

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
1	A000	初診料	(初診の後、当該初診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日保医発0305第1号)別添1第1章第1部通則2のAからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院
				820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
			(注5のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を算定した場合) 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。		—
2	A000	初診料の妊婦 加算等(注7、注10、注11の加算)	当該患者が妊婦である旨記載すること。	レセプト共通 レコード 「患者の形態001」 又は 820100348	妊婦
3	A001	再診料	(再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部通則2のAからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院
				820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
				112008350	同日再診料
				112016850	同日特定妥結率再診料
			(同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。))がある場合) 同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。))がある旨を記載すること。	112008850	同日電話等再診料
				112015950	電話等再診料(同一日複数科受診時の2科目)
			(注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合) 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	112016950	同日電話等特定妥結率再診料
				112017150	電話等特定妥結率再診料(同一日複数科受診時の2科目)
4	A001	再診料の乳幼児 加算	(月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合) 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児
5	A001	再診料の妊婦 加算等(注5、注15、注16の加算)	当該患者が妊婦である旨記載すること。	レセプト共通 レコード 「患者の形態001」 又は 820100348	妊婦
6	A002	外来診療料	(再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部通則2のAからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院
				820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
			(注5に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合) 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。		—
7	A002	外来診療料の 乳幼児加算	(月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合) 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児
8	A002	外来診療料の 妊婦加算等(注8、注10、注11の加算)	当該患者が妊婦である旨記載すること。	レセプト共通 レコード 「患者の形態001」 又は 820100348	妊婦
9	A003	オンライン診療 料	特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料又は精神科在宅患者支援管理料のうち、当該患者が算定しているものを選択して記載するとともに、算定を開始した年月を記載すること。	820100006	特定疾患療養管理料算定患者
				820100007	小児科療養指導料算定患者
				820100008	てんかん指導料算定患者
				820100009	難病外来指導管理料算定患者
				820100010	糖尿病透析予防指導管理料算定患者
				820100011	地域包括診療料算定患者
				820100012	認知症地域包括診療料算定患者
				820100013	生活習慣病管理料算定患者
				820100014	在宅時医学総合管理料算定患者
				820100015	精神科在宅患者支援管理料算定患者
10	A100	一般病棟入院 基本料の救急・ 在宅等支援病 床初期加算	入院元を記載すること。		—
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。		—
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
11	A101	療養病棟入院 基本料	(必要があつて患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合) その医療上の必要性を記載すること。		—
			(患者の急性増悪により、療養病棟入院基本料を算定する病棟において、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合であつて、療養病棟入院基本料の入院料Iを算定した場合) その医療上の必要性を記載すること。		—
			(回復期リハビリテーション入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する療養病棟において当該入院料に係る算定要件に該当しない患者について、療養病棟入院基本料の入院料Iを算定する場合) 非該当患者である旨を記載すること。		—
12	A101	療養病棟入院 基本料の急性 期患者支援療 養病床初期加 算又は在宅患 者支援療養病 床初期加算	入院元を記載すること。		—
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。		—
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。		—
13	A103	精神病棟入院基 本料の重度認知 症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価(当該加算の基準に基づくADL得点又はランク)及び評価日を記載すること。(月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。)		—
14	A104	特定機能病院入 院基本料の重度 認知症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価(当該加算の基準に基づくADL得点又はランク)及び評価日を記載すること。(月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。)		—
15	A106	障害者施設等 入院基本料	(一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当する場合) 「特」と記載すること。		—
			(一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当しない場合) 「特外」と記載し、その理由(悪性新生物に対する治療を行っている、など)を簡潔に記載すること。		—
16	A109	有床診療所療 養病床入院基 本料	(必要があつて患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合) その医療上の必要性を記載すること。		—
			(患者の急性増悪により、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病室において、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合であつて、有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Eを算定した場合) その医療上の必要性を記載すること。		—
17	A109	有床診療所療 養病床入院基 本料の救急・在 宅等支援療養 病床初期加算	入院元を記載すること。		—
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。		—
18	A204- 2	地域医療支援病 院入院診療加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。		—
			(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。		—
20	A205 の1	救急医療管理 加算1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A205救急医療管理加算の(2)のAからケまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100016 820100017 820100018 820100019 820100020 820100021 820100022 820100023 820100024	ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) キ 広範囲熱傷 ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急の手術、カテーテル治療等又はt-PA療法を必要とする状態
			(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
21	A205 の2	救急医療管理 加算2	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A205救急医療管理加算の(2)のAからケに準ずる重篤な状態について具体的に記載すること。 (当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	— —	— —
22	A206	在宅患者緊急入 院診療加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	—	—
23	A207	診療録管理体制 加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	—	—
24	A212	超重症児(者)入院診 療加算・準超重症児 (者)入院診療加算	当該加算の算定開始日を記載すること。	—	—
25	A221- 2	小児療養環境特 別加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A221-2小児療養環境特別加算の(1)のA又はイに規定するもののうち、対象患者として該当するものを選択して記載すること。	820100025 820100026	ア 麻疹等に感染しており、他の患者への感染の危険性が高い患者 イ 易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者
26	A226	重症皮膚潰瘍管 理加算	患者の皮膚潰瘍に係るSheaの分類を記載すること。	—	—
27	A228	精神科応急入院 施設管理加算	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号。)第33条の7第1項に規定する応急入院患者及び同法第34条第1項から第3項までの規定により移送された患者(応急入院患者等)である旨を記載すること。 (当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	— —	— —
28	A229	精神科隔離室管 理加算	算定日を記載すること。	—	—
29	A230- 4	精神科リエゾン チーム加算	算定日を記載すること。	—	—
30	A231- 2	強度行動障害入 院医療管理加算	強度行動障害スコア及び医療度判定スコアの値を記載すること。	—	—
31	A231- 4	摂食障害入院医 療管理加算	入院時のBMIの値を記載すること。	—	—
32	A232 の1	がん拠点病院加 算1 がん診療連携 拠点病院加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	—	—
33	A232 の2	がん拠点病院加 算2 小児がん拠点 病院加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	—	—
34	A233- 2	栄養サポートチ ーム加算	算定日を記載すること。	—	—
35	A234	医療安全対策加 算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	—	—
36	A236	褥瘡・ハイリスク患 者ケア加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	—	—
37	A242	呼吸ケアチーム加 算	算定日を記載すること。	—	—
38	A244	病棟薬剤業務実 施加算	算定日を記載すること。	—	—
39	A250	薬剤総合評価調 整加算	内服薬が減少する前後の内服薬の種類数(クロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量)を記載すること。 (当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合) 当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。	— —	— —
40	A300	救命救急入院料	(救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 救命救急入院料の算定に係る入院年月日を記載すること。	—	—
41	A302	新生児特定集中 治療室管理料	(総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合) 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500未満」、「1,000g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027 820100028 820100029	出生時体重 1,500g以上 出生時体重 1,000g以上1,500g未満 出生時体重 1,000g未満
42	A303 の2	総合周産期特 定集中治療室 管理料2 新生児集中 治療室管理料	(新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合) 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500未満」、「1,000g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027 820100028 820100029	出生時体重 1,500g以上 出生時体重 1,000g以上1,500g未満 出生時体重 1,000g未満
43	A303- 2	新生児治療回 復室入院医療 管理料	(新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合わせて31日以上算定した場合) 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500未満」、「1,000g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027 820100028 820100029	出生時体重 1,500g以上 出生時体重 1,000g以上1,500g未満 出生時体重 1,000g未満
44	A306	特殊疾患入院 医療管理料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	—	—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
45	A308	回復期リハビリ テーション病棟 入院料	対象となる疾患の発症日、手術日又は損傷日を記載すること。		—
			(入院までの間に算定開始日数控除対象入院料等において1日6単位以上の重点的なリハビリテーションが提供された場合) 当該日数を記載すること。		—
			(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟から転院してきた患者であって、転院後継続して回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する場合) 転院前の保険医療機関における当該入院料の算定日数を記載すること。		—
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第1章第2部第3節A308回復期リハビリテーション病棟入院料の(11)のウ及びエにおいて、当該患者をリハビリテーション実績指数の算出から除外する場合) 当該患者の入棟月の診療報酬明細書に、実績指数の算出から除外する旨及びその理由を記載すること。		—
			(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。		—
46	A308-3	地域包括ケア 病棟入院料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。		—
47	A308-3	地域包括ケア 病棟入院料の 急性期患者支 援病床初期加 算又は在宅患 者支援病床初 期加算	入院元を記載すること。		—
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。		—
48	A309	特殊疾患病棟 入院料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。		—
49	A311-2 A311-3	精神科救急入 院料 精神科急性期 治療病棟入院 料 精神科救急・合 併症入院料	算定を開始した日を記載すること。		—
			(転棟患者等の場合) 転棟の必要性を記載すること。		—
			(医療観察法入院患者(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定による入院患者)であつた者が、引き続き精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する場合) 医療観察法による入院の開始日及び終了日を記載すること。		—
50	A311-2 A311-3	精神科救急入院 料 精神科急性期治 療病棟入院料 精神科救急・合併 症入院料 の非定型抗精神 病薬加算	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。		—
51	A312	精神療養病棟 入院料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。		—
52	A312	精神療養病棟入 院料の非定型抗 精神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。		—
53	A312	精神療養病棟入 院料の重症者加 算	算定した日を記載すること。		—
54	A314	認知症治療病 棟入院料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。		—
55	A317	特定一般病棟 入院料の救急・ 在宅等支援病 床初期加算	入院元を記載すること。		—
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。		—
56	A317	特定一般病棟入 院料を算定してい る患者について、 地域包括ケア入 院医療管理が行 われた場合	(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。		—
			地域包括ケア入院医療管理を行う病室に入室した月日を記載すること。		—
			(必要があつて患者を他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を記載すること。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
57	A318	地域移行機能強化病棟入院料の非定型抗精神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。		—
58	A318	地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算	算定した日を記載すること。		—
59	A400 の1	短期滞在手術等基本料1	短手1と表示し、手術日及び手術名を記載すること。		—
			(短期滞在手術等基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合) 短期滞在手術等基本料を算定しない理由を記載すること。		—
			(短期滞在手術等基本料1を算定する患者について、当該手術とは別の目的で実施した、検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目の費用を算定する場合) その旨を記載すること。		—
60	A400 の2	短期滞在手術等基本料2	短手2と表示し、手術日及び手術名を記載すること。		—
			(短期滞在手術等を算定する患者について、当該手術とは別の目的で実施した、検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目の費用を算定する場合) その旨を記載すること。		—
61	A400 の3	短期滞在手術等基本料3	短手3と表示し、検査日又は手術日及び検査名又は手術名を記載すること。		—
62	A	180日を超える 期間通算対象 入院料を算定 する場合	(「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」(平成18年9月12日厚生労働省告示第498号)の九のいずれにも該当しない場合) 「選」と記載すること。		—
			(「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」の九のいずれかに該当する場合) 「選外」と記載し、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」第九のイからワまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100030 イ 通算対象入院料算定患者以外の患者 820100031 ロ 難病患者等入院診療加算を算定する患者 820100032 ハ 重症者等療養環境特別加算を算定する患者 820100033 ニ 厚生労働省告示に規定する難病患者等 820100034 ホ 悪性新生物に対する腫瘍用薬を投与している状態にある患者 820100035 ヘ 悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態にある患者 820100036 ト ドレーン法等を実施している状態にある患者 820100037 チ 人工呼吸器を使用している状態にある患者 820100038 リ 人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態にある患者 820100039 ス 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術患者 820100040 ル 15歳未満の患者 820100041 ワ 小児慢性特定疾病児童等患者又は育成医療給付患者 820100042 フ ロからスまでに掲げる状態に準ずる状態にある患者	
63	A	救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床(救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。)に入院したものとみなす場合	死亡年月日及び死亡を確認した場所として、「処置室で死亡」、「手術室で死亡」、「処置室・手術室以外で死亡」の中から該当するものを選択して記載すること。 なお、「処置室・手術室以外で死亡」を選択した場合は、死亡を確認した場所を記載すること。	820100043	処置室で死亡
				820100044	手術室で死亡
				820100045	処置室・手術室以外で死亡
64	B (通則)	オンライン医学管理料	特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料又は生活習慣病管理料の算定を開始した年月を記載すること。		—
65	B001 の2	特定薬剤治療管理料1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部B001の2特定薬剤治療管理料の(1)のアの(イ)から(ソ)まで及びオに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。 また、初回の算定年月を記載すること。ただし、抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月目以降の特定薬剤治療管理料1を算定する場合又は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者について特定薬剤治療管理料1を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。	820100046	(イ) 心疾患患者でジギタリス製剤を投与
				820100047	(ロ) てんかん患者で抗てんかん剤を投与
				820100048	(ハ) 気管支喘息等の患者でテオフィリン製剤を投与
				820100049	(ニ) 不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与
				820100050	(ホ) 統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与
				820100051	(ヘ) 躁うつ病の患者でリチウム製剤を投与
				820100052	(ト) 躁うつ病又は躁病の患者でバルプロ酸ナトリウム等を投与
				820100053	(チ) 臓器移植術を受けた患者で免疫抑制剤を投与
				820100054	(リ) 留意事項通知に規定する患者でシクロスポリンを投与
				820100055	(ヌ) 若年性関節リウマチ等の患者でサリチル酸系製剤を継続投与
				820100056	(ル) 悪性腫瘍の患者でメトトレキサートを投与
				820100057	(ヲ) 留意事項通知に規定する患者でタクロリムス水和物を投与
				820100058	(ワ) 留意事項通知に規定する患者でトリアゾール系抗真菌剤を投与
				820100059	(カ) 片頭痛の患者でバルプロ酸ナトリウムを投与
				820100060	(ヨ) イマチニブを投与
				820100061	(タ) 留意事項通知に規定する患者でエベロリムスを投与
				820100062	(レ) リンパ管筋腫瘍の患者でシロリムス製剤を投与
				820100063	(ソ) 腎細胞癌の患者で抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与
				820100391	オ 留意事項通知に規定する患者で抗生物質等を数日間以上投与
66	B001 の2	特定薬剤治療管理料1の臓器移植加算	当該臓器移植を行った月日を記載すること。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
67	B001- 03	悪性腫瘍特異物質治療管理料	行った腫瘍マーカーの検査名を記載すること。		—
68	B001- 04	小児特定疾患カウンセリング料	第1回目のカウンセリングを行った年月日を記載すること。		—
69	B001- 010	入院栄養食事指導料	算定日を記載すること。		—
70	B001- 012	心臓ペースメーカー指導管理料の導入期加算	ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー移植術、植込型除細動器移植術又は両室ペースリング機能付き植込型除細動器移植術を行った月日を記載すること。		—
71	B001- 012	心臓ペースメーカー指導管理料の植込型除細動器移行期加算	直近の算定年月及び使用開始日を記載すること。また、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部B001の12心臓ペースメーカー指導管理料の(5)のア又はイに規定するもののうち該当するものを選択して記載すること。	820100064 820100065	ア 留意事項通知に規定する患者でICD適否確定までの間使用 イ 留意事項通知に規定する患者でICD植込みまでの間使用
72	B001- 012	心臓ペースメーカー指導管理料の遠隔モニタリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。		—
73	B001- 014	高度難聴指導管理料のイ	人工内耳植込術を行った月日を記載すること。		—
74	B001- 015	慢性維持透析患者外来医学管理料	(慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した場合)その必要性を記載すること。		—
			(本管理料を算定した月において、本管理料に包括されていないE001の1単純撮影(胸部を除く。)&及びE002の1単純撮影(胸部を除く。))を算定した場合)撮影部位を記載すること。		—
			(慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査であって特例として算定を認められた検査を別に算定した場合)「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部B001の15慢性維持透析患者外来医学管理料の(10)のアからカまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100066 820100067 820100068 820100069 820100070 820100071	ア 出血性合併症患者の退院月翌月の月2回目以後の末梢血液一般検査 イ パルス療法施行時の月2回目以後のカルシウム等の検査 ウ 副甲状腺切除を行った患者の月2回目以後のカルシウム等の検査 エ シナカルセト塩酸塩投与患者の月2回目以後のカルシウム等の検査 オ 透析アミロイド症の月2回目以後のβ2-ミクログロブリン検査 カ デフェロキサミンメシル酸塩投与患者のアルミニウムの検査
75	B001- 016	喘息治療管理料1の重度喘息患者治療管理加算	当該加算に係る第1回目の治療管理を行った月日を記載すること。		—
76	B001- 017	慢性疼痛疾患管理料	(当該患者に対し最初に当該管理料を算定した場合)算定日を記載すること。		—
77	B001- 023	がん患者指導管理料のロ	当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を記載すること。		—
78	B001- 023	がん患者指導管理料のハ	当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を記載すること。		—
79	B001- 026	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料の導入期加算	植込術を行った月日を記載すること。		—
80	B001- 027	糖尿病透析予防指導管理料	ヘモグロビンA1cの値又は内服薬やインスリン製剤を使用している旨を記載すること。		—
81	B001- 028	小児運動器疾患指導管理料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。		—
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第1部B001の28小児運動器疾患指導管理料の(6)により当該管理料を算定する場合)初診時の年月日、年齢及び状態を記載すること。		—
82	B001- 029	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。		—
83	B001- 2	小児科外来診療料	(院外処方せんを交付している者に対し、夜間緊急の受診等やむを得ない場合において院内投薬を行った場合)その理由を記載すること。		—
			(他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定しているため小児科外来診療料を算定しない場合)他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定している旨記載すること。		—
84	B001- 2-2	地域連携小児夜間・休日診療料	(病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合)その理由を詳細に記載すること。		—
85	B001- 2-4	地域連携夜間・休日診療料	(病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合)その理由を詳細に記載すること。		—
86	B001- 2-7	外来リハビリテーション診療料	算定日を記載すること。		—
87	B001- 2-8	外来放射線照射診療料	算定日を記載すること。		—
			(所定点数の100分の50に相当する点数により算定する場合)算定日を記載すること。		—
			(100分の50に相当する点数を算定したにもかかわらず、その後も治療を継続する場合)治療を継続する医学的な理由を記載すること。		—
			(外来放射線照射診療料を算定したにもかかわらず予定の期間よりも早期に外来放射線照射を終了する場合)早期に治療終了となった医学的理由を記載すること。		—
88	B001- 2-11	小児かかりつけ診療料	(院外処方せんを交付している者に対し、夜間緊急の受診等やむを得ない場合において院内投薬を行った場合)その理由を記載すること。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
89	B001- 3-2	ニコチン依存症 管理料	初回の当該管理料を算定した月日を記載すること。		—
90	B001- 7	リンパ浮腫指 導管理料(入 院)	手術日(手術前に当該指導を実施した場合であって、診療報酬明細書を作成する時点で手術を実施していない場合には、手術予定日)を記載すること。		—
91	B001- 7	リンパ浮腫指 導管理料(入 院外)	(退院後に再度算定する場合) 退院日及び実施した手術名を記載すること。		—
			(地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関において算定する場合) 入院中に当該指導管理料を算定した保険医療機関名及び実施した手術名を記載すること。		—
92	B001- 9	療養・就労両立 支援指導料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。		—
93	B002	開放型病院共 同指導料(Ⅰ)	共同指導を行った日を記載すること。		—
94	B003	開放型病院共 同指導料(Ⅱ)	共同指導を行った日を記載すること。		—
95	B004	退院時共同指 導料1	入院日を記載すること。		—
96	B004	退院時共同指 導料1の特別 管理指導加算	算定日を記載すること。		—
97	B005	退院時共同指 導料2	共同指導を行った日を記載すること。		—
			(同一日に退院時共同指導料2と退院時リハビリテーション指導料又は退院時薬剤情報 管理指導料を算定した場合) 共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。		—
98	B005- 1-2	介護支援等連携 指導料	算定日(当該入院中に既に算定している場合は併せて初回算定日)を記載すること。		—
99	B005- 1-3	介護保険リハビ リテーション移行支 援料	介護保険によるリハビリテーションを開始した日及び維持期のリハビリテーションを終了し た日を記載すること。		—
100	B005- 4	ハイリスク妊産婦 共同管理料(Ⅰ)	ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った日を記載すること。		—
101	B005- 6の1	がん治療連携計 画策定料1	退院日を記載すること。		—
102	B005- 7の2	認知症専門診断 管理料2	前回算定日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。		—
103	B005- 7-2	認知症療養指導 料1(入院)	認知症療養計画に基づく最初の治療を行った月日を記載すること。		—
104	B005- 7-2	認知症療養指導 料1(入院外)	治療を行った月日を記載すること。		—
105	B005- 7-2	認知症療養指導 料2	治療を開始した月日を記載すること。		—
106	B005- 7-2	認知症療養指導 料3	治療を開始した月日を記載すること。		—
107	B005- 7-3	認知症サポート指 導料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。		—
108	B005- 9	排尿自立指導料	当該指導の初回算定日及び初回からの通算算定回数(当該月に実施されたものを含 む。)を記載すること。		—
109	B006- 3	退院時リハビ リテーション指導料	(同一日に退院時リハビリテーション指導料と退院時共同指導料2を算定した場合) 共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。		—
110	B007	退院前訪問指 導料	(2回算定した場合) 各々の訪問指導日を記載すること。		—
111	B007- 2	退院後訪問指 導料	退院日を記載すること。		—
112	B008 の1	薬剤管理指導 料1	算定日及び薬剤名を記載すること。		—
113	B008 の2	薬剤管理指導 料2	算定日を記載すること。		—
114	B008	薬剤管理指導料1 及び2の麻薬加算	指導を行った日を記載すること。		—
115	B008- 2	薬剤総合評価 調整管理料	(当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2 種類以上減少した場合) 当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記 載すること。		—
116	B009	診療情報提供 料(Ⅰ)	算定日を記載すること。		—
			(保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合) 情報提供先を記載すること。		—
117	B009	診療情報提供料 (Ⅰ)の注7に規定 する加算	退院日を記載すること。		—

項番	区分	診療行為名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
118	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算のイ	退院日を記載すること。		—
119	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の療養情報提供加算	療養に係る情報を得た訪問看護ステーション名を記載すること。		—
120	B010	診療情報提供料(Ⅱ)	算定日を記載すること。		—
121	B010-2	診療情報連携共有料	連携先の保険医療機関名を記載すること。		—
122	B012	傷病手当金意見書交付料	交付年月日を記載すること。		—
			(当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合)当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病についての診療を開始した日を「傷病名」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。		—
			(遺族等に対して意見書を交付した場合で遺族等が他に療養の給付を受けていない場合)当該遺族等の診療報酬明細書に相続と表示し、意見書の対象となった傷病名を「傷病名」欄に記載すること。		—
			(遺族等に対して意見書を交付した場合で遺族等が他に療養の給付を受けている場合)当該遺族等の診療報酬明細書に相続と表示し、遺族等自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を「傷病名」欄に記載すること。		—
123	B012	感染症法による公費負担申請に係る診断書料及び協力料	感染症法による公費負担申請に係る診断書料及び協力料を算定した旨を記載すること。		—
124	B013	療養費同意書交付料	交付年月日及び同意書又は診断書の病名欄に記載した病名を記載すること。		—
125	B014	退院時薬剤情報管理指導料	退院日を記載すること。		—
			(同一日に退院時薬剤情報管理指導料と退院時共同指導料2を算定した場合)共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。		—
126	C000	往診料等	(在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診又は訪問看護を行った場合)「支援」と記載し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。		—
			(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を当該月に算定している場合)当該往診を行った日を記載すること。		—
			(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した日と同一日に往診料を算定した場合)患者の病状の急変等往診が必要となった理由を記載すること。		—
127	C000	往診料 特別往診料	往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。		—
128	C000	往診料の患者診療時間加算	診療時間を記載すること。		—
129	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)	(「1」の在宅患者訪問診療料1を算定する場合で、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合)その必要性、必要を認めた診療日及び当該訪問診療を行った日を記載すること。		—
			(「2」の在宅患者訪問診療料2を算定する場合)他の保険医療機関からの求めがあった年月を記載すること。		—
			(「2」の在宅患者訪問診療料2について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の(7)のただし書きに該当する場合)他の保険医療機関からさらに求めがあった年月を記載するとともに、求めがあった診療内容について、(7)のA又はイのうち、該当するものを記載すること。	820100072	ア その診療科の医師でなければ困難な診療
				820100073	イ 既に診療した傷病等とは明らかに異なる傷病に対する診療
				820100074	末期の悪性腫瘍
				820100075	多発性硬化症
				820100076	重症筋無力症
				820100077	スモン
				820100078	筋萎縮性側索硬化症
				820100079	脊髄小脳変性症
				820100080	ハンチントン病
				820100081	進行性筋ジストロフィー症
				820100082	パーキンソン病関連疾患(留意事項通知に規定するもの)
				820100083	多系統萎縮症(留意事項通知に規定するもの)
				820100084	プリオン病
				820100085	亜急性硬化性全脳炎
				820100086	ライソゾーム病
	820100087	副腎白質ジストロフィー			
	820100088	脊髄性筋萎縮症			
	820100089	球脊髄性筋萎縮症			
	820100090	慢性炎症性脱髄性多発神経炎			
	820100091	後天性免疫不全症候群			
	820100092	頭髄損傷の患者			
	820100093	人工呼吸器を使用している状態の患者			
		(当該月又はその前月に往診料を算定している場合)当該訪問診療を行った日を記載すること。		—	

項番	区分	診療行為名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
130	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の患者診療時間加算	診療時間を記載すること。		—
131	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(「Ⅰ」に限る。)の在宅ターミナルケア加算	死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に行った往診又は訪問診療の日を記載すること。		—
			(当該患者が在宅以外で死亡した場合) 死亡前24時間以内に行った訪問診療の日時を記載すること。		—
132	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(「Ⅰ」に限る。)の死亡診断加算	(「情報通信機器(Ⅰ)CT)を用いた死亡診断等ガイドライン(平成29年9月厚生労働省)」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い、死亡診断加算のみを算定する場合) ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。		—
133	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ) 注9の規定により算定する場合(患者との距離が16kmを超えた場合等)	訪問地域(距離)、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。		—
134	C001-2	在宅患者訪問診療料(Ⅱ)	(注1のイの場合で、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合) その必要性、必要を認めた診療日及び当該訪問診療を行った日を記載すること。		—
			(当該月又はその前月に往診料を算定している場合) 当該訪問診療を行った日を記載すること。		—
135	C001-2	在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の患者診療時間加算	診療時間を記載すること。		—
136	C001-2	在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)の在宅ターミナルケア加算	死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に行った往診又は訪問診療の日を記載すること。		—
			(当該患者が有料老人ホーム等以外で死亡した場合) 死亡前24時間以内に行った訪問診療の日時を記載すること。		—
137	C001-2	在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)の死亡診断加算	(「情報通信機器(Ⅰ)CT)を用いた死亡診断等ガイドライン(平成29年9月厚生労働省)」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い、死亡診断加算のみを算定する場合) ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。		—
138	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	当該月において往診又は訪問診療を行った日を記載すること。		—
			(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。		—
			(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「同一建物居住者以外の場合」を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患者において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、A000初診料又はA001再診料又はA002外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合) その旨を記載すること。		—
			(在宅時医学総合管理料について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合、また、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて施設入居時等医学総合管理料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」、「在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100094 820100095 820100096	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所 在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下 当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下
139	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料の在宅移行早期加算	初回の当該管理料を算定した年月日を記載すること。		—
140	C002	オンライン在宅管理料	在宅時医学総合管理料の算定を開始した年月を記載すること。		—
141	C003	在宅がん医療総合診療料	在宅がん医療総合診療料を算定した週において、訪問診療、訪問看護を行った日を記載すること。 連携保険医療機関又は訪問看護ステーションが行った訪問看護についても同様であること。		—
142	C004	救急搬送診療料の長時間加算	診療に要した時間を記載すること。		—
143	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料	(在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行った場合) 「支援」と記載し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。		—
			(月の初日が週の途中にある場合) 前月の最終の週における訪問回数を記載すること。		—
			(保健師、助産師、看護師又は准看護師のそれぞれが別に当該月に在宅患者訪問看護・指導を行った場合) それぞれの回数を記載すること。		—
144	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算	頻回な在宅患者訪問看護・指導を行う必要を認めた診療日、訪問看護・指導を行った日及びその必要を認めた理由を記載すること。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
145	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の長時間訪問看 護・指導加算	訪問看護を実施した日を記載すること。		—
146	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の複数名訪問看護 加算	訪問看護を実施した日を記載すること。		—
147	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の在宅患者連携指 導加算・同一建物居 住者連携指導加算	情報共有を行った日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った日を記載 すること。		—
148	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の在宅患者緊急時 等カンファレンス加算・ 同一建物居住者緊急 時等カンファレンス加 算	カンファレンスを実施した日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を 行った日を記載すること。		—
149	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の在宅ターミナルケ ア加算・同一建物居住 者ターミナルケア加算	訪問看護を実施した日時、患者が死亡した場所として在宅又は在宅以外のうち該当する もの及び日時を記載すること。	820100097 820100098	在宅で死亡 在宅以外で死亡
150	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の在宅移行管理加 算又は在宅移行管理 重症者加算	使用している医療機器等の名称（当該診療報酬明細書において医療機器の使用等が明 らかである場合を除く。）を記載すること。		—
151	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の夜間・早朝訪問 看護加算又は深夜訪 問看護加算	訪問看護を実施した日時を記載すること。		—
152	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の看護・介護職員 連携強化加算	介護職員等と同行訪問した日を記載すること。		—
153	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・ 指導料、同一建物居 住者訪問看護・指導 料の特別地域訪問看 護加算	患者の住所並びに通常の経路及び方法で訪問に要する時間（片道）を記載すること。		—
154	C005- 2	在宅患者訪問 点滴注射管理 指導料	点滴注射を行った日を記載すること。		—
			（在宅患者訪問点滴注射管理指導料に用いる注射薬を支給した場合） 「注射」欄の例により記載し、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る注射薬である旨 の「訪点」を表示すること。 なお、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る指示を行った後に算定要件を満たさず薬 剤料のみを算定する場合についても同様に記載すること。		—
155	C006	在宅患者訪問 リハビリテー ション指導管理 料	訪問指導を行った日及び単位数を記載すること。 （急性増悪等により、一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を必要とする患者 に対して行った場合） 「急性」と表示すること。		— —
156	C007	訪問看護指示 料	算定日を記載すること。		—
157	C007	訪問看護指示 料の特別訪問 看護指示加算	算定日を記載すること。また、頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由として、「急 性増悪」、「終末期」、「退院直後」、「その他」の中から該当するものを選択して記載するこ と。なお、「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	820100099 820100100 820100101 820100102	急性増悪 終末期 退院直後 その他
158	C007- 2	介護職員等略痰 吸引等指示料	前回の指示書を交付した日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。		—
159	C008	在宅患者訪問 薬剤管理指導 料	（月2回以上算定した場合） 算定日を記載すること。		—
			（単一建物診療患者が2人以上の場合） その人数を記載すること。		—
			（1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、 保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数 の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険医療機関が在宅患者訪問薬 剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型 共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指を算定す る人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合）	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上
			「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の 10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユ ニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択し て記載すること。	820100104 820100105 820100094	管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下 当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下 ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
160	C009	在宅患者訪問 栄養食事指導 料	(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。		—
			(1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、 保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の 10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が在宅患者訪 問栄養食事指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応 型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問栄養食事指導料を 算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数 の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で指導料を算定する者が2人以下」又は 「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選 択して記載すること。	820100103 820100106 820100107 820100094	同居する同一世帯の患者が2人以上 指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下 当該建築物の戸数が20戸未満で指導料を算定する者が2人以下 ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所
161	C010	在宅患者連携 指導料	情報共有を行った日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った日を記載 すること。		—
162	C011	在宅患者緊急時 等カンファレンス 料	カンファレンスを実施した日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を 行った日を記載すること。		—
163	C012	在宅患者共同 診療料	初回算定日を記載すること。		—
			(15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重 が20キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とした場合) 当該診療の初回算定日及び初回からの通算算定回数(当該月に実施されたものを含 む。)を記載すること。		—
164	C013	在宅患者訪問 褥瘡管理指導 料	1回目の評価カンファレンス又は2回目の評価カンファレンスのうち該当するものを選択し て記載するとともに、初回カンファレンスを実施した日を記載すること。	820100108 820100109	1回目の評価カンファレンス 2回目の評価カンファレンス
			(連携する保険医療機関等がある場合) 医療機関等名称を記載すること。		—
165	C100	退院前在宅療 養指導管理料	(退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及 びセット数等を記載すること。		—
166	C101	在宅自己注射 指導管理料	(在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給日数等を記載すること。		—
167	C102	在宅自己腹膜 灌流指導管理 料	(1月に2回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部 C102在宅自己腹膜灌流指導管理料の(1)のAからオまでに規定するものの中から、該 当するものを選択して記載すること。	820100110 820100111 820100112 820100113 820100114	ア 在宅自己連続行式腹膜灌流の導入期にあるもの イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの オ その他医師が特に必要と認めるもの
			(人工腎臓又は腹膜灌流(連続行式腹膜灌流に限る。))を算定した場合) 算定した日を記載すること。		—
			(在宅自己連続行式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及 びセット数等を記載すること。		—
168	C102- 2	在宅血液透析 指導管理料	(1月に2回以上在宅血液透析指導管理料を算定した場合) 初回の指導管理を行った月日を記載するとともに、「診療報酬の算定方法の一部改正に 伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C102-2在宅血液透析指導管理料 の(3)のAからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100115 820100116 820100117	ア 在宅血液透析の導入期にあるもの イ 合併症の管理が必要なもの ウ その他医師が特に必要と認めるもの
			(人工腎臓を算定した場合) 算定した日を記載すること。		—
			(在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及 びセット数等を記載すること。		—
169	C103	在宅酸素療法 指導管理料	当該月の動脈血酸素濃度分圧又は動脈血酸素飽和度を記載すること。		—
			(慢性心不全で適用になった患者の場合) 初回の指導管理を行った月において、終夜睡眠ポリグラフィーの実施日及び無呼吸低呼 吸指数を記載すること。		—
170	C103	在宅酸素療法指 導管理料の遠隔 モニタリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。		—
171	C104	在宅中心静脈栄 養法指導管理料	(在宅中心静脈栄養法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及 びセット数等を記載すること。		—
172	C105	在宅成分栄養経 管栄養法指導管 理料	(在宅経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合＜) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。		—
173	C105- 2	在宅小児経管 栄養法指導管 理料	(15歳以上の患者であって経口摂取が著しく困難である状態が15歳未満から継続してい るもの(体重が20キログラム未満である場合に限る。))に算定した場合) 体重を記載すること。		—
			(在宅小児経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。		—
174	C105- 3	在宅半固形栄 養経管栄養法 指導管理料	胃瘻造設日及び初回算定日を記載すること。		—
			(在宅半固形栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。		—
			(半固形状の流動食(市販されているものに限る。))に係る指導管理を行った場合) 当該流動食の製品名を記載すること。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
175	C106	在宅自己導尿 指導管理料	(在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。		—
176	C107- 2	在宅持続陽圧 呼吸療法指導 管理料	初回の指導管理を行った月日、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見を記載すること。 ただし、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)のイに該当する場合は、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載は不要であること。		—
			(2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合) その理由を記載すること。		—
177	C107- 2	在宅持続陽圧呼吸療 法指導管理料の遠隔 モニタリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。		—
178	C108	在宅悪性腫瘍等 患者指導管理料	(在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。		—
179	C108- 2	在宅悪性腫瘍患者 共同指導管理 料	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する保険医療機関と連携して指導管理を行った年月日及び連携して指導管理を行った保険医療機関名を記載すること。		—
			(在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。		—
180	C109	在宅寝たきり患者 処置指導管理料	(在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。		—
181	C110- 2	在宅振戦等刺激装 置治療指導管理 料の導入期加算	植込術を行った年月日を記載すること。		—
182	C110- 3	在宅迷走神経電気 刺激治療指導管 理料の導入期加算	植込術を行った年月日を記載すること。		—
183	C114	在宅難治性皮膚疾 患処置指導管理 料	(在宅難治性皮膚疾患処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。		—
184	C116	在宅植込型補助 人工心臓(非拍動 流型)指導管理料	(在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料に用いる特定保険医療材料を支給した場合) 特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。		—
185	C118	在宅腫瘍治療電 場療法指導管理 料	(在宅腫瘍治療電場療法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。		—
186	C150	血糖自己測定 器加算	血糖自己測定の回数を記載すること。		—
			(1型糖尿病の患者に対し算定する場合) 1型糖尿病の患者である旨を記載すること。	114009910 血糖自己測定器加算(20回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等) 114046110 血糖自己測定器加算(30回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等) 114010010 血糖自己測定器加算(40回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等) 114010110 血糖自己測定器加算(60回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等) 114010210 血糖自己測定器加算(90回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等) 114015610 血糖自己測定器加算(120回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等) 114005910 血糖自己測定器加算(20回以上)(1型糖尿病の患者を除く) 114046010 血糖自己測定器加算(30回以上)(1型糖尿病の患者を除く) 114006010 血糖自己測定器加算(40回以上)(1型糖尿病の患者を除く) 114007410 血糖自己測定器加算(60回以上)(1型糖尿病の患者を除く)	
187	C152- 2	持続血糖測定 器加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C152-2持続血糖測定器加算の(1)のア又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100118 820100119	ア 留意事項通知に規定する1型糖尿病患者(在宅医療) イ 留意事項通知に規定する2型糖尿病患者(在宅医療)
188	C153 の1	注入器用注射 針加算の1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C153注入器用注射針加算の(2)のア又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100120 820100121	ア 糖尿病等で1日概ね4回以上自己注射が必要 イ 血友病で自己注射が必要
189	C157	酸素ボンベ加 算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	820100122 820100123 820100124 820100125 820100126	当月分 翌々月分 翌月分 前月分 前々月分
190	C158	酸素濃縮装置 加算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	820100122 820100123 820100124 820100125 820100126	当月分 翌々月分 翌月分 前月分 前々月分
191	C159	液化酸素装置 加算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	820100122 820100123 820100124 820100125 820100126	当月分 翌々月分 翌月分 前月分 前々月分
192	C159- 2	呼吸同調式デ マンドバルブ加 算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	820100122 820100123 820100124 820100125 820100126	当月分 翌々月分 翌月分 前月分 前々月分

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
193	C165 の1	在宅持続陽圧 呼吸療法用治 療器加算1	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月 分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	820100122 820100123 820100124 820100125 820100126	当月分 翌々月分 翌月分 前月分 前々月分
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第 2部第2節C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)のア又はイの要件に該当 する患者に対し算定する場合) (3)のア又はイのうち該当するものを選択して記載すること。 また、イの要件を根拠に算定する場合は、当該患者に対するASV療法の実施開始日も併 せて記載すること。	820100127 820100128	ア 留意事項通知アの慢性心不全患者にASV療法を実施した場合 イ 留意事項通知イの心不全患者にASV療法を実施した場合
194	C165 の2	在宅持続陽圧 呼吸療法用治 療器加算2	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月 分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	820100122 820100123 820100124 820100125 820100126	当月分 翌々月分 翌月分 前月分 前々月分
195	C171	在宅酸素療法 材料加算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月 分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	820100122 820100123 820100124 820100125 820100126	当月分 翌々月分 翌月分 前月分 前々月分
196	C171- 2	在宅持続陽圧 呼吸療法材料 加算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月 分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	820100122 820100123 820100124 820100125 820100126	当月分 翌々月分 翌月分 前月分 前々月分
197	C200 C400	初診、再診又は在宅 医療において、患者の 診療を担う保険医の 指示に基づき、当該保 険医の診療日以外の 日に訪問看護ステー ション等の看護師等 が、当該患者に対し点 滴又は処置等を実施 した場合	(初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保 険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又 は処置等を実施した場合) これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が使用された日を記載すること。		—
198	C	在宅療養支援診療 所、在宅療養支援病 院から患者の紹介を 受けて在宅療養指導 管理を行う場合	(「診療報酬の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第59号)第2章第2部第2節第1款の 通則3の規定に基づき、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院から患者の紹介を受け て在宅療養指導管理を行う場合) 紹介元医療機関名及び当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。		—
199	C	退院した患者に対し て、当該退院月に、退 院日に在宅療養指導 管理料を算定した保 険医療機関以外の保 険医療機関において 在宅療養指導管理料 を算定した場合	(退院した患者に対して、当該退院月に、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険 医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定した場合) 当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。		—
200	C	在宅療養指導管理料 のいずれかの所定点 数に併せて特定保険 医療材料のうち「皮膚 欠損用創傷被覆材」 又は「非固着性シリコ ンガーゼ」を支給した 場合	(在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて特定保険医療材料のうち「皮膚欠 損用創傷被覆材」又は「非固着性シリコンガーゼ」を支給した場合(在宅難治性皮膚疾患 処置指導管理料を除く。)) 特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数を記載すること。		—
201	D	時間外緊急院内 検査加算	検査開始日時を記載すること。		—
			(引き続き入院した場合) 引き続き入院した場合である旨を記載すること。	820100129	引き続き入院
202	D	外来迅速検体 検査加算	(外来診療料を算定した場合であって、当該診療料に包括される検査のみに対して当該加 算を算定した場合) 当該加算を算定した日に行った検体検査の項目名を記載すること。		—
			(引き続き入院した場合) 引き続き入院した場合である旨を記載すること。	820100129	引き続き入院
203	D001 の18	L型脂肪酸結 合蛋白(L-FABP)(尿)	(2回目を算定した場合) 前回算定日を記載すること。		—
			(3月に2回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。		—
204	D001 の18	好中球ゼラチナー ゼ結合性リボカリ (NGAL)(尿)	(医学的必要性から4回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。		—
205	D002	尿沈渣(鏡検 法)	(排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣(鏡検法)又は尿沈渣(フローサ イトメリー法)を同一日に併せて算定する場合) 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。		—
206	D002- 2	尿沈渣(フロー サイトメリー 法)	(排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣(鏡検法)又は尿沈渣(フローサ イトメリー法)を同一日に併せて算定する場合) 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
207	D003 の9	カルプロテクチ ン(糞便)	(慢性的な炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎やクローン病等)の診断補助を目的として測定する 場合) 要旨を記載すること。 (潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として測定する場合で医学的な必要性から1月に1回 行う場合) 詳細な理由及び検査結果を記載すること。		—
208	D004- 20の1	悪性腫瘍組織 検査 1 悪性腫瘍遺 伝子検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部 D004-2悪性腫瘍組織検査の(1)のアからキまでに規定するものの中から該当するもの を記載すること。	820100130 820100131 820100132 820100133 820100134 820100135 820100136	ア 肺癌の治療法選択 イ 膵癌の治療法選択 ウ 悪性骨軟部組織腫瘍の治療法選択 エ 消化管間葉系腫瘍の治療法選択 オ 家族性非ポリポージス大腸癌の治療法選択 カ 悪性黒色腫の治療法選択 キ 大腸癌の治療法選択
209	D006 の34	ADAMTS13活 性	(血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対し て、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内に算定する場合) 血栓性血小板減少性紫斑病と診断した年月日又はその再発を確認した年月日を記載す ること。		—
210	D006 の35	ADAMTS13イ ンヒビター	(後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者 に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内に算定する場合) 後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断した年月日又はその再発を確認した年月日を 記載すること。		—
211	D006- 4	遺伝学的検査	(2回以上実施する場合) その医療上の必要性を記載すること。		—
212	D006- 10	CCR4タンパク(フ ローサイトメリー 法)	(CCR4タンパク(フローサイトメリー法)及びCCR4タンパクを併せて算定した場合) その理由及び医学的根拠を記載すること。		—
213	D006- 11	FIP1L1-PDGF Rα融合遺伝子 検査	本検査を必要と判断した理由を記載すること。 (本検査を再度実施した場合) その理由を記載すること。		—
214	D006- 12	EGFR遺伝子 検査(血漿)	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。		—
215	D007 の8	マンガン(Mn)	高カロリー静脈栄養法を開始した日を記載すること。		—
216	D008 の16	脳性Na利尿ペ プチド(BNP)	(脳性Na利尿ペプチド(BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBN P)及び心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上を実施した場合) 各々の検査の実施日を記載すること。		—
217	D008 の18	脳性Na利尿ペ プチド前駆体N端フ ラグメント(NT- proBNP)	(脳性Na利尿ペプチド(BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBN P)及び心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上を実施した場合) 各々の検査の実施日を記載すること。		—
218	D008 の23	酒石酸抵抗性酸 ホスファターゼ(T RACP-5b)	診断補助の実施日、6月以内の治療経過観察時の補助的指標の実施日又は治療方針の 変更日を記載すること。		—
219	D008 の25	低カルボキシル化 オステオカルシン (ucOC)	(2回目を算定した場合) 前回算定日を記載すること。		—
220	D008 の30	I型コラーゲン架橋C- テロペプチド-β異性 体(β-CTX)	(2回目を算定した場合) 前回算定日を記載すること。		—
221	D008 の39	抗IA-2抗体	抗グルタミ酸デカルボキシラーゼ抗体(抗GAD抗体)の結果、陰性を確認した年月日を 記載すること。		—
222	D008 の43	心房性Na利尿 ペプチド(AN P)	(脳性Na利尿ペプチド(BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBN P)及び心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上を実施した場合) 各々の検査の実施日を記載すること。		—
223	D009 の8	前立腺特異抗 原(PSA)	(前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原(PSA)を2回以上算定する場合) 未確と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載すること。		—
224	D009 の27	可溶性メソテリ ン関連ペプチド	(悪性中皮腫の診断の補助を目的として実施する場合) 本検査が必要である理由を記載すること。		—
225	D011 の4	不規則抗体	輸血歴あり又は妊娠歴ありのうち該当するものを選択して記載すること。	820100137 820100138	輸血歴あり 妊娠歴あり
226	D012 の16	HIV-1抗体	(K920輸血料(「4」の自己血輸血を除く。)を算定した患者又は血漿成分製剤(新鮮液状 血漿、新鮮凍結人血漿等)の輸注を行った患者の場合) 当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載すること。		—
227	D012 の17	HIV-1、2抗体定性 HIV-1、2抗体半定 量 HIV-1、2抗原・抗体 同時測定定性 HIV-1、2抗原・抗体 同時測定定量	(K920輸血料(「4」の自己血輸血を除く。)を算定した患者又は血漿成分製剤(新鮮液状 血漿、新鮮凍結人血漿等)の輸注を行った患者の場合) 当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載すること。		—
228	D012 の18	HIV-1、2抗 体定量	(K920輸血料(「4」の自己血輸血を除く。)を算定した患者又は血漿成分製剤(新鮮液状 血漿、新鮮凍結人血漿等)の輸注を行った患者の場合) 当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載すること。		—
229	D012 の48	サイトメガロウィル スpp65抗原定性	(高度細胞性免疫不全の患者に対して算定した場合) 当該検査が必要であった理由を記載すること。		—
230	D014 の23	抗シトルリン化ペ プチド抗体定性 抗シトルリン化ペ プチド抗体定量	(関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上 算定する場合) 「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載すること。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
231	D014 の24	抗LKM－1抗体	抗核抗体陰性を確認した年月日を記載すること。		—
232	D014 の43	抗アクアポリン4 抗体	(抗アクアポリン4抗体を再度実施した場合) 前回の検査実施日及び検査を再度実施する医学的な必要性を記載すること。		—
233	D014 の44	抗HLA抗体(スク リーニング検査)	(1年に2回以上実施する場合) その理由及び医学的な必要性を記載すること。		—
234	D014 の45	抗HLA抗体(抗体 特異性同定検査)	(抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に算定した場合) その理由及び医学的な必要性を記載すること。		—
235	D017	排泄物、滲出物又 は分泌物の細菌 顕微鏡検査	(排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣(鏡検法)又は尿沈渣(フローサ イトメトリ法)を同一日に併せて算定する場合) 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。		—
236	D023 の7	EBウイルス核 酸定量	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部 D023微生物核酸同定・定量検査の(5)のAからキまでに規定するものの中から該当する ものを選択して記載し、併せて、該当するものに応じ、以下の事項を記載すること。 ・Aに該当する場合、臓器移植の実施年月日 ・イに該当する場合、造血幹細胞移植の実施年月日 ・ウに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日 ・エのうち移植後リンパ増殖性疾患の経過経過観察を目的として実施する場合、移植後リ ンパ増殖性疾患と診断された年月日及び医学的根拠 ・オのうちEBウイルス陽性が確認された後の経過観察を目的として実施する場合、EBウ イルス陽性を確認した年月日及び医学的根拠 ・カに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日 ・キに該当する場合、医学的根拠	820100139 820100140 820100141 820100142 820100143 820100144 820100145	ア 臓器移植後の患者 イ 造血幹細胞移植後の患者で留意事項通知に規定するもの ウ 留意事項通知に規定する抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者 エ 移植後リンパ増殖性疾患患者(経過観察目的) オ 悪性リンパ腫又は白血病の患者(経過観察目的) カ 再生不良性貧血の患者で抗胸腺細胞グロブリンが投与されたもの キ 慢性活動性EBウイルス感染症等の患者
237	D023 の9	インフルエンザ 核酸検出	算定した理由を記載すること。		—
238	D023 の12	HTLV－1核酸 検出	HTLV－I 抗体(ウエスタンブロット法及びラインブロット法)の判定保留を確認した年月日 を記載すること。		—
239	D023 の15	細菌核酸・薬剤耐 性遺伝子同時検 出	関連学会が定める敗血症診断基準に基づいて、敗血症を疑う根拠を記載すること。		—
240	D023 の16	HPVジェノタイ プ判定	あらかじめ行われた組織診断の実施日及び組織診断の結果CIN1又はCIN2のいずれに 該当するかを選択して記載すること。 (当該検査の2回目を算定した場合) 前回実施日を記載すること。	820100146 820100147	CIN1 CIN2 —
241	D026	検体検査判断 料	(入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において判断料を算定しない場合) 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他(労災、他保険等にて請求済み)」の 中から該当するものを選択して記載すること。	820100148 820100149 820100150	外来にて請求済み 入院にて請求済み その他(労災、他保険等にて請求済み)
242	D210- 3	植込型心電図 検査	心電図が記録されていた時間を記載すること。		—
243	D211- 3	時間内歩行試 験	過去の実施日を記載すること。		—
244	D211- 4	シャトルウォー キングテスト	過去の実施日、在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針を記 載すること。		—
245	D215- 2 D215- 3	肝硬度測定 超音波エラスト グラフィー	(肝硬度測定又は超音波エラストグラフィーを3月に2回以上算定する場合) その理由及び詳細な医学的根拠を算定すること。 (肝硬度測定及び超音波エラストグラフィーについて、同一の患者につき、当該検査実施 日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。		— —
246	D220	呼吸心拍監視、新生 児心拍・呼吸監視、カ ルジオスコプ(ハー トスコープ)、カルジオ タコスコープ	算定開始月日を記載すること。		—
247	D231- 2	皮下連続式グ ルコース測定	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部 D231-2皮下連続式グルコース測定(2)のA又はイに規定するもののうち、該当するも のを選択して記載すること。	820100151 820100152	ア 留意事項通知に規定する1型糖尿病患者(検査) イ 留意事項通知に規定する2型糖尿病患者(検査)
248	D236- 2の1	光トポグラフィー 1 脳外科手術の術前 検査に使用するもの	手術実施日又は手術実施予定日を記載すること。 (手術が行われなかった場合) その理由を記載すること。		— —
249	D236- 2の2	光トポグラフィー 2 抑うつ症状の鑑別 診断の補助に使用す るもの	当該検査が必要な理由及び前回の実施日を記載すること。		—
250	D236- 3	脳磁図	手術実施日又は手術実施予定日を記載すること。 (鑑別診断等を目的として行ったため手術が行われなかった場合) その理由を記載すること。		— —
251	D239 の2	筋電図検査の 2 誘発筋電図	検査を行った神経名を記載すること。		—
252	D245	鼻腔通気度検 査	当該検査に関連する手術名及び手術実施日(手術前に当該検査を実施した場合において は手術実施予定日)を記載すること。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
253	D258- 2	網膜機能精密 電気生理検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D258-2網膜機能精密電気生理検査の(1)から(3)までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。 (1)又は(2)を記載した場合は、直近の算定月日(初回であればその旨)を、(3)を記載した場合は手術施行(予定を含む。)月日を記載すること。	820100153 820100154 820100155	(1) 留意事項通知に規定する患者に対する黄斑疾患の診断目的 (2) 黄斑ジストロフィーの診断目的 (3) 網膜手術の前後
254	D310 の3	小腸内視鏡検査 3カプセル型内視 鏡によるもの	当該患者の症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。		—
255	D313 の2	大腸内視鏡検査 2カプセル型内視 鏡によるもの	当該患者の症状詳記を添付すること。さらに、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D313大腸内視鏡検査の(2)のイ又はロに規定するもののうち、該当するものを選択して記載するとともに、イの場合は実施日を、ロの場合は実施困難な理由を記載すること。 症状詳記については、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	820100156 820100157	イ 大腸ファイバースコープでは回盲部まで到達できなかった患者 ロ 器質的異常により大腸ファイバースコープが困難と判断された患者
256	D	算定回数が複数月 に1回のみとされて いる検査	(算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合) 前回の実施日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。		—
257	D	初診、再診又は在宅 医療において、患者の 診療を担う保険医の 指示に基づき、当該保 険医の診療日以外の 日に訪問看護ステー ション等の看護師等 が、当該患者に対し検 査のための検体採取 等を実施した場合	(初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合) 当該検体採取が実施された日を記載すること。		—
258	D	「制限回数を超 えて行う診療」 に係る検査を 実施した場合	(「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合) 次の例により「検選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数等を他の検査と区別して記載すること。 〔記載例〕 末梢血液一般検査 21×1 末梢血液像(鏡検法) 25×1 (検選) AFP 1,070円×1		—
259	E	画像診断	撮影部位を記載すること。		—
260	E	時間外緊急院内 画像診断加算	撮影開始日時を記載すること。 (引き続き入院した場合) 引き続き入院した場合である旨記載すること。	820100129	— 引き続き入院
261	E102	核医学診断	(入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において当該点数を算定しない場合) 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他(労災、他保険等にて請求済み)」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100148 820100149 820100150	外来にて請求済み 入院にて請求済み その他(労災、他保険等にて請求済み)
262	E200	コンピューター 断層撮影	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合) それぞれ初回の算定日を記載すること。 (別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合) 画診共同と表示すること。		— —
263	E202	磁気共鳴コン ピューター断層 撮影	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合) それぞれ初回の算定日を記載すること。 (別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合) 画診共同と表示すること。		— —
264	E203	コンピューター 断層診断	(入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において当該点数を算定しない場合) 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他(労災、他保険等にて請求済み)」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100148 820100149 820100150	外来にて請求済み 入院にて請求済み その他(労災、他保険等にて請求済み)
265	F100 F400	処方料 処方箋料	(診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について)別添1の第2章第5部第2節F100処方料の(3)のアの(イ)から(ニ)に定める内容に該当し、処方料又は処方せん料について「1」の点数を算定しない場合) その理由を記載すること。 (精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間の場合) 当該保険医療機関の初診日を記載すること。 (向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間の場合) 薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。 (臨時に投与した場合) 臨時の投与の開始日を記載すること。 (複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合) その旨を記載すること。 (臨時薬を追加投与し、その結果投与する内服薬が7種類以上となる場合) 臨時薬の投与の必要性を記載すること。ただし、病名によりその必要性が判断できる場合は、この限りでない。		— — —

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
266	F100 F400	処方料及び処方 箋料の特定疾患 処方管理加算2	(隔日、漸増・減等で投与する場合) その旨を記載すること。	—	
267	F200	薬剤<入院分>	(入院患者に対し退院時に投薬を行った場合) 「退院時 日分投薬」と記載すること。 (入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提 供たる療養を受けている入院患者に対してビタミン剤を投与した場合) 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名により ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	—	
268	F200 F400	薬剤等<入院外 分> 処方箋料	(ビタミン剤を投与した場合) 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名により ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。 (臨時薬を追加投与し、その結果投与する内服薬が7種類以上となる場合) 臨時薬の投与の必要性を記載すること。ただし、病名によりその必要性が判断できる場合 は、この限りでない。 (湿布薬を投与した場合) 所定単位当たりの薬剤名、湿布薬の枚数としての投与量を記載した上で、湿布薬の枚数 としての1日用量又は投与日数を記載すること。 (1回の処方において、70枚を超えて湿布薬を投与した場合) 当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。 (緊急やむを得ず、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬 し、他の薬剤を処方せんにより投薬した場合) その月日及び理由を記載すること。 (長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲 において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬を14日を超えて投与し た場合) 当該長期投与の理由を記載すること。	—	
269	G004	点滴注射の血漿 成分製剤加算	1回目の注射の実施日を記載すること。	—	
270	G005	中心静脈注射の 血漿成分製剤加 算	1回目の注射の実施日を記載すること。	—	
271	G100	薬剤	(入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提 供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投 与した場合) 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名により ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	—	
272	H000	心大血管疾患リハビリ テーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。また、疾患名及び治療開始日を記載すること。 (標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、 治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療 料の施設基準等(平成20年3月5日厚生労働省告示第63号)別表第九の八第一号に掲げ る患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) ①これまでのリハビリテーションの実施状況(期間及び内容)、②前月の状態との比較をし た当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計 画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法(Functional Independence Measure-FIM)、基本的日常生活活動度(Barthel Index:BI)、関節の可動域、歩行速度及 び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を記載す ること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあっては、改善に要する見 込み期間とリハビリテーション継続の理由を記載した上で、当該計画書の写しを添付す ることで差し支えない。なお、継続の理由については、具体的には 次の例を参考にして記 載すること。 [記載例] 本患者は、2008年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻 痺を認めたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施でき るようになったのは術後40日目からであった。2009年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリ ハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数 を超えるが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリ開始が合併症のために遅れたこと を考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断さ れる。 (新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始日又は発症月日等を記載すること。	—	
273	H000	心大血管疾患リハビリ テーション料の早期リ ハビリテーション加算	発症、手術又は急性増悪の月日を記載すること。	—	
274	H000	心大血管疾患リハビリ テーション料の初期加 算	発症、手術又は急性増悪の月日を記載すること。	—	
275	H001	脳血管疾患等 リハビリテー ション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。また、疾患名及び発症月日、手術月日、急性 増悪した月日又は最初に診断された月日を記載すること。 (標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、 治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療 料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲 げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番272)と同様。 (新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始日又は発症月日等を記載すること。	—	

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
276	H001	脳血管疾患等リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者
277	H001	脳血管疾患等リハビリテーション料の初期加算	(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者
278	H001-2	廃用症候群リハビリテーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。また、廃用症候群の診断又は急性増悪した月日を記載すること。廃用症候群に係る評価表を添付する又は同様の情報を「摘要」欄に記載すること。		—
			(標準的算定日数を超過して月13単位を超過して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番272)と同様。		—
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始日又は発症月日等を記載すること。		—
279	H001-2	廃用症候群リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の月日を記載すること。		—
280	H001-2	廃用症候群リハビリテーション料の初期加算	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の月日を記載すること。		—
281	H002	運動器リハビリテーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。また、疾患名及び発症月日、手術月日、急性増悪した月日又は最初に診断された月日を記載すること。		—
			(標準的算定日数を超過して月13単位を超過して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番272)と同様。		—
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始日又は発症月日等を記載すること。		—
282	H002	運動器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者
283	H002	運動器リハビリテーション料の初期加算	(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者
284	H003	呼吸器リハビリテーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。また、疾患名及び治療開始日を記載すること。		—
			(標準的算定日数を超過して月13単位を超過して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番272)と同様。		—
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始日又は発症月日等を記載すること。		—
285	H003	呼吸器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	発症、手術又は急性増悪の月日を記載すること。		—
286	H003	呼吸器リハビリテーション料の初期加算	発症、手術又は急性増悪の月日を記載すること。		—
287	H004	摂食機能療法	疾患名及び摂食機能療法の治療開始日を記載すること。		—
288	H004	摂食機能療法の経口摂取回復促進加算	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施日及びカンファレンス日を記載すること。		—
			(胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合) 実施日及び胃瘻造設術日を記載すること。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
289	H006	難病患者リハビリテーション料	対象疾患について、特掲診療料の施設基準等別表第十の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100159 820100075 820100076 820100160 820100077 820100078 820100161 820100162 820100163 820100079 820100164 820100165 820100166 820100167 820100080 820100168 820100169 820100299 820100170 820100171 820100172 820100084 820100173 820100174 820100175 820100176 820100177 820100085 820100086 820100087 820100088 820100089 820100090	パーキンソン病 多発性硬化症 重症筋無力症 全身性エリテマトーデス スモン 筋萎縮性側索硬化症 強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎 結節性動脈周囲炎 ピュルガー病 脊髄小脳変性症 悪性関節リウマチ パーキンソン病関連疾患 アミロイドーシス 後縦靱帯骨化症 ハンチントン病 モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症) ウェグナー肉芽腫症 多系統萎縮症 広範脊柱管狭窄症 特発性大腿骨頭壊死症 混合性結合組織病 プリオン病 ギラン・バレー症候群 黄色靱帯骨化症 シェーグレン症候群 成人発症スチル病 関節リウマチ 亜急性硬化性全脳炎 ライソゾーム病 副腎白質ジストロフィー 脊髄性筋萎縮症 球脊髄性筋萎縮症 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
290	H006	難病患者リハビリテーション料の短期集中リハビリテーション実施加算	退院日を記載すること。		—
291	H007	障害児(者)リハビリテーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。また、対象患者について、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100178 820100179 820100180 820100181 820100182 820100183 820100184 820100185	脳性麻痺の患者 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者 顎・口腔の先天異常の患者 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者 神経障害による麻痺及び後遺症の患者 言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者
292	H007-2	がん患者リハビリテーション料	算定単位数、実施日数及びがんの種類を記載すること。また、当該入院中に提供した治療の種類について、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100186 820100187 820100188 820100189 820100190 820100191 820100192 820100193	1 全身麻酔による手術が行われる予定又は行われたもの 2 放射線治療又は全身麻酔の手術が行われる予定又は行われたもの 3 リンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定又は行われたもの 4 骨軟部腫瘍等の患者で手術等が行われる予定又は行われたもの 5 原発性脳腫瘍等の患者で手術等が行われる予定又は行われたもの 6 血液腫瘍により化学療法等が行われる予定又は行われたもの 7 骨髄抑制を来したし得る化学療法が行われる予定又は行われたもの 8 進行がん等の患者で、在宅復帰を目的としたリハビリが必要なもの
293	H007-3	認知症患者リハビリテーション料	「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、診療時間及びリハビリテーション計画作成日を記載すること。なお、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成30年3月5日保医発0305第2号)別添6の別紙12におけるランクの中から該当するものを選択して記載すること。	820100194 820100195 820100196 820100197 820100198 820100199 820100200 820100201 820100202	認知症高齢者の日常生活自立度 1 認知症高齢者の日常生活自立度 2 認知症高齢者の日常生活自立度 2a 認知症高齢者の日常生活自立度 2b 認知症高齢者の日常生活自立度 3 認知症高齢者の日常生活自立度 3a 認知症高齢者の日常生活自立度 3b 認知症高齢者の日常生活自立度 4 認知症高齢者の日常生活自立度 M
294	H	「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを実施した場合	次の例により「リハ選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。 〔記載例〕 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 185×18 実施日数3日 (リハ選) 運動器リハビリテーション料 1,850円×1		—
295	1002	通院・在宅精神療法	(通院・在宅精神療法を退院後4週間以内の患者について算定した場合) 退院日を記載すること。 (通院・在宅精神療法を初診の日算定した場合) 診療に要した時間を記載すること。 (通院・在宅精神療法の「1」の口又は「2」の口、ハを算定した場合) 診療に要した時間を記載すること。		— — —
296	1002	通院・在宅精神療法の注3及び注4の加算(20歳未満、16歳未満の患者)	当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日を記載すること。		—
297	1002	通院・在宅精神療法の措置入院後継続支援加算	(指導等を行った月と算定する月が異なる場合) 指導等を行った月を記載すること。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
298	I002-2	精神科継続外 来支援・指導料	(1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上又は抗精神病薬を3種類以上投与した場合であっても、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第5部第2節F100処方料の(3)のアの(イ)から(ニ)のいずれかに該当し、算定する場合) (3)のアの(イ)から(ニ)までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100203 820100204 820100205 820100206	(イ) 精神疾患患者が他医療機関で既に向精神薬多剤投与の場合 (ロ) 向精神薬投与と患者の既投与薬と新導入薬の一時的併用の場合 (ハ) 臨時に投与した場合 (ニ) やむを得ず投与を行う場合(抗うつ薬又は抗精神病薬に限る)
299	I002-3 の2	救急患者精神科継続 受療料 2 入院中の患者以外	(電話等で指導等を行った月と算定する月が異なる場合) 当該指導等を行った月を記載すること。		—
300	I003	標準型精神分 析療法	当該診療に要した時間を記載すること。		—
301	I003-2	認知療法・認知 行動療法	初回の算定月日及び一連の治療における算定回数の合計を記載すること。		—
302	I004	心身医学療法	傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「(心身症)」と記載すること。 例「胃潰瘍(心身症)」 (初診の日に心身医学療法を算定した場合) 診療に要した時間を記載すること。		— —
303	I006-2	依存症集団療 法	治療開始日を記載すること。		—
304	I008-2 I009 I010 I010-2	精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケ ア	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのうち最初に算定した年月日を記載すること。なお、最初に算定した日から3年を経過している場合は省略して差し支えないが、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であって、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアを週4日以上算定する場合は、通算の入院期間を記載すること。 (入院中の患者に精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアを算定した場合) 算定日を記載すること。	— —	
305	I008-2 I009 I010 I010-2	精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケ アの 早期加算	最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。	—	
306	I008-2	精神科ショート・ケア の疾患別等専門プロ グラム加算	治療開始日を記載すること。	—	
307	I011-2	精神科退院前訪問指 導料	(2回以上算定した場合) 各々の訪問指導日を記載すること。	—	
308	I012	精神科訪問看護・指 導料(Ⅰ) 精神科訪問看護・指 導料(Ⅲ)	(退院後3月以内の期間において行われる場合で、週5回算定する場合) 退院年月日を記載すること。	—	
309	I012	精神科訪問看護・指 導料(Ⅰ)、精神科訪問 看護・指導料(Ⅲ)の夜 間・早朝訪問看護加 算、深夜訪問看護加 算	精神科訪問看護を実施した日時を記載すること。	—	
310	I012	精神科訪問看護・指 導料(Ⅰ)、精神科訪問 看護・指導料(Ⅲ)の看 護・介護職員連携強 化加算	介護職員等と同行訪問した日を記載すること。	—	
311	I012	精神科訪問看護・指 導料(Ⅰ)、精神科訪問 看護・指導料(Ⅲ)の特 別地域訪問看護加算	患者の住所並びに通常の経路及び方法で訪問に要する時間(片道)を記載すること。	—	
312	I012-2	精神科訪問看護指示 料の精神科特別訪問 看護指示加算	頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由を記載すること。	—	
313	I014	医療保護入院 等診療料	患者の該当する入院形態として、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の中から該当するものを選択して記載すること。 なお、入院形態については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院の中から該当するものを選択して、また、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添6の別紙12におけるランクの中から該当するものを選択して記載すること。	820100207 820100208 820100209 820100210	措置入院 緊急措置入院 医療保護入院 応急入院
314	I015	重度認知症患者 デイ・ケア料の早 期加算	最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。	—	
315	I015	重度認知症患者 デイ・ケア料の夜 間ケア加算	初回算定日及び夜間ケアに要した時間を記載すること。	—	
316	I016	精神科在宅患 者支援管理料	(精神科在宅患者支援管理料の「1」のイ又は「2」のイを算定した場合) 直近の入院についての入院日、入院形態、退院日(入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院日、入院形態並びに退院日)、直近の退院時におけるGAF、当該月の最初の訪問診療時におけるGAF、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、初回の算定日、カンファレンス実施日、算定する月に行った訪問の日時、診療時間及び訪問した者の職種を記載すること。 なお、入院形態については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院の中から該当するものを選択して、また、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添6の別紙12におけるランクの中から該当するものを選択して記載すること。 (精神科在宅患者支援管理料の「1」のイ、ロ及び「2」について、保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合) 参加できなかった理由を記載すること。	820100207 820100208 820100209 820100194 820100195 820100196 820100197 820100198 820100199 820100200 820100201 820100202	措置入院 緊急措置入院 医療保護入院 認知症高齢者の日常生活自立度 1 認知症高齢者の日常生活自立度 2 認知症高齢者の日常生活自立度 2a 認知症高齢者の日常生活自立度 2b 認知症高齢者の日常生活自立度 3 認知症高齢者の日常生活自立度 3a 認知症高齢者の日常生活自立度 3b 認知症高齢者の日常生活自立度 4 認知症高齢者の日常生活自立度 M

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
317	1016	精神科オンライン在宅管理料	精神科在宅患者支援管理料の算定を開始した年月を記載すること。		—
318	1	「制限回数を超えて行う診療」に係る精神科専門療法を実施した場合	次の例により「精選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他の精神科専門療法と区別して記載すること 〔記載例〕 精神科デイ・ケア(小規模) 590×5 (精選) 精神科デイ・ケア 5,900円×1		—
319	J001	熱傷処置	初回の処置を行った月日を記載すること。		—
320	J001-5	長期療養患者褥瘡等処置	(1年を超える入院の場合)に於て創傷処置又は皮膚科軟膏処置の費用を算定する場合) 対象傷病名を記載すること。		—
321	J003-J003-2	局所陰圧閉鎖処置(入院) 局所陰圧閉鎖処置(入院外)	初回加算を算定した日を記載すること。		—
			(創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合) 併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置の対象部位をそれぞれ記載すること。		—
322	J007-2	硬膜外自家血注入	当該診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日及び撮影医療機関の名称等を症状詳記として添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。		—
323	J026-4	ハイフローセラピー	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果を記載すること。		—
324	J027	高気圧酸素治療	一連の治療における初回実施日及び初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。		—
			(高気圧酸素治療の「1」を算定した場合) 減圧症又は空気塞栓が発症した月日を記載すること。		—
			(高気圧酸素治療の「1」について、長時間加算を算定した場合) 高気圧酸素治療の実施時間を記載すること。		—
325	J038	人工腎臓	人工腎臓を算定した日を記載すること。		—
			(慢性維持透析以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合) その理由として「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038人工腎臓の(8)のAからEまで(エについては(イ)から(ヌ)まで)に規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100211 ア 急性腎不全の患者 820100212 イ 透析導入期(1月に限る。)の患者 820100213 ウ 血液濾過又は血液透析濾過を実施 820100214 エ 特別な管理が必要(イ 進行性眼底出血) 820100215 エ 特別な管理が必要(ロ 重篤な急性出血性合併症) 820100216 エ 特別な管理が必要(ハ ヘパリン起因性血小板減少症) 820100217 エ 特別な管理が必要(ニ 播種性血管内凝固症候群) 820100218 エ 特別な管理が必要(ホ 敗血症) 820100219 エ 特別な管理が必要(ヘ 急性肺炎) 820100220 エ 特別な管理が必要(ト 重篤な急性肝不全) 820100221 エ 特別な管理が必要(チ 注射による化学療法中の悪性腫瘍) 820100222 エ 特別な管理が必要(リ 自己免疫疾患の活動性が高い状態) 820100223 エ 特別な管理が必要(ヌ 麻酔による手術を実施した状態)	—
			(平成30年3月31日において診療報酬の算定方法の一部を改正する件(平成30年厚生労働省告示第43号)による改正前の人工腎臓の算定の実績を有しない保険医療機関が人工腎臓を算定する場合) 平成30年3月31日において改正前の人工腎臓の算定実績を有していない旨記載すること。		—
326	J038	人工腎臓の導入期加算	導入の年月日を記載すること。		—
327	J038	人工腎臓の障害者等加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038人工腎臓の(18)のAからツまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100224 ア 障害者基本法にいう障害者で留意事項通知に規定する者 820100225 イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者 820100226 ウ 指定難病等に罹患している者で留意事項通知に規定するもの 820100227 エ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者 820100228 オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者 820100229 カ 認知症患者 820100230 キ 常時低血圧症(収縮期血圧が90mmHg以下)の者 820100231 ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者 820100232 ケ 出血性消化器病変を有する者 820100233 コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者 820100234 サ 重症感染症に合併しているため入院中の患者 820100235 シ 末期癌に合併しているため入院中の患者 820100236 ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの 820100237 セ 妊婦(妊娠中期以降) 820100238 ソ うっ血性心不全(NYHA3度以上) 820100239 タ 12歳未満の小児 820100240 チ 人工呼吸を実施中の患者 820100241 ツ 結核菌を排除中の患者	—
328	J038-2	持続緩徐式血液濾過	一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものを含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
329	J038- 2	持続緩徐式血液濾過の障害者等加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038人工腎臓の(18)のAからZまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100224 820100225 820100226 820100227 820100228 820100229 820100230 820100231 820100232 820100233 820100234 820100235 820100236 820100237 820100238 820100239 820100240 820100241	ア 障害者基本法にいう障害者で留意事項通知に規定する者 イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者 ウ 指定難病等に罹患している者で留意事項通知に規定するもの エ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者 オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者 カ 認知症患者 キ 常時低血圧症(収縮期血圧が90mmHg以下)の者 ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者 ケ 出血性消化器病変を有する者 コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者 サ 重症感染症に合併しているために入院中の患者 シ 末期癌に合併しているために入院中の患者 ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの セ 妊婦(妊娠中期以降) ソ うっ血性心不全(NYHA3度以上) タ 12歳未満の小児 チ 人工呼吸を実施中の患者 ツ 結核菌を排菌中の患者
330	J039	血漿交換療法	一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものも含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。 (血栓性血小板減少性紫斑病の患者に対して実施した場合) 直近の測定結果に基づく血小板数を記載すること。 (血栓性血小板減少性紫斑病の患者に対し、血小板数が15万/ μ L以上となった日の2日後以降に実施した場合) その理由及び医学的根拠を記載すること。	— — —	— — —
331	J040	局所灌流	当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	—	—
332	J041	吸着式血液浄化法	当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	—	—
333	J041- 2	血球成分除去療法	一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものも含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	—	—
334	J042- 01	連続換行式腹膜灌流の導入期加算	導入の年月日を記載すること。	—	—
335	J045- 2	一酸化窒素吸入療法	開始日時、終了日時及び通算時間を記載すること。 (96時間又は168時間を超えて算定する場合) その理由及び医学的根拠を記載すること。	— —	— —
336	J052- 2	熱傷温浴療法	受傷日を記載すること。	—	—
337	J054- 2	皮膚レーザー照射療法	前回の治療開始日を記載すること。	—	—
338	J070- 2	干渉低周波による膀胱等刺激法	治療開始日を記載すること。	—	—
339	J070- 3	冷却却処置	内痔核の重症度について、Ⅰ度又はⅡ度のうち該当するものを選択して記載すること。	820100242 820100243	重症度 1度 重症度 2度
340	J070- 4	磁気による膀胱等刺激法	当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施日を記載すること。	—	—
341	J118- 4	歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)	(歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)を継続して算定する場合) カンファレンスにおける歩行機能の改善効果等の検討結果について、その要点(5週間以内に実施される9回の処置の前後の結果を含む。)を症状詳記として添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	—	—
342	J008 等	180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者	(厚生労働大臣が定める状態にあるもの(「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」(平成18年厚生労働省告示第498号)第九のトに該当する患者)について胸腔穿孔又は腹腔穿孔を算定した場合) 処置名を記載すること。 (重度の肢体不自由者及び人工腎臓を実施している状態にある患者(同告示第九のニ又はリに該当する患者)) 「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日老健第102-2号)におけるランクについて、ランクB又はランクCのうち該当するものを選択して記載すること。	820100244 820100245	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) ランクB 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) ランクC
343	K	手術	手術日を記載すること。 なお、対称器官の両側に対し、手術(片側の点数が告示されているものに限る。)を行った場合は、左右別にそれぞれ手術日を記載すること。	—	—
344	K 通 則7	通則7 1,500グラム未満の児加算、新生児加算	手術時体重を記載すること。	—	—
345	K 通 則12	通則12 時間外等加算1	手術を実施した診療科、初診又は再診の日時(入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。)及び手術を開始した日時を記載すること。	—	—
346	K002	デブリードマン	(デブリードマンを繰り返し算定する場合) 植皮の範囲(全身に占める割合)を記載すること。	—	—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
347	K022- 01	組織拡張器による 再建手術 1 乳房(再建手術)の場合	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K022の組織拡張器による再建手術の(2)のA又はイのうち該当するものを選択して記載すること。	820100246	ア 留意事項通知に規定する一次再建
			(一連の治療につき2回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。	820100247	イ 留意事項通知に規定する二次再建
348	K022- 02	組織拡張器による 再建手術 2 その他の場合	(一連の治療につき2回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。		—
349	K047	難治性骨折電 磁波電気治療 法	(観血的手術又は超音波骨折治療法等他の療養を行わず難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合) その詳細な理由を記載すること。		—
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。		—
350	K047- 3	超音波骨折治 療法	(四肢(手足を含む。))の骨折観血的手術を実施した後、3週間を超えて超音波骨折治療法を行った場合) その理由を記載すること。		—
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。		—
351	K096- 2	体外衝撃波疼 痛治療術	保存療法の開始日及び本治療を選択した医学的理由を記載すること。		—
			(2回目以降算定する場合) 前回算定日及びその理由を記載すること。		—
352	K268	緑内障手術 6 水晶体再建術 併用眼内ドレーン 挿入術	症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。		—
353	K280- 2	網膜付着組織を 含む硝子体切除 術	当該術式を選択した理由を詳細に記載すること。		—
354	K282	水晶体再建術の 注の加算	症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。		—
355	K474- 3	乳腺腫瘍画像下 ガイド下吸引術 2 MRIによるもの	実施した医学的必要性を記載すること。		—
356	K476- 4	ゲル充填人工乳 房を用いた乳房再 建術(乳房切除 後)	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K476-4ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術の(2)のAからウまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100248	ア 留意事項通知に規定する一次一期的再建
				820100249	イ 留意事項通知に規定する一次二期的再建
				820100250	ウ 留意事項通知に規定する二次再建
357	K546 K547 K548 K549	経皮的冠動脈 形成術 経皮的冠動脈 粥腫切除術 経皮的冠動脈 形成術(特殊カ テーテルによる もの) 経皮的冠動脈 ステント留置術	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K546経皮的冠動脈形成術の(1)から(4)、(6)、(7)、K547経皮的冠動脈粥腫切除術の(1)及び(2)、K548経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)の(1)又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の(1)から(4)、(6)、(7)に該当する場合は、所定の事項を記載すること。 (経皮的冠動脈形成術又は経皮的冠動脈ステント留置術の「3」その他のものを算定する場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K546経皮的冠動脈形成術又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の(4)のAからウまでに該当する病変に対して手術を実施した場合は、Aからウまでの中から該当するものを選択して記載するとともに、要件を満たす医学的根拠を記載すること。また、医学的な必要性からAからウまでに該当する病変以外の病変に対して実施した場合は、その詳細な理由を記載すること。		—
				820100251	ア 一方向から造影して90%以上の狭窄病変
				820100252	イ 安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変
				820100253	ウ 検査を実施し機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変
358	K555	弁置換術 心臓弁再置換術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
359	K555- 3	胸腔鏡下弁置換術 心臓弁再置換術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
360	K557- 3	弁輪拡大術を伴う大 動脈弁置換術 心臓弁再置換術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
361	K560	大動脈瘤切除術 心臓弁再置換術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
362	K581	肺動脈閉鎖症手術 人工血管等再置換 術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
363	K583	大血管転位症手術 人工血管等再置換 術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
364	K584	修正大血管転位症手術 人工血管等再置換 術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
365	K586	修正大血管転位症手術 人工血管等再置換 術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
366	K598 K599 K599- 3	両心室ベースメ ーカ移植術 植込型除細動器移 植術 両室ベースメー カ付植込型除細 動器移植術	症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。		—
367	K616- 4	経皮的シャント拡張 術・血栓除去術	(経皮的シャント拡張術・血栓除去術を2回以上算定した場合) 前回算定日を記載すること。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
368	K656- 2	腹腔鏡下胃縮小術 (スリーブ状切除術 によるもの)	手術前のBMI、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を記載すること。		—
369	K664	胃瘻造設術	実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術又は腹腔鏡下胃瘻造設術の中から該当するものを選択して記載すること。	820100254 820100255 820100256	開腹による胃瘻造設術 経皮的内視鏡下胃瘻造設術 腹腔鏡下胃瘻造設術
370	K664- 2	経皮経食道胃管 挿入術 (PTEG)	医学的な理由を記載すること。		—
371	K664- 3	薬剤投与用胃瘻 造設術	経胃瘻空腸投与が必要な理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。		—
372	K721- 4	早期悪性腫瘍 大腸粘膜下層 剥離術	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術を算定した場合は、病変が以下のいずれに該当するかを選択して記載し、併せて病変の最大径を記載すること。 ア 最大径が2cm以上の早期癌 イ 最大径が5mmから1cmまでの神経内分沁腫瘍 ウ 最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌	820100257 820100258 820100259	ア 最大径が2cm以上の早期癌 イ 最大径が5mmから1cmまでの神経内分沁腫瘍 ウ 最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌
373	K740	直腸切除・切断術 の人工肛門造設 加算	一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。		—
374	K740- 2	腹腔鏡下直腸切 除・切断術の人工 肛門造設加算	一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。		—
375	K920 の3	自己血貯血	貯血量、手術予定日(当該自己血貯血を入院外で行った場合又は当該自己血貯血を行った日が属する月と手術予定日が属する月とが異なる場合に限る。)を記載すること。 (6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合) 患者の体重を記載すること。		—
376	K920 の4	自己血輸血	(6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合) 患者の体重及び輸血量を記載すること。		—
377	K920 の5	希釈式自己血 輸血	(6歳未満の患者に対して希釈式自己血輸血を行った場合) 患者の体重及び輸血量を記載すること。		—
378	K923	術中術後自己 血回収術	(12歳未満の患者に対して術中術後自己血回収術を行った場合) 患者の体重及び出血量を記載すること。		—
379	K939- 5	胃瘻造設時嚥下 機能評価加算	嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施日を記載すること。		—
380	—	特定保険医療 材料	「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」(平成30年3月5日保医発0305第10号)Ⅰの2の008、009の(3)、010、Ⅰの3の010の(2)、021の(4)、031の(4)、033の(2)、040の(1)、061の(1)、065、066の(2)、069、070、071、094の(2)、129の(1)のイ、129の(2)のイ、133の(6)のア、133の(7)のア、133の(11)のア、146の(1)、146の(2)、146の(3)、146の(5)、149の(3)、150の(1)のア、150の(2)のウ、152の(2)、152の(5)、155の(2)、159の(3)、159の(4)、174の(3)、187の(3)、189の(2)、190の(2)、191の(2)、195の(2)に該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。また、同通知のⅣに規定する略称を使用しても差し支えないこと。なお、Ⅰの3の144の(2)、150の(1)のエ、150の(2)のウ、150の(3)のエ、186の(4)については、症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。また、Ⅰの3の193については、関連学会により発行される実施施設証明書の写しを、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添付すること。		—
381	L	麻酔	麻酔日を記載すること。		—
382	L008	マスク又は気 管内挿管による 閉鎖循環式 全身麻酔	各区分ごとの麻酔時間を記載すること。 (各区分のイの「別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合」を算定する場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第11部L008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の(4)のアからハまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100260 820100261 820100262 820100263 820100264 820100265 820100266 820100267 820100268 820100269 820100270 820100271 820100272 820100273 820100274 820100275 820100276 820100277 820100278 820100279 820100280 820100281 820100282 820100283 820100284 820100285	ア 心不全(NYHA3度以上のものに限る。)の患者 イ 狭心症(CCS分類3度以上のものに限る。)の患者 ウ 心筋梗塞(発症後3月以内のものに限る。)の患者 エ 大動脈閉鎖不全等(いずれも中等度以上のものに限る。)の患者 オ 留意事項通知に規定する大動脈弁狭窄又は僧帽弁狭窄の患者 カ 植込型ペースメーカー又は植込型除細動器を使用している患者 キ 留意事項通知に規定する先天性心疾患の患者 ク 留意事項通知に規定する肺動脈性肺高血圧症の患者 ケ 留意事項通知に規定する呼吸不全の患者 コ 留意事項通知に規定する換気障害の患者 サ 留意事項通知に規定する気管支喘息の患者 シ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者 ス 留意事項通知に規定する腎不全の患者 セ 肝不全(Child-Pugh分類B以上のものに限る。)の患者 ソ 貧血(Hb6.0g/dL未満のものに限る。)の患者 タ 血液凝固能低下(PT-INR2.0以上のものに限る。)の患者 チ DICの患者 ツ 血小板減少(血小板5万/μL未満のものに限る。)の患者 テ 敗血症(SIRSを伴うものに限る。)の患者 ト 留意事項通知に規定するショック状態の患者 ナ 完全脊髄損傷(第5胸椎より高位のものに限る。)の患者 ニ 心肺補助を行っている患者 ヌ 人工呼吸を行っている患者 ネ 透析を行っている患者 ノ 大動脈内バルーンパンピングを行っている患者 ハ BMI35以上の患者

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
383	L008-2	低体温療法の低体温迅速導入加算	算定の可否の判断に必要な発症等に係る時刻等を症状詳記として添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。		—
384	L100	神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)	(局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合) その医学的必要性を記載すること。		—
385	L101	神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)	(局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合) その医学的必要性を記載すること。		—
386	M	放射線治療料	照射部位を記載すること。 (放射性粒子、高線量率イリジウム又は低線量率イリジウムを使用した場合) 放射性粒子、高線量率イリジウム又は低線量率イリジウムの中から該当するものを選択して記載するとともに、使用量を記載すること。	770070000 770050000 770060000	放射性粒子 高線量率イリジウム 低線量率イリジウム
387	M000-2	放射性同位元素内用療法管理料	管理を開始した月日を記載すること。		—
388	N000	病理組織標本作製「2」の「セルブロック法によるもの」	算定した理由を記載すること。 (肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合) 組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である理由を記載すること。		— —
389	N002	免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製	算定した理由を記載すること。 (肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合) 組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である理由を記載すること。		— —
390	N002	免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の注2に規定する、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して標本作製を実施した場合の加算	対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N002免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の(8)の中から該当するものを選択して記載すること。 (肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)が疑われる患者に対して算定する場合) その医学的根拠を詳細に記載すること。	820100286 820100287 820100288 820100289 820100290 820100291 820100292 820100293 820100294 820100295 820100296 820100297	悪性リンパ腫が疑われる患者 悪性中皮腫が疑われる患者 肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)が疑われる患者 消化管間質腫瘍(GIST)が疑われる患者 慢性腎炎が疑われる患者 内分泌腫瘍が疑われる患者 軟部腫瘍が疑われる患者 皮膚の血管炎が疑われる患者 水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)が疑われる患者 悪性黒色腫が疑われる患者 筋ジストロフィーが疑われる患者 筋炎が疑われる患者
391	N002の5	免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製5 CCR4タンパク	(CCR4タンパク及びCCR4タンパク(フローサイトメトリー法)を併せて算定した場合) その理由及び医学的根拠を記載すること。		—
392	N006	病理診断料	(入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において診断料を算定しない場合) 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他(労災、他保険等にて請求済み)」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100148 820100149 820100150	外来にて請求済み 入院にて請求済み その他(労災、他保険等にて請求済み)
393	N006	病理診断料の悪性腫瘍病理組織標本加算	検体を摘出した手術の名称を記載すること。		—
394	N007	病理判断料	(入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において判断料等を算定しない場合) 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他(労災、他保険等にて請求済み)」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100148 820100149 820100150	外来にて請求済み 入院にて請求済み その他(労災、他保険等にて請求済み)
395	入所者診療	施設入所者自己腹膜灌流薬剤料	薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、投与量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。		—
396	入所者診療	緊急時施設治療管理料(併設保険医療機関の保険医が往診を行った場合)	対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨を記載すること。 (緊急時施設治療管理料を算定する往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合) その日時を記載すること。	820100298	介護療養型老健施設入居者

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

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

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
1	-	-	請求に際して、特に説明が必要と判断される内容は、簡潔に記載すること。		—
2	A000	初診料	（健康診断の結果に基づき治療を開始する場合において、初診料を算定しない場合） 健康診断の結果に基づき治療を開始した旨を記載すること。 （歯科疾患管理料を算定した患者について、再度初診料を算定する場合） 当該患者の前回治療年月日を記載すること。 なお、治療終了後2月以内に、予想しなかった外傷等により当初の管理計画の対象となっていた疾患とは異なる疾病が生じたことにより初診料を算定する場合は、その理由を記載すること。	820100300	健康診断の結果に基づき治療開始
3	A000	初診料 注10 歯科診療特別対応連携加算	当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。		—
4	A000	初診料 注11 歯科診療特別対応地域支援加算	当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。		—
5	A002	再診料（同日再診） （同日電話等再診）	（同日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合） 同日再診、同日電話等再診のうち該当するものを記載すること。	301003050 301003250 301003150 301003350	同日再診 同日病再診 同日電話等再診 同日電話等病再診
6	A002	再診料（電話等再診）	電話等再診に係る再診料の該当するものを選択し、回数を記載すること（再掲）。	301002810 301002910	電話等再診 電話等病再診
7	B	医学管理等	がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、入院栄養食事指導料、外来緩和ケア管理料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、介護支援等連携指導料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2、退院時薬剤情報管理指導料、傷病手当金意見書交付料及び医療機器安全管理料は、全体の「その他」欄に当該項目を記載すること。		—
8	B000-4	歯科疾患管理料 注11 総合医療管理加算	主病に係る治療を行っている紹介元保険医療機関名を記載すること。		—
9	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料	（手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づく場合） 依頼元保険医療機関名を記載すること。		—
10	B000-6 B000-7 B000-8	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ） 周術期等口腔機能管理料（Ⅱ） 周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）	手術、放射線治療、化学療法等の実施日又は予定日を記載すること。 （周管（Ⅰ）又は周管（Ⅱ）の「1 手術前」の算定がなく、「2 手術後」の算定がある場合） 脳卒中等による緊急手術を実施した患者に対して術後早期に口腔機能管理の依頼を受けた旨を記載すること。	820100379	脳卒中等の術後早期に口腔機能管理の依頼
11	B002	歯科特定疾患療養管理料 注2 共同療養指導計画加算	共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医（区分番号B002 歯科特定疾患療養管理料の「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）の保険医療機関名を記載すること。		—
12	B003	特定薬剤治療管理料	全体の「その他」欄に初回の算定年月を記載すること。なお、4月日以降の特定薬剤治療管理料は、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。		—
13	B004	悪性腫瘍特異物質治療管理料	実施した腫瘍マーカーの検査名を記載すること。		—
14	B004-6-2	歯科治療時医療管理料	当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。		—
15	B005	開放型病院共同指導料（Ⅰ）	入院日を記載すること。		—
16	B007	退院前訪問指導料	（退院日に退院前訪問指導料を2回分算定する場合） それぞれの訪問指導日を記載すること。		—
17	B008	薬剤管理指導料1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合	指導日及び薬剤名を記載すること。		—
18	B008	薬剤管理指導料2 1の患者以外の患者に対して行う場合	指導日を記載すること。		—
19	B008	薬剤管理指導料 注2 麻薬管理指導加算	指導日を記載すること。		—
20	B008-2	薬剤総合評価調整管理料	（当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合） 当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。		—
21	B009	診療情報提供料（Ⅰ）	（保険医療機関以外の機関へ情報提供した場合） 情報提供先を記載すること。		—
22	B009	診療情報提供料（Ⅰ） 注5 退院患者の紹介加算	退院日を記載すること。		—
23	B009	診療情報提供料（Ⅰ） 注6 検査・画像診断提供加算・イ	退院日を記載すること。		—
24	B011	診療情報連携共有料	連携先の保険医療機関名を記載すること。		—
25	B011-4	退院時薬剤情報管理指導料	退院日を記載すること。		—
26	B012	傷病手当金意見書交付料	全体の「その他」欄に交付年月日を記載すること。 （当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合） 当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病の診察開始年月日を「傷病名部位」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。		—

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
27	B013	新製有床義歯管理 料	(「傷病名部位」欄に記載した欠損部位と装着部位が異なる場合) 装着部位を記載すること。		—
28	B013	新製有床義歯管理 料 2 困難な場合	(傷病名の部位から困難な場合であることが判断できない場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日保医発 0305第1号)別添2第2章第1部B013新製有床義歯管理料の(3)のイ又はロの中から該当するも のを記載すること。	820100301 820100302	イ 総義歯を新たに装着した場合又は総義歯を装着している場合 ロ 局部義歯以外は臼歯部で垂直的咬合関係を有しない場合
29	B014	退院時共同指導料 1	全体の「その他」欄に患者が入院している保険医療機関名を記載。なお、2回目の当該退院時共 同指導料は、全体の「その他」欄に別に厚生労働大臣が定める疾病のうち、該当する病名を記載 すること。なお、1回目の場合は1回目と記載すること。	820100303	1回目
30	B015	退院時共同指導料 2	全体の「その他」欄に当該指導を共同して行った保険医療機関名、共同指導に参画した者の職種 及び指導年月日を記載すること。		—
31	C000	歯科訪問診療料	訪問診療を行った日付、実施時刻(開始時刻と終了時刻)、訪問先名(記載例:自宅、○○マン ション、介護老人保健施設××苑)及び患者の状態を記載すること。 なお、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第2部 C000歯科訪問診療料の(5)又は(7)に該当し、歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2を所定点数 により算定した場合はその理由を記載すること。	820100380 820100381 820100382	(5)イ 容体が急変し、やむを得ず治療中断 (5)ロ 著しく歯科診療が困難な者又は要介護3以上に準じる場合 (7)容体が急変し、やむを得ず治療中断
32	C000	歯科訪問診療料 注5 患家診療時間 加算 注6 歯科診療特別 対応加算、初診時歯 科診療導入加算 注7 緊急、夜間若し くは深夜加算	(緊急、夜間若しくは深夜加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診 療導入加算がある場合) 全体の「その他」欄に緊急、夜間若しくは深夜加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算 又は初診時歯科診療導入加算である旨を記載すること。		—
33	C000	歯科訪問診療料 注8 地域医療連携 体制加算	地域医療連携体制加算である旨及び連携保険医療機関名を記載すること。		—
34	C000	歯科訪問診療料 注9 特別歯科訪問 診療料	滞在時間を記載すること。 同月内に歯科訪問診療とそれ以外の外来分の診療がある場合、それぞれを明確に区分して記載 すること。		—
35	C000	歯科訪問診療料 注15 歯科訪問診療 移行加算	当該保険医療機関の外来を最後に受診した年月日を記載すること。		—
36	C001	訪問歯科衛生指導 料	日付、指導の実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。 単一建物診療患者が2人以上の場合には「摘要」欄にその人数を記載すること。 1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療 機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該 建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下 の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにお いて訪問歯科衛生指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合は、「摘要」 欄に、「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該 建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問歯科衛生指導料を算定す る者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当 するものを選択して記載すること。 (訪問歯科衛生指導料と同月に歯科訪問診療料がない場合) 直近の歯科訪問診療料の算定年月日を記載すること。	820100103 820100094 820100304 820100305	同居する同一世帯の患者が2人以上 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 訪問歯科衛生指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下 当該建築物戸数が20戸未満で訪問歯科衛生指導を行う患者が2 人以下
37	C001-3	歯科疾患在宅療養 管理料	(指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生労働省告示19号)別 表「5 居宅療養管理指導費」の「ロ 歯科医師が行う場合」又は指定介護予防サービスに要する 費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示127号)別表「5 介護予防居宅療養管 理指導費」の「ロ 歯科医師が行う場合」を算定した場合) 該当するものを選択し、算定年月日を記載すること。 (居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合に、歯科疾患在宅療 養管理料を算定したものとみなす場合) 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に、歯科疾患在宅療 養管理料が必要な区分を算定する場合は、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養 管理指導費を選択し直近の算定年月日を記載すること。	820100306 820100307	居宅療養管理指導費 介護予防居宅療養管理指導費
38	C001-3	歯科疾患在宅療養管 理料 注4 在宅総合医療管 理加算 注5 栄養サポート チーム等連携加算1 注6 栄養サポート チーム等連携加算2	(在宅総合医療管理加算を算定した場合) 在宅総合医療管理加算については、主病に係る治療を行っている紹介元保険医療機関名を記載 すること。 (栄養サポートチーム等連携加算を算定した場合) 連携先の保険医療機関名又は介護保険施設名及びカンファレンス等に参加した年月日を記載す ること。		—
39	C001-4-2	在宅患者歯科治療 時医療管理料	当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。		—
40	C001-5	在宅患者訪問口腔リ ハビリテーション指導 管理料 注8 栄養サポート チーム等連携加算1 注7 栄養サポート チーム等連携加算2	当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。 (栄養サポートチーム等連携加算を算定した場合) 連携先の保険医療機関名又は介護保険施設名及びカンファレンス等に参加した年月日を記載す ること。		—
41	C001-6	小児在宅患者訪問 口腔リハビリテーショ ン指導管理料	当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。		—
42	C004	退院前在宅療養指 導管理料	(退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセッ ト数等を記載すること。		—
43	C005	在宅悪性腫瘍等患 者指導管理料	(在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセッ ト数等を記載すること。		—
44	C007	在宅患者連携指導 料	全体の「その他」欄に当該指導に係る情報共有先の保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護 ステーション名及び当該指導を行った年月日を記載すること。		—

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
45	C008	在宅患者緊急時等カンファレンス料	全体の「その他」欄に訪問先、当該カンファレンスに参加した保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護ステーション名、当該カンファレンスを行った日及び当該指導日を記載すること。	—	—
46	D	検査	(記載欄が示されていない各種の検査を行った場合) X線・検査の「その他」欄に検査の名称を記載すること。	—	—
47	D002-5	歯周病部分的再評価検査	X線・検査の「その他」欄に部位を記載すること。	—	—
48	D009	顎運動関連検査	実施した検査名として、X線・検査の「その他」欄にMMG、ChB、GoA、Ptgのうち該当するものを記載すること。 (少数歯欠損症例において、顎運動関連検査を実施し、当該検査に係る費用を算定する場合) 患者の咬合状態等当該検査の必要性を記載すること。	820100308 820100309 820100310 820100311	MMG ChB GoA Ptg
49	D010	歯冠補綴時色調探得検査	それぞれの検査ごとに検査対象となった歯冠補綴物の部位を記載すること。	—	—
50	D011	有床義歯咀嚼機能検査	(新製有床義歯等の装着日より前に算定する場合で傷病名の部位から新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる状態であると判断できない場合) 有床義歯咀嚼機能検査を開始する時に、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第3部D011有床義歯咀嚼機能検査の(9)のイからホまでのうち該当するものを選択して記載すること。 (新製有床義歯等の装着日より後に算定する場合) 新製有床義歯等の装着日より前に行った有床義歯咀嚼機能検査を算定した年月及び新製有床義歯等を装着した年月を記載すること。	820100312 820100313 820100314 820100315 820100316 820100317	イ(1) 総義歯を新たに装着した場合又は総義歯を装着している場合 イ(2) 局部義歯以外は臼歯部で垂直的咬合関係を有しない場合 ロ 舌接触補助床を装着する場合 ハ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(5)に準じる場合 ニ 左右第二大臼歯を含む臼歯が4歯以上欠損している場合 ホ 口蓋補綴、顎補綴を装着する場合
51	D012	舌圧検査	舌圧検査に当たって、該当する患者の状態を選択して記載すること。	820100318 820100319 820100320 820100321	口腔機能の低下が疑われる場合 舌接触補助床を装着する場合又は予定している場合 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる場合 口蓋補綴、顎補綴を装着する場合
52	D100	薬剤(検査)	(検査に当たって薬剤を使用した場合) 薬剤名及び使用量を記載すること。	—	—
53	E	画像診断	(標準型以外のフィルムを使用して撮影(アナログ撮影)を行った場合) X線・検査の「その他」欄に使用フィルムの種類を記載すること。 (新生児、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対する加算を算定した場合) 「X線・検査」欄のそれぞれの項の記載要領にかかわらずX線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。 (標準型以外のフィルムを使用して撮影(アナログ撮影)を行った場合、全顎撮影(デジタル撮影)、歯科エックス線撮影の全顎撮影以外(デジタル撮影)、歯科パノラマ断層撮影(デジタル撮影)及び歯科用3次元エックス線断層撮影以外の画像診断を行った場合) X線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。	—	—
54	E(通則)	時間外緊急院内画像診断加算	撮影開始日時を記載すること。 (引き続き入院した場合) 上記に加え、引き続き入院した旨を記載すること。	820100322	画像診断後、引き続き入院
55	E200	基本的エックス線診断料	X線・検査の「その他」欄に入院日数及び点数を次の例により記載すること。 〔記載例〕「基エ」(15日) 825	—	—
56	E301	造影剤	(画像診断に当たって薬剤を使用した場合) 薬剤名及び使用量を記載すること。	—	—
57	F	投薬	使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%, mL又はmg等)及び使用量を記載。 ただし、届出保険医療機関は、薬剤料に掲げる所定単位の薬価が175円以下の場合は、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。 (常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合) 当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載し又は算定点数から点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載すること。 (厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合) 当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。 (入院患者に対し退院時に投薬を行った場合) 「投薬・注射」欄の余白に「退院時 日分投薬」と記載すること。 (入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合) 「摘要」欄の余白に当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。(ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。) (長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合) 当該長期投与の理由を記載すること。	—	—
58	F100	処方料 注5及び注6 特定疾患処方管理加算	全体の「その他」欄に当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。	—	—
59	F400	処方箋料	(万一緊急やむを得ない事態が生じ、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し他の薬剤を院外処方箋により投薬した場合) 日付及び理由を記載すること。	—	—
60	F400	処方箋料 注3及び注4 特定疾患処方管理加算	全体の「その他」欄に当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。	—	—
61	G	注射	(皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合) 注射の種類、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。 (その他の注射を行った場合) 全体の「その他」欄に注射の種類、その内訳は、「摘要」欄に注射の種類、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。	—	—

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
62	G004	点滴注射 注3 血漿成分製 剤加算	1回目の注射の実施日を記載すること。		—
63	G005	中心静脈注射 注1 血漿成分製 剤加算	1回目の注射の実施日を記載すること。		—
64	G100	薬剤(注射)	使用薬剤の医薬品名、規格・単位(％、mL又はmg等)及び使用量を記載すること。 ただし、届出保険医療機関は、注射のうち皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈注射であって入院中の患者以外の患者に対するものにあつては1回当たりの、それ以外の注射にあつては1日当たりの薬価がそれぞれ175円以下の場合は、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。 (注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合) 「投薬・注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。		—
65	G200	特定保険医療材料 (注射)	(注射に当たって特定保険医療材料等を使用した場合) 項番109の例により、全体の「その他」欄に記載すること。		—
66	H	リハビリテーション	(「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを行った場合) 次の例により、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。 〔記載例〕 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)イ 200×18 実施日数3日 (リハ選) 脳血管疾患等リハビリテーション料 2,000円×1		—
67	H001	摂食機能療法	摂食機能療法の実施日、実施時刻(開始時刻と終了時刻)等を記載すること。		—
68	H001	摂食機能療法 注3 経口摂取回 復促進加算1又は 2	連携している医師名を記載すること。		—
69	H001-2	歯科口腔リハビリ テーション料1 1 有床義歯の場合 ロ 困難な場合	(「傷病名の部位から困難な場合であることが判断できない場合」) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第1部B013 新製有床義歯管理料の(3)のイ又はロから該当するものを記載すること。	820100301 820100302	イ 総義歯を新たに装着した場合又は総義歯を装着している場合 ロ 局部義歯以外は臼歯部で垂直的咬合関係を有しない場合
70	I	処置	(該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載できない場合) 処置・手術の「その他」欄に当該処置の名称を記載すること。		—
71	I(通則)	時間外加算 休日加算 深夜加算	(第8部処置の通則「6」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む。)、休日加算又は深夜加算を算定した場合) 処置名及び加算の種類を記載すること。		—
72	I(通則)	乳幼児加算	(当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合) 記載欄に加算した点数及び回数を記載し、処置・手術の「その他」欄に加算しない点数及び回数を名称を付して記載して差し支えない。		—
73	I000-2	咬合調整	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I000-2 咬合調整の(1)のイからホまでのいずれに該当するかを記載すること。また、その他の理由による場合は、その理由を具体的に記載すること。	820100323 820100324 820100325 820100326 820100327	イ 歯周炎に対する歯の削合 ロ 歯ぎしりに対する歯の削合 ハ 過重圧を受ける歯の切縁、咬頭の過高部等の削合 ニ レスト製作のための削合 ホ 咬合性外傷等を起こしている場合の歯冠形態修正
74	I000-3	残根削合	処置・手術の「その他」欄に残根削合と記載すること。	309011010	残根削合
75	I006	感染根管処置	(拔牙を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合) 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。 (同一初診期間内に再度の感染根管処置が必要になった場合) 前回の感染根管処置に係る歯冠修復が完了した年月日を記載すること。		—
76	I007	根管貼薬処置	(同一歯に対して初回の根管貼薬処置を実施した日の属する月から起算して6月を超えて治療を継続して処置を行う場合) 当該歯の状態及び初回の根管貼薬処置を行った年月を記載すること。 (拔牙を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合) 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。		—
77	I008	根管充填	(暫間根管充填又は暫間根管充填後に根管充填を行う場合) 暫間根管充填又は暫間根管充填後に根管充填を行う旨を記載すること。	820100329 820100330	暫間根管充填 暫間根管充填後の根管充填
78	I008-2	加圧根管充填処置	(加圧根管充填後の歯科エックス線撮影において、妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない場合) 妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない旨を記載すること。	820100390	妊娠中
79	I008-2	加圧根管充填処置 注3 手術用顕微 鏡加算	(手術用顕微鏡加算において、連携する医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合) 撮影した医療機関名を記載すること。		—
80	I010	歯周疾患処置	処置・手術の「その他」欄に部位及び使用した薬剤の名称を記載すること。なお、特定薬剤を算定した場合は、部位のみを記載すること。 (糖尿病を有する患者に対して、スケーリング・ルートプレーニングと並行して歯周疾患処置を行う場合) 初回の年月日及び紹介元医療機関名を記載。		—
81	I011-2	歯周病安定期治療 (Ⅰ)	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 (2回目以降の場合) 前回実施月を記載すること。 (歯周病安定期治療(Ⅰ)の治療間隔が3月以内の場合) 治療間隔が3月以内になった理由の要点として、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I011-2歯周病安定期治療(Ⅰ)の(2)のイからホまでに	820100303 820100331 820100332	1回目 — イ 歯周外科手術を実施した場合 ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合

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
			の付帯事項について「付帯事項と手術の部位」との関係は、追加の「付帯事項」が「付帯事項」に 規定するものの中から該当するものを記載すること。なお、ロ又はハを選択した場合は、別途、詳 細に記述すること。	820100333	ハ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合

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
			細な理由(全身的な疾患の状態を言む。)を記載すること。	820100334	ニ 侵襲性歯周炎の場合
82	I011-2-2	歯周病安定期治療(Ⅱ)	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 (2回目以降の場合) 1回目の実施年月を記載すること。	820100303	1回目
					—
83	I014	暫間固定	固定を行った部位(固定源となる歯を含めない。)及びその方法を記載し、暫間固定の前回実施年月日(1回目の場合は1回目と記載する。)及び歯周外科手術を行う予定であるか否かを記載すること。なお、歯周外科手術後の暫間固定を行う場合については、歯周外科手術の予定に関する記載は不要であり、手術後1回目の場合は術後1回目と記載し、2回目以降は前回実施年月日を記載する。	820100303 820100335 820100336 820100337 820100338	1回目 歯周外科手術の予定あり 歯周外科手術の予定なし 歯周外科手術未定 術後1回目
84	I017	口腔内装置	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I017口腔内装置の(1)のイからリまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。 なお、トを選択した場合は手術の予定日及び手術を行う保険医療機関名を記載すること。	820100339 820100340 820100341 820100342 820100343 820100344 820100345 820100346 820100347	イ 顎関節治療用装置 ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置 ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートをを用いた床 ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床 ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート ヘ 手術創(開放創)の保護等を目的として製作するオブチュレーター ト 気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置 チ 口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置 リ 放射線治療に用いる口腔内装置
85	I017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置	紹介元保険医療機関名を記載すること。(医科歯科併設の病院であって院内紹介を受けた場合は、院内紹介元の担当科名を記載。)		—
86	I019	歯冠修復物又は補綴物の除去	除去した歯冠修復物並びに補綴物の部位及び種類を記載すること。なお、「傷病各部位」欄の記載から除去した部位及び種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位及び種類の記載を省略して差し支えない。		—
87	I023	心身医学療法	確定診断を行った医科保険医療機関名(医科歯科併設の病院であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、確定診断を行った診療科名)、紹介年月日、治療の内容の要点、実施日、実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。		—
88	I029	周術期等専門的口腔衛生処置	(周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した患者に対して当該処置を行った場合) 当該患者の手術を行った年月日又は予定年月日、手術名を記載すること。 (患者の状況により周術期等専門的口腔衛生処置2を算定せずに特定保険医療材料を算定する場合) 前回の周術期等専門的口腔衛生処置2の算定年月日を記載すること。		—
89	I030	機械的歯面清掃処置	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 (2回目以降の場合) 前回実施月を記載すること。 (妊婦の場合) 妊娠中である旨を記載すること。	820100303	1回目
					—
				レセプト共通レコード 「患者の状態001」 又は 820100390	妊婦 又は妊娠中 (※いずれの標記でもよい)
90	I031	フッ化物歯面塗布処置	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 (2回目以降の場合) 前回実施月を記載すること。	820100303	1回目
					—
91	I100	特定薬剤(処置)	(区分番号I100により特定薬剤を算定する場合) 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。		—
92	J	手術	(該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合) 処置・手術の「その他」欄に当該手術の名称を記載すること。		—
93	J(通則)	時間外加算 休日加算 深夜加算	(第9部手術の通則「9」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む。)、休日加算又は深夜加算を算定した場合)手術名及び加算の種類を記載すること。		—
94	J(通則)	乳幼児加算	(当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合) 記載欄に加算した点数及び回数を記載し、加算しない点数については、処置・手術の「その他」欄に名称、加算しない点数及び回数を記載する。		—
95	J(通則)	親血的手術加算	(入院を必要とするHIV抗体陽性の患者に対して行った場合) 処置・手術の「その他」欄に手術の名称を記載すること。		—
96	J000	拔牙手術	以下の理由以外により拔牙を中止した場合は、その他を選択し、その理由を記載すること。 (難拔牙加算の対象となる歯又は埋伏歯において完全拔牙が困難となりやむを得ず拔牙を中止した場合で拔牙料を算定した場合) 完全拔牙が困難となりやむを得ず拔牙を中止した旨を記載すること。 (拔牙のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、拔牙の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず拔牙を中止した場合) 拔牙を中止と記載すること。	820100349 820100350 820100102	完全拔牙が困難となりやむを得ず拔牙を中止 患者の急変によりやむを得ず拔牙を中止 その他
97	J004	歯根端切除手術 2. 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。 (連携する医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合) 撮影した医療機関名を記載すること。		—
					—
98	J004-2	歯の再植術	手術部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。		—
99	J004-2	歯の再植術	(歯内治療が困難な根尖病巣を有する保存が可能な小臼歯又は大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合) 部位及び算定理由を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。		—

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
100	J004-3	歯の移植手術	手術部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	—	
101	J013	口腔内消炎手術	(顎炎又は顎骨骨髓炎等の手術として骨の開さく等を行い口腔内消炎手術を行う場合) 処置・手術の「その他」欄に顎炎又は顎骨骨髓炎等の手術として骨の開さく等を行い口腔内消炎手術を行う旨及び抜歯した歯の部位を記載すること。	820100351	顎炎又は顎骨骨髓炎等の手術としての骨の開さく等
102	J063	歯周外科手術	処置・手術の「その他」欄に算定する区分の名称及び歯周外科手術を行った部位を記載すること。	—	
103	J063	歯周外科手術 注5 手術時歯根面 レーザー応用加算	処置・手術の「その他」欄に当該加算の名称を記載すること。	—	
104	J090	皮膚移植術	皮膚移植者の診療報酬明細書の「摘要」欄に皮膚提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る点数を記載した診療報酬明細書を添付する。	—	
105	J109	広範囲顎骨支持型 装置埋入手術	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。 (当該手術の実施範囲が3分の1顎未満である場合) 顎堤欠損の原因となった疾患名を記載すること。	—	
106	J110	広範囲顎骨支持型 装置極度術	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	—	
107	J200-4-2	レーザー機器加算	処置・手術の「その他」欄に当該加算の名称を記載すること。	—	
108	J300	特定薬剤(手術)	(区分番号J300により特定薬剤を算定する場合) 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	—	
109	J400	特定保険医療材料 (手術)	(手術等において特定保険医療材料等を使用した場合) 以下、処置・手術の「その他」欄に記載すること。 a 手術、処置、検査等の名称は、告示名又は通知名を使用。 b 手術、処置、検査等の手技料は、必ず点数を記載すること。 c 材料は、①商品名、②告示の名称又は通知の名称、③規格又はサイズ、④材料価格、⑤使用本数又は個数の順に手術ごとに記載。なお、告示の名称又は通知の名称は、()で書きとめる。 d 保険医療機関における購入価格によるものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格を記載すること。 e 手術等の名称、手技の加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に記載すること。 [記載例] ③特定保険医療材料 [商品名] × × × × × (鼻孔プロテーゼ) 387 × 1	—	
110	K	麻酔	(伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔を行った場合) 麻酔の「その他」欄に麻酔名を記載。なお、使用麻酔薬は、麻酔薬名及び使用量を記載すること。	—	
111	K(通則)	時間外加算 休日加算 深夜加算	(第10部麻酔の通則「4」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む。)、休日加算又は深夜加算を算定した場合) 麻酔名及び加算の種類を記載すること。	—	
112	K002	吸入鎮静法	使用麻酔薬は、麻酔の「その他」欄に麻酔薬名及び使用量を記載すること。 また、使用した酸素又は窒素請求は、地方厚生(支)局長に届け出た購入単価(単位 銭)(酸素のみ)及び当該請求に係る使用量(単位 リットル)を記載。なお、酸素の請求は、Ⅱの第3の2(26)のイのgと同様とする。	—	
113	K003	静脈内鎮静法	使用薬剤は、麻酔の「その他」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。	—	
114	K100	薬剤(麻酔)	麻酔の「その他」欄に医薬品名を記載すること。	—	
115	M	歯冠修復及び欠損補綴	(歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「平成 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に未、装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。 (未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求を行った歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合の装着料及び装着材料料を算定する場合) 未来院請求後及び装着物の種類を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。 (有床義歯製作中であって咬合採得後における試通前に、患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意志により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合) 装着物の種類及び装着(又は試通)予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。 (歯冠修復及び欠損補綴に係る歯冠形成及び印象採得後において、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等やむを得ない場合) 装着物の種類及び装着(又は試通)予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。 (欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合) 傷病名と歯数不一致と記載すること。 (レジンインレー、高強度硬質レジンブリッジ又は熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に名称及び部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。 (クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生(支)局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に診療行為名を記載すること。 (歯科鑄造用ニッケルクロム合金を用いる場合) 「その他」欄に歯冠修復物又は補綴物の名称を記載する場合は、別表1-2に掲げる略称を用いること。	820100383	傷病名と歯数不一致
116	M000	補綴時診断料	(補綴時診断料(有床義歯修理を実施した場合に限る。)を算定する場合) 1回目の場合は1回目と記載すること。2回目以降の場合は当該装置に係る当該診断料の前回実施年月日を記載すること。	820100303	1回目
117	M001	歯冠形成 3 窩洞形成 注9 う蝕歯無痛の窩洞形成加算	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。	—	

項番	区分	診療行為名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
118	M001-2	う蝕歯即時充填形成注1 う蝕歯無痛の高洞形成加算	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。	—	
119	M002	支台築造	(ファイバーポストを用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位、ファイバーポストの使用本数を部位毎にそれぞれ記載すること。 (後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して支台築造を算定する場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行
120	M003	印象採得	(「印象」の項に書ききれない場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に印象採得の名称を記載すること。	—	
121	M005	装着	(脱離した歯冠修復物又は、脱離又は修理したブリッジを再装着した場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、再装着する歯冠修復物が1つ又は再装着する装置が1つであって、「傷病名部位」欄の記載から再装着した部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。	—	
122	M006	咬合採得	(「咬合」の項に書ききれない場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に咬合採得の名称を記載すること。	—	
123	M009	充填	(2歯以上の充填に際し1歯に複数高洞の充填を行った場合) 当該歯の部位を記載すること。	—	
124	M010	金属歯冠修復	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。 (同一歯の複数の高洞に対して、充填及びインレー又はレジンインレーにより歯冠修復を行った場合) 同一歯の複数高洞に対する歯冠修復であること及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。 (歯科鑄造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に修復物の名称及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「その他」欄への部位の記載は省略して差し支えない。 (歯科鑄造用ニッケルクロム合金を用いた金属歯冠修復を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴に「その他」欄に修復物の名称を記載すること。	820100353 820100354	永久歯代行 同一歯の複数高洞に対する歯冠修復
125	M011	レジン前装金属冠	(歯科鑄造用ニッケルクロム合金を用いた金属歯冠修復を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に補綴物の名称を記載すること。	—	
126	M015	非金属歯冠修復2 硬質レジンジャケット冠	(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大臼歯に用いた場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。	—	
127	M015-2	CAD／CAM冠	(大臼歯に用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。 (歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大臼歯に用いた場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。	—	
128	M016-2	小児保険装置	装置の種類を記載すること。	—	
129	M017	ボンテック	(地方厚生(支)局長に事前に模型等を提出した上でブリッジを製作した場合) 事前承認と記載すること。 (地方厚生(支)局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するエックス線フィルム又はその複製の費用を算定する場合) 算定の理由を記載すること。 (犬歯のボンテックが必要な場合で、中切歯がすでにブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を変更する場合) 中切歯の状態等を記載すること。 (側切歯及び犬歯、或いは犬歯及び第一小臼歯の2歯欠損であって、犬歯が低位唇側転移していたため間隙が1歯分しかない場合であってボンテック1歯のブリッジの設計とした場合) 低位唇側転移の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。 (歯科鑄造用ニッケルクロム合金を用いたボンテックを算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に補綴物の名称を記載すること。	820100355	事前承認
130	M017	ボンテック(接着ブリッジ)	歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に当該支台歯の部位及び接着冠を記載すること。なお、当該ブリッジが1つであって、「傷病名部位」欄の記載から接着冠の部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。	—	
131	M018	有床義歯	(残根上に義歯を装着した場合) 残根上の義歯と記載すること。 (人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合)人工歯請求済みと記載すること。 (欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合) 欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。 (小児義歯に係る費用を算定する場合) 装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。	820100356 820100357 820100358	残根上義歯 人工歯請求済み 欠損歯数と補綴歯数の不一致
132	M018	有床義歯	(前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から6月が経過していない場合であって新たに有床義歯の印象採得を行った場合) 「診療報酬の算定方法」の一部改正に伴う実施上の留意事項(一)1別添2第2頁第12節M018	820100359	ハ 認知症を有する患者等であって、有床義歯が使用できない場合

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
132	M010	有床義歯	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12部M010の有床義歯の(13)のハ又はニに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、二の場合は、具体的な理由を記載すること。	820100360	ニ その他特別な場合
133	M019	熱可塑性樹脂有床義歯等	(残根上に義歯を装着した場合) 残根上義歯と記載すること。 (人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合) 人工歯請求済と記載すること。 (欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合) 欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。 (小児義歯に係る費用を算定する場合) 装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。	820100356 820100357 820100358	残根上義歯 人工歯請求済み 欠損歯数と補綴歯数の不一致
134	M020	鑄造鉤	(歯科鑄造用ニッケルクロム合金を用いた鑄造鉤を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に補綴物の名称を記載すること。		—
135	M023	バー 1 鑄造バー	(歯科鑄造用ニッケルクロム合金を用いたバーを算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に補綴物の名称を記載すること。		—
136	M025	口蓋補綴、顎補綴	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12部M025口蓋補綴、顎補綴の(1)のイからホまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。	820100384 820100385 820100386 820100387 820100388	イ 腫瘍等による顎骨切除等に対する口蓋補綴装置又は顎補綴装置 ロ オクルーザランプを付与した口腔内装置 ハ 発音補整装置 ニ 発音補助装置 ホ ホツツ床
137	M029	有床義歯修理	(新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。		—
138	M029	有床義歯修理 注4 歯科技工加算2	(有床義歯修理において、歯科技工加算2を算定した場合) 預かり日及び修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。		—
139	M030	有床義歯内面適合法	(新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。		—
140	M030	有床義歯内面適合法 注5 歯科技工加算2	(有床義歯内面適合法において、歯科技工加算2を算定した場合) 預かり日及び修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。		—
141	M041	広範囲顎骨支持型補綴物修理	装着を実施した医療機関名(自院は除く。)及び装着日(不明であれば装着時期)を記載すること。		—
142	N	歯科矯正	当該疾患に係る顎切除又は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名を記載。 また、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を最初に算定した年月日を診断料の名称に併せて記載すること。 (歯科矯正における印象採得、咬合採得、床装置、リンガルアーチ及び鉤を算定した場合) 全体の「その他」欄に「簡単」、「困難」、「著しく困難」、「複雑」等の区別を記載すること。	820100361 820100362 820100363 820100364	簡単 困難 著しく困難 複雑
143	N000	歯科矯正診断料	全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法及び保定の開始の区別を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回歯科矯正診断料の算定年月日を記載すること。		—
144	N001	顎口腔機能診断料	全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法及び保定の開始の区別(顎口腔機能診断料は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名)を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回顎口腔機能診断料の算定年月日を記載すること。		—
145	N002	歯科矯正管理料	全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始の年月日を記載すること。		—
146	N004	模型調整 2 予測模型	全体の「その他」欄に予測歯数を記載すること。		—
147	N005	動的処置	全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日並びに同月内における算定回数を記載すること。		—
148	N008-2	植立	(歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合) 当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。 (アンカースクリュー脱落後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合) アンカースクリュー脱落後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する旨を記載すること。	820100365 820100366	アンカースクリュー脱落後の再埋入の場合 治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合
149	N009	撤去	(装置を撤去した場合) 撤去の費用が算定できない場合であっても、全体の「その他」欄に撤去した装置の名称を記載すること。 (歯科矯正用アンカースクリューの撤去について、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合) 当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。		—
150	N018	マルチブラケット装置	全体の「その他」欄にステップ名(例:ステップⅠ、Ⅰ装置目)及びそのステップにおける回数を記載すること。		—
151	N100	特定保険医療材料(矯正)	(特定保険医療材料において、装着材料、スクリュー、バンド、ブラケット、チューブ、矯正用線、不銹鋼、特殊鋼等を使用した場合) 全体の「その他」欄に特定保険医療材料に掲げる名称を記載すること。		—

別表 I -2(歯科)

項番	記載欄	区分	項目(診療行為名等)	略称
1	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄	M010	鑄造用ニッケルクロム合金を用いた金属歯冠修復を算定した場合	Ni-In(単)
				Ni-In(複)
				Ni-3/4Cro
				Ni-4/5Cro
				Ni-FMC
2	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄	M011	鑄造用ニッケルクロム合金を用いたレジン前装金属冠を算定した場合	N i - 前装 M C
3	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄	M020	鑄造用ニッケルクロム合金を用いた鑄造鉤を算定した場合	N i - C I
4	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄	M023	鑄造用ニッケルクロム合金を用いたバーを算定した場合	バー (N i)

別表Ⅰ 調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

項番	区分	調剤行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
1	01	調剤料(内服薬)	(配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合) 「調剤技術上の必要性」、「内服用固形剤と内服液剤」、「服用方法が異なる」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	820100367 820100368 820100369 830100001	調剤技術上の必要性 内服用固形剤と内服液剤 服用方法が異なる その他:(具体的な理由を記載)
2	01	自家製剤加算	(自家製剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき) その事由を記載すること。		—
3	01	一包化加算 自家製剤加算 計量混合調剤加算	(同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、一包化加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき) その事由を記載すること。		—
4	01	時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外加算の特例	処方箋を受け付けた月日及び時間等当該加算を算定した事由が明確にわかるよう記載すること。		—
5	14の2	外来服薬支援料	服薬管理を支援した日、服薬支援に係る薬剤の処方医の氏名及び保険医療機関の名称を記載すること。		—
6	14の3	服用薬剤調整支援料	減薬の提案を行った日、保険医療機関の名称及び保険医療機関における調整前後の薬剤種類数を記載すること。		—
7	10 13の2 13の3	薬剤服用歴管理指導料 かかりつけ薬剤師指導料 かかりつけ薬剤師包括管理料	(在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者について、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る随時の投薬が行われ、薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合) 算定日を記載すること。		—
8	15 15の2 15の3 15の5	在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急時等共同指導料 服薬情報等提供料	(調剤を行っていない月に在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料又は服薬情報等提供料を算定した場合) 情報提供又は訪問の対象となる調剤の年月日及び投薬日数を記載すること。		—
9	15	在宅患者訪問薬剤管理指導料	(月に2回以上算定する場合) それぞれ算定の対象となる訪問指導を行った日を記載すること。		—
			(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。		—
			(1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100103 820100371 820100372 820100094	同居する同一世帯の患者が2人以上 訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下 当該建築物戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下 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
10	15 15の2	在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	(訪問薬剤管理指導を主に実施している保険薬局(以下「在宅基幹薬局」という。)に代わって連携する他の薬局(以下「サポート薬局」という。))が訪問薬剤管理指導を実施し、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合) 在宅基幹薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付、サポート薬局名及びやむを得ない事由等を記載すること。		—
11	15 15の2	在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	(在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が訪問薬剤管理指導(この場合においては、介護保険における居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を含む。)を実施した場合であって、処方箋が交付されていた場合) サポート薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付を記載すること。		—
12	15の4	退院時共同指導料	指導日並びに共同して指導を行った保険医等の氏名及び保険医療機関の名称を記載すること。なお、保険医等の氏名及び保険医療機関の名称については、算定対象となる患者が入院している保険医療機関とともに当該患者の退院後の在宅医療を担う保険医療機関についても記載するものであること。		—
13	—	一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合	(一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合) その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品なし」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。	820100373 820100374 820100375 820100376	後発医薬品を調剤しなかった理由:患者の意向 後発医薬品を調剤しなかった理由:保険薬局の備蓄 後発医薬品を調剤しなかった理由:後発医薬品なし 後発医薬品を調剤しなかった理由:その他
14	—	長期の旅行等特殊の事情がある場合に、日数制限を超えて投与された場合	長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認められ、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与された場合は、処方箋の備考欄に記載されている長期投与の理由を転記すること。		—
15	—	70枚を超えて湿布薬が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	70枚を超えて湿布薬が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、処方医が当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨について、処方箋の記載により確認した旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	820100377 820100378	処方箋記載により確認 疑義照会により確認

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、「摘要」欄へ記載するものであること。