「サワイ」 「タカタ」 「トーワ」 「マイラン」 「日医工」 「武田テバ」 ボグリボース錠 0.2mg「OME」 「JG」 「MEEK」 「NP」 「NS」 「TCK」 「YD」 「ケミファ」 「サワイ」 「タカタ」 「トーワ」 「ファイザー」 「杏林」 「日医工」 「武田テバ」 耐糖能異常にお ける2型糖尿病 の発症抑制（た だし、食事療法 及び運動療法を 十分に行っても 改善されない場 合に限る。）	耐糖能異常と判断した根拠（判断した年月日とその結果）、食事療法及び運動療法を3～6ヶ月間行っても改善されなかった旨及び高血圧症又は脂質異常症の診断名を記載する。	830600081	耐糖能異常と判断した根拠（ベイスン錠0.2等）；*****
			850600073	耐糖能異常と判断した年月日（ベイスン錠0.2等）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
			820600107	食事療法及び運動療法を3～6ヶ月間行っても改善されなかった（ベイスン錠0.2等）
			830600082	高血圧症又は脂質異常症の診断名（ベイスン錠0.2等）；*****
114	ベージニオ錠 50mg ベージニオ錠 100mg ベージニオ錠 150mg	本製剤の効能・効果は「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術後薬物療法」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600074	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（ベージニオ錠50mg等）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
			850600075	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベージニオ錠50mg等）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
			850600076	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（ベージニオ錠50mg等）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
			850600077	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベージニオ錠50mg等）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
115	ベスポンサ点滴 静注 1 mg	本製剤の使用上の注意において「フローサイトメトリー法等の検査によって、CD22抗原が陽性であることが確認された患者に使用する」とされているので、CD22陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載する。	850600078	CD22陽性を確認した検査の実施年月日（ベスポンサ点滴静注 1 mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600079	CD22陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベスポンサ点滴静注 1 mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
116	ペマジール錠 4.5mg	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与する」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600080	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（ペマジール錠 4.5mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600081	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ペマジール錠 4.5mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
117	ベリキューボ錠 2.5mg ベリキューボ錠 5 mg ベリキューボ錠 10mg	効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の保たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与する」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載する。 なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600082	左室駆出率の計測年月日（ベリキューボ錠 2.5mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			830600083	左室駆出率の値（ベリキューボ錠 2.5mg等）； *****
			830600084	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合）（ベリキューボ錠 2.5mg等）； *****
118	ボテリジオ点滴 静注 20mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「CCR4陽性の成人T細胞白血病リンパ腫（ATL）、再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫（PTCL）の場合、CCR4抗原は、フローサイトメトリー（FCM）又は免疫組織化学染色（IHC）法により検査を行い、陽性であることが確認されている患者のみに投与する」とされているので、CCR4陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600083	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日（ボテリジオ点滴静注 20mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600084	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ボテリジオ点滴静注 20mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
119	ミカトリオ配合錠	本製剤への切り替えに当たっては、次の事項を切り替えた月に記載する。 (1) テルミサルタン80mg、アムロジピン 5 mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名及び使用期間 (2) テルミサルタン80mg、アムロジピン 5 mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法において、安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日	830600085	テルミサルタン80mg、アムロジピン 5 mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名（ミカトリオ配合錠）；*****
			830600086	テルミサルタン80mg、アムロジピン 5 mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた使用期間（ミカトリオ配合錠）；*****
			830600131	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値（ミカトリオ配合錠）；*****
			850600151	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定実施年月日（ミカトリオ配合錠）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
120	ムルプレタ錠 3 mg	本製剤の使用上の注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臓器切除を伴う観血的手技の場合は、本剤の投与を避ける」とされていることから、このような症例には使用しない。また、観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載する。	830600087	観血的手技の名称（ムルプレタ錠 3 mg）；*****
			850600085	観血的手技の実施予定年月日（ムルプレタ錠 3 mg）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
121	メキニスト錠 0.5mg メキニスト錠 2 mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与する」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600086	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（メキニスト錠0.5mg等）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
			850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0.5mg等）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
122	メクトビ錠 15mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与する」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（メクトビ錠15mg）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
			850600089	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メクトビ錠15mg）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
123	メナクトラ筋注	本製剤は、エクリズマブ（遺伝子組換え）又はラブリズマブ（遺伝子組換え）投与患者に使用した場合に限り算定できるものであるため、エクリズマブ（遺伝子組換え）又はラブリズマブ（遺伝子組換え）の投与を行った又は行う予定の年月日を記載する（同一の診療報酬明細書においてエクリズマブ（遺伝子組換え）又はラブリズマブ（遺伝子組換え）の投与が確認できる場合を除く）。	850600090	エクリズマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メナクトラ筋注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600091	エクリズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メナクトラ筋注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600092	ラブリズマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メナクトラ筋注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600093	ラブリズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メナクトラ筋注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
124	ライアットMIBG-I131静注	本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治癒切除不能な褐色細胞腫・パラガングリオーマ」であり、MIBG集積陽性が確認された患者が対象であることから、MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600094	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日（ライアットMIBG-I131静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600095	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ライアットMIBG-I131静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
125	リツキサン点滴静注100mg リツキサン点滴静注500mg CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫、 CD20陽性の慢性リンパ性白血病及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600096	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキサン点滴静注100mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600097	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキサン点滴静注100mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
	リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KHK」 CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載する。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキサン点滴静注100mg「KHK」等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600152	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキサン点滴静注100mg「KHK」等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
	リツキシマブ BS点滴静注 100mg「ファイ ザー」 リツキシマブ BS点滴静注 500mg「ファイ ザー」 CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600099	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキサン点滴静注100mg「ファイザー」等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600100	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキサン点滴静注100mg「ファイザー」等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
126	リベルサス錠 3 mg リベルサス錠 7 mg リベルサス錠 14mg	他の経口血糖降下薬を投与していない患者に本剤を投与する場合は、本剤の投与が必要と判断した理由を記載する。	830600088	他の経口血糖降下薬を投与していない患者に投与が必要と判断した理由（リベルサス錠3 mg等）；*****
127	リムパーザ錠 100mg リムパーザ錠 150mg ア「BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌における初回化学療法後の維持療法」、イ「がん化学療法歴のあるBRCA遺伝子変異陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」、ウ「BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌」又はエ「BRCA遺伝子変異陽性の治癒切除不能な腺癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」	効能又は効果に関連する使用上の注意において、ア、ウ及びエの場合「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、BRCA遺伝子変異を有することが確認された患者に投与する」、イの場合「承認された体外診断薬等を用いた検査により、生殖細胞系列のBRCA遺伝子変異（病的変異又は病的変異疑い）を有することが確認された患者に投与する」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600101	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（リムパーザ錠100mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600102	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠100mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
	相同組換え修復欠損を有する卵巣癌におけるベパシズマブ（遺伝子組換え）を含む初回化学療法後の維持療法	効能又は効果に関連する使用上の注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与する」とされているので、相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600103	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（リムパーザ錠100mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600104	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠100mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
128	リンヴォック錠 7.5mg リンヴォック錠 15mg リンヴォック錠 30mg アトピー性皮膚 炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載する。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っている。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っている。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有している。	820600108	医師要件ア（リンヴォック錠7.5mg等）
			820600109	医師要件イ（リンヴォック錠7.5mg等）
			820600110	医師要件ウ（リンヴォック錠7.5mg等）
		2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。	820600111	前治療要件ア（リンヴォック錠7.5mg等）
			820600112	前治療要件イ（リンヴォック錠7.5mg等）
		3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	830600089	IGAスコア（リンヴォック錠7.5mg等）；*****
			830600090	全身のEASIスコア（リンヴォック錠7.5mg等）；*****
			830600091	頭頸部のEASIスコア（リンヴォック錠7.5mg等）；*****
			842600020	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（リンヴォック錠7.5mg等）
		4) 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は、体重	842600021	体重（小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合）（kg）（リンヴォック錠7.5mg等）
129	レットヴィモカ ブセル40mg レットヴィモカ ブセル80mg RET融合遺伝子 陽性の切除不能 な進行・再発の 非小細胞肺癌、 RET融合遺伝子 陽性の根治切除 不能な甲状腺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、RET融合遺伝子陽性が確認された患者に投与する」とされているので、RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600105	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（レットヴィモカブセル40mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600106	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（レットヴィモカブセル40mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
130	レットヴィモカ ブセル40mg レットヴィモカ ブセル80mg RET遺伝子変異 陽性の根治切除 不能な甲状腺腫 様癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、RET遺伝子変異が確認された患者に投与する」とされているので、RET遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600153	RET遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（レットヴィモカブセル40mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600154	RET遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（レットヴィモカブセル40mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
131	レパールサ皮下注 140mgペン	次の事項を記載する。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載する。 1） 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設	820600113	施設要件ア（レパールサ皮下注140mgペン）
			820600114	施設要件イ（レパールサ皮下注140mgペン）
		2） 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL-コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日	850600155	LDL-コレステロール検査の実施年月日（レパールサ皮下注140mgペン）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			830600132	LDL-コレステロール検査値（レパールサ皮下注140mgペン）；*****
		3） 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨	820600115	食事療法を行っている（レパールサ皮下注140mgペン）
			820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている（レパールサ皮下注140mgペン）
			820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている（レパールサ皮下注140mgペン）
			820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レパールサ皮下注140mgペン）
		4） HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載する。	830600092	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名（レパールサ皮下注140mgペン）；*****
			830600093	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量（レパールサ皮下注140mgペン）；*****
			820600119	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である（レパールサ皮下注140mgペン）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
レパールサ皮下注 140mgペン		5) 本製剤をHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用の既往等によりHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者）に投与する場合には、使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由	830600094	使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由（レパールサ皮下注140mgペン）；*****
		6) 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか（「リスク因子ア」から「リスク因子オ」までのうち該当するものを記載）。 ア 冠動脈疾患（安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ 非心原性脳梗塞の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患	820600120	リスク因子ア（レパールサ皮下注140mgペン）
			820600121	リスク因子イ（レパールサ皮下注140mgペン）
			820600122	リスク因子ウ（レパールサ皮下注140mgペン）
			820600123	リスク因子エ（レパールサ皮下注140mgペン）
			820600124	リスク因子オ（レパールサ皮下注140mgペン）
		7) 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6)の「リスク因子ウ」から「リスク因子オ」までのいずれかに該当し、HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間	830600095	HMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間（レパールサ皮下注140mgペン）；*****
		(平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合) ③を記載できない場合は、従前のとおり次の事項を記載するとともに、投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載する。 ア 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL-コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日	850600155	LDL-コレステロール検査の実施年月日（レパールサ皮下注140mgペン）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
		イ 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨	830600132	LDL-コレステロール検査値（レパールサ皮下注140mgペン）；*****
			820600115	食事療養を行っている（レパールサ皮下注140mgペン）
			820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている（レパールサ皮下注140mgペン）
			820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている（レパールサ皮下注140mgペン）
			820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レパールサ皮下注140mgペン）
		ウ 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載する。	830600092	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名（レパールサ皮下注140mgペン）；*****
			830600093	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量（レパールサ皮下注140mgペン）；*****
			820600119	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である（レパールサ皮下注140mgペン）

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
		エ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(冠動脈疾患、非心原性脳梗塞、末梢動脈疾患、糖尿病若しくは慢性腎臓病に罹患していること若しくはそのいずれかの既往歴を有する、又は複数の危険因子が認められる)。	830600096	心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(レパールサ皮下注140mgペン)；*****
		(平成29年3月31日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関の場合)	820600125	投与中患者(レパールサ皮下注140mgペン)
		③を記載できない場合は、従前のとおり(平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合)に掲げる事項を記載するとともに、当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載する。	850600107	初めて本製剤を投与した年月(レパールサ皮下注140mgペン)；(元号)yy"年"mm"月"日"
			820600126	使用実績有(レパールサ皮下注140mgペン)
132	レパールサ皮下注 420mgオートミニ ドージャー	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載する。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載) ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設	820600127	施設要件ア(レパールサ皮下注420mgオートミニドージャー)
			820600128	施設要件イ(レパールサ皮下注420mgオートミニドージャー)
		2) 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL-コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日	850600156	LDL-コレステロール検査の実施年月日(レパールサ皮下注420mgオートミニドージャー)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			830600133	LDL-コレステロール検査値(レパールサ皮下注420mgオートミニドージャー)；*****
		3) 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨	820600129	食事療法を行っている(レパールサ皮下注420mgオートミニドージャー)
			820600130	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レパールサ皮下注420mgオートミニドージャー)
			820600131	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている(レパールサ皮下注420mgオートミニドージャー)
			820600132	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レパールサ皮下注420mgオートミニドージャー)

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
	レパールサ皮下注 420mgオートミニ ドナー	4) HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載する。	830600097	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レパールサ皮下注420mgオートミニドナー)；*****
			830600098	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レパールサ皮下注420mgオートミニドナー)；*****
			820600133	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レパールサ皮下注420mgオートミニドナー)
		5) 本製剤をHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者(副作用の既往等によりHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者)に投与する場合には、使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由	830600099	使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由(レパールサ皮下注420mgオートミニドナー)；*****
		6) 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか(「リスク因子ア」から「リスク因子オ」までのうち該当するものを記載)。 ア 冠動脈疾患(安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴 イ 非心原性脳梗塞の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患	820600134	リスク因子ア(レパールサ皮下注420mgオートミニドナー)
			820600135	リスク因子イ(レパールサ皮下注420mgオートミニドナー)
			820600136	リスク因子ウ(レパールサ皮下注420mgオートミニドナー)
			820600137	リスク因子エ(レパールサ皮下注420mgオートミニドナー)
			820600138	リスク因子オ(レパールサ皮下注420mgオートミニドナー)
		7) 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6)の「リスク因子ウ」から「リスク因子オ」までのいずれかに該当し、HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間	830600100	HMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レパールサ皮下注420mgオートミニドナー)；*****
133	レフィキシア静注用500 レフィキシア静注用1000 レフィキシア静注用2000	手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載する。	830600101	手術時に使用した理由(レフィキシア静注用500等)；*****
134	ローブレナ錠25mg ローブレナ錠100mg	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与する」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600108	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ローブレナ錠25mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850600109	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ローブレナ錠25mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称 効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによる レセプト表示文言
135	ロズリートレク カプセル100mg ロズリートレク カプセル200mg NTRK融合遺伝 子陽性の進行・ 再発の固形癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与する」とされているので、NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600110	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ロズリートレクカプセル100mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600111	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ロズリートレクカプセル100mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
	ROS1融合遺伝 子陽性の切除不 能な進行・再発 の非小細胞肺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与する」とされているので、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載する。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載する。	850600112	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ロズリートレクカプセル100mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
			850600113	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ロズリートレクカプセル100mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
136	照射洗浄血小板 -LR「日赤」 照射洗浄血小板 HLA-LR「日赤」	本製剤の使用適正化については、「「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成28年6月14日付け薬生発0614第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意する。なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限る」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を記載する。	830600102	使用が必要と判断した理由（照射洗浄血小板-LR「日赤」等）；*****

第3節 診療録、処方箋の記載要領等の変更点

改定の概要

- (1) リフィル処方を行う場合の処方箋の記載要領が示された。
 - ア. リフィル処方を行う場合、「リフィル可」欄に「✓」を記載するとともに、総使用回数（上限3回）を記載する。なお、「処方」欄にはリフィル処方箋1回の使用による投与日数（回数）等を記載する。
 - イ. 外用薬をリフィル処方する場合、1回当たりの使用量及び1日当たりの使用回数を記載した場合であっても、必ず投与日数を記入する。なお、湿布薬はリフィル処方できない。
- (2) 調剤薬局の薬剤師がリフィル処方箋に基づき調剤した時は、その処方箋に以下の事項を記載する。なお、当該リフィル処方箋の写しを調剤録と共に保管する。
 - ① 「調剤実施回数」欄に、調剤回数に応じて「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載する。
 - ② 保険薬局においてリフィル処方箋による調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、リフィル処方箋に調剤量、調剤年月日等を記入し、記名押印或いは署名する。また、次回調剤予定日等の必要な事項を記入する。
- (3) 「備考」欄の記載について、以下のように変更された。
 - ア. 後期高齢者であって一般・低所得者の患者について、2022年10月1日以降、「備考」欄に8割給付の患者の場合は「高8」、9割給付の患者の場合は「高9」と記載する。
 - イ. 情報通信機器を用いた診療により処方箋を発行する場合は、「情報通信」と記載する。

(A) 診療録等の記載上の注意事項

第1 一般的事項（変更なし）

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)～(4)（変更なし）

- (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。

なお、特例的に、生活保護法による医療扶助、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、生活保護法による医療扶助に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・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よる精神通院医療等に係る分は右下部の該当欄に記載する。

(6)（変更なし）

2、3（変更なし）

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。~~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。~~

なお、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、枝番も併せて記載する。

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。

第3 診療録の記載上の注意事項

1～6 (変更なし)

7 「傷病名」欄について

傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」(令和2年4月28日付保発0428第3号) ~~(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)別添3に規定する傷病名を用いる。

8～19 (変更なし)

(B) 処方箋の記載上の注意事項

第5 処方箋の記載上の注意事項

1～6 (変更なし)

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。

(1)～(6) (変更なし)

(7) リフィル処方を行う場合には、「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」を記載するとともに、総使用回数(上限3回)を記載する。なお、「処方」欄には、リフィル処方箋1回の使用による投与日数(回数)等を記載する。

(8) 外用薬をリフィル処方する場合について、1回当たりの使用量及び1日当たりの使用回数を記載した場合であっても、必ず投与日数を記入する。

(9) ~~(イ)~~ (変更なし)

8 「備考」欄について

(1)～(3) (変更なし)

(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。なお、後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者については、令和4年10月1日以降、8割給付の患者の場合は「高8」、9割給付の患者の場合は「高9」と記載する。

(5)、(6) (変更なし)

(7) 1処方につき63枚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。

(8)、(9) (変更なし)

(10) ~~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い処方箋を発行する場合については、「情報通信」「オンライン」と記載する。

9 (変更なし)

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。

(1)～(5) (変更なし)

(6) 「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」が記載されている処方箋(以下「リフィル処方箋」という)に基づき調剤した場合は、「調剤実施回数」欄に調剤回数に応じて、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載する。

(7) 保険薬局においてリフィル処方箋による調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、リフィル処方箋に薬剤師法第26条に規定する事項及び次回調剤予定日等の必要な事項を記入し、当該リフィル処方箋の写しを調剤録と共に保管する。