

回の指導管理を行った日から起算して2月においては、初回の指導管理を行った月日を「摘要」欄に記載すること。在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。

セ 在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に **酸** と表示して点数を記載すること。この場合、「摘要」欄に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し、慢性心不全で適用になった患者にあっては、初回の指導管理を行った月において、終夜睡眠ポリグラフィの実施日及び無呼吸指数も併せて記載すること。

なお、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算又は呼吸同調式デマンドバルブ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ **ボ**、**濃**、**液** 又は **呼** と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。また、酸素ボンベ加算及び液化酸素装置加算について携帯用又は携帯型を用いた場合は、併せて、**携** と表示すること。

ソ 在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に **中** と表示して点数を記載すること。在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ **輸** 又は **注ボ** と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅中心静脈栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載すること。

タ 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に **経** と表示して点数を記載すること。在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ **管** 又は **経ボ** と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅成分栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載すること。

チ 在宅自己導尿指導管理料を算定した場合は、その他の項に **尿** と表示して点数を記載すること。間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算を算定した場合は、併せて **カ** と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載すること。

ツ 在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合は、その他の項に **人** と表示して点数を記載すること。人工呼吸器加算のうち、陽圧式人工呼吸器、鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器又は陰圧式人工呼吸器を使用した場合は、併せてそれぞれ **陽呼**、**鼻呼** 又は **陰呼** と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

テ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に **持呼** と表示して点数を記載し、「摘要」欄に初回の指導管理を行った月日、無呼吸指数、自覚症状、睡眠ポリグラフィ上の所見及び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はその理由を記載すること。経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算を算定した場合は、併せて **経呼** と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

ト 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に **在悪** と表示して点数を記載すること。携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ **携ボ** 又は **悪ボ** と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅悪性

- 腫瘍患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。
- ナ 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に「寝」と表示して点数を記載すること。在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。
- ニ 在宅自己疼痛管理指導管理料を算定した場合は、その他の項に「疼」と表示して点数を記載すること。また、疼痛管理用送信器加算を算定した場合は、「疼信」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- ヌ 在宅肺高血圧症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に「肺」と表示して点数を記載すること。また、携帯型精密輸液ポンプ加算を算定した場合は、「肺ポ」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- ネ 在宅気管切開患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に「気」と表示して点数を記載すること。また、気管切開患者用人工鼻加算を算定した場合は、「気鼻」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- ノ 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、その他の項にサからトまで及びニからネに掲げる当該加算の表示を記載し、当該加算点数を記載すること。
- ハ 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合は、「前」と表示して点数を記載すること。退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、その点数を加算し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。
- ヒ 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、ケの例により記載すること。また、入院中の患者に対して退院の日在宅療養指導管理料を算定した場合は、「退院時在宅指導」と記載した上でサからネまでの例により記載すること。
- フ 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料を算定した場合は、「在宅」欄に「灌薬」と表示して、総点数を記載し、「摘要」欄に、総投与量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数、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。
- ヘ 緊急時施設治療管理料を算定した場合は、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はその日時及び対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨を「摘要」欄に記載すること。

(24) 「投薬」欄について

ア 入院分について

- (ア) 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の項にそれぞれの調剤単位数及び薬剤料の総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

また、調剤料を算定する場合は、調剤の項に日数及び点数を記載すること。

- (イ) 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（以下「届出保険医療機関」という。）については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

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。

- (ウ) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に日数及び点数を記載すること。
- (エ) 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。なお、院内製剤加算を算定した場合は、調基の項に 院 と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。
- (オ) 入院患者に対し退院時に投薬を行った場合は、「退院時 日分投薬」と「摘要」欄に記載すること。
- (カ) 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（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、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「摘要」欄に記載すること。

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。

イ 入院外分について

- (ア) 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の「薬剤」の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の「薬剤」の項にそれぞれの薬剤料の所定単位による総投与単位数と総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。
- (イ) 内服の「調剤」の項には内服薬、浸煎薬及び屯服薬の投与回数及び点数を、外用の「調剤」の項には、外用薬の投与回数及び点数を記載すること。
- (ウ) 処方の項は、処方せんを交付しない場合において処方回数及び点数を記載すること。
なお、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は、その旨を「摘要」欄に記載すること。
- (エ) 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。
ただし、届出保険医療機関については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。
なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。
- (オ) 常態として、内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に 減 と表示すること。
- (カ) 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は、臨時薬の投与の必要性を「摘要」欄に記載すること。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。

- (キ) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に処方回数及び点数を記載すること。
- (ク) 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。
- (ケ) 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合は、当該長期投与の理由を「摘要」欄に記載すること。
- (コ) 乳幼児加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。
- (サ) 特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に処方期間が28日以上の場合は「特処長」、それ以外の場合は「特処」と表示し、回数及び点数を記載すること。
- (シ) 入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、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「摘要」欄に記載すること。

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。

- ウ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合は、次の例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

〔記載例〕

ラシックス錠20mg	1錠	
アルダクトンA錠25mg	1錠	3×5
リピトール錠10mg	1錠	14×5

(薬評)

エフピー錠2.5

(25) 「注射」欄について

- ア 外来化学療法加算を算定した場合は、当該点数を加算した点数を記載し、「摘要」欄に外来化学療法加算1を算定する場合は「化1」と、外来化学療法加算2を算定する場合は「化2」と表示するとともに、算定回数を記載すること。
- イ 皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射を行った場合は、皮下筋肉内及び静脈内の項に、その他の注射を行った場合は、その他の項に、注射の種類を記して、それぞれ回数及び点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所要単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。
なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。
- ウ 点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤加算を算定した場合は、当該点数を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「血漿」と表示して、1回目の注射の実施日を記載すること。
- エ 皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射等については、入院外分はそれぞれ1回分ごとに、入院分はそれぞれ1日分ごとに、点滴注射及び中心静脈注射等については1日分ごとに、

使用した薬名、規格単位（%、mL又はmg等）及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

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

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

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

カ 特定保険医療材料を使用した場合は、(26)のイの例により「摘要」欄に記載すること。

キ 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（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、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「摘要」欄に記載すること。

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。

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

ケ 無菌製剤処理料の「1」又は「2」を算定した場合は、「摘要」欄にそれぞれ ㊦1又は ㊦2と表示するとともに、算定回数を記載すること。

コ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合は、(24)のウの例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(26) 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

ア 処置又は手術については、処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を、麻酔については、麻酔の種類、回数及び点数を記載すること。麻酔を検査・画像診断に伴って行った場合は、当該検査・画像診断の種類を「摘要」欄に記載すること。対称器官の両側に対し、処置又は手術（ともに片側の点数が告示されているものに限る。）を行った場合は、左右別にそれぞれ処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を記載すること。デブリードマンを繰り返し算定する場合は、植皮の範囲（全身に占める割合）を「摘要」欄に記載すること。

イ 麻酔等（麻酔に伴う前処置を含む。）に伴って薬剤を使用した場合は、それぞれ使用した薬剤総量の薬価が15円を超えるものについては、個々の処置、手術又は麻酔ごとに、当該薬価から15円を控除して算定した点数を薬剤の項に記載し、使用した薬剤の薬名、規格単位（%、mL又はmg等）及び使用量を個々の処置、手術及び麻酔別に「摘要」欄に記載すること。ただし、神経破壊剤については、薬価にかかわらず使用した薬剤の薬名及び規格単位を「摘要」欄に記載すること。神経ブロックについて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は、その医学的必要性を「摘要」欄に記載すること。なお麻酔中のショック等に対する治療等に伴う薬剤については、注射等当該治療等の該当欄に記載すること。また、処置等に伴って使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方社会保険事務局長に届け出た単

価（単位 円・銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位 リットル）を「摘要」欄に、手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、「摘要」欄にそれぞれ以下のように記載すること（酸素について、複数の単価で請求する場合は、単価ごとに、単価及び使用量を記載すること。）。

- a 手術、処置、検査等の名称は告示名又は通知名を使用する。
- b 手術、処置、検査等の手技料については、必ず点数を明記する。
- c 材料は商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順で記載する。

なお、告示の名称又は通知の名称については（ ）書きとすること。

- d 保険医療機関における購入価格によるとなっているものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格で請求すること。
- e 処置、手術等の名称、手技の加算、処置（手術）医療機器等加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に処置、手術等ごとに記載すること。

〔記載例〕

例 1 手術以外に使用された特定保険医療材料等

- ①処置名 人工腎臓 イ 4時間未満の場合
手技の加算 導入期加算 2, 417 × 1
- ②薬剤料 使用薬剤 点数 × 1
- ③特定保険医療材料〔商品名〕ホローファイバー型高機能ダイアライザー 1. 4 m²
(ホローファイバー型及び積層型(キール型) (1.5m²未満(Ⅱ))) 1, 380円
138 × 1

例 2 手術に使用された特定保険医療材料

- (1) ③特定保険医療材料〔商品名〕○○○○
(ペースメーカー(シングルチャンバ(I型))) 991, 000円
99, 100 × 1
- (2) ③特定保険医療材料〔商品名〕△△△△
(輸血用血液フィルター(微小凝集塊除去用)) 2, 520円
252 × 1

- f 「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20年3月5日保医発第0305005号) Iの3の(29)のア、同3の(41)、同3の(75)のア及び同3の(76)のウ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。

- g 酸素の費用に係る請求については、地方社会保険事務局長に届け出た液化酸素(CE、LGC)、酸素ポンベ(大型、小型)の酸素区分、当該請求に係る単価及び使用量並びに補正率を以下の例により記載すること。

〔記載例(単価0. 18円の場合の酸素購入価格)〕

- 処置名 酸素吸入 65 × 1
 - 酸素の加算(液化酸素CE) 7 × 1
- (請求単価) (使用量) (補正率)

$$(0. 18円 \times 300 \text{リットル} \times 1. 3) \div 10 = 7点$$

(注) () において端数整理を行った後、10円で除して再度端数整理を行うこと。

- ウ 処置の手技料を包括する点数を算定するに当たって併せて当該処置に係る材料、薬剤等の費用を算定する場合は、「処置」欄及び「摘要」欄にイの例により記載すること。
- エ 輸血を行った場合は、回数、点数、その他必要な事項を記載すること。なお、輸血に当たって使用した生血、自己血、保存血の別に1日の使用量及び原材料として使用した血液の総量並びに薬剤について、その薬名、使用量の内訳及び加算点数を「摘要」欄に記載すること。自己血貯血を行った場合は、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。）、6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合においては患者の体重をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合は、患者の体重及び輸血量を「摘要」欄に記載すること。輸血に当たって、血液交叉試験等の加算を行った場合にも「摘要」欄にその旨を記載すること。輸血管理料を算定した場合は、「摘要」欄に **輸管Ⅰ** 又は **輸管Ⅱ** と表示すること。
- オ 時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例である旨の **外**、**休**、**深** 又は **特外** を表示すること。
- カ 処置の新生児・乳児・乳幼児（6歳未満）加算、麻酔の未熟児・新生児・乳児・幼児（1歳以上3歳未満）加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児加算又は乳幼児加算である旨の **未**、**新**、**乳**、**幼** 又は **乳幼** を表示すること。
- キ 手術の1,500グラム未満の児・新生児（1,500グラム未満の児を除く。以下この項において同じ。）・乳幼児（3歳未満）加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に1,500グラム未満の児加算、新生児加算又は乳幼児加算である旨の **未満**、**新** 又は **乳幼** を表示すること。なお、1,500グラム未満の児加算及び新生児加算を算定した場合は、それぞれ手術時体重を「摘要」欄に記載すること。
- ク HIV抗体陽性の患者に対して観血的手術を行った場合は、観血的加算を算定した旨の表示は省略すること。
- ケ 人工腎臓について入院中の患者以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合は、その理由を「摘要」欄に記載すること。
人工腎臓について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に導入の年月日を記載すること。
障害者加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に **障** と表示の上、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成20年3月5日保医発第03005001号）別添1第2章第9部J038人工腎臓の(16)のアからつまでに規定するもののうち、該当するものを記載すること。
- コ 持続緩徐式血液濾過を算定した場合は、「摘要」欄に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。）、1回毎の実施時間数（当該月に実施されたものに限る。）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「摘要」欄に記載すること。また、障害者加算を算定した場合は、上記ケの人工腎臓の例により記載すること。
- サ 生体腎移植術を行った場合は、「手術・麻酔」欄の余白に **腎** と、生体部分肺移植術を行った場合は **肺** と表示して腎提供者又は肺提供者の療養上の費用に係る点数及び食事に要した費

用の額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を四捨五入して得た点数を合算した点数を記載し、「摘要」欄に腎提供者又は肺提供者の氏名を記載すること。

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

なお、腎提供者又は肺提供者の療養上の費用に係る点数を記載した明細書（保険者番号及び被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号を除いたもの）を「摘要」欄に貼付すること。骨髄移植のうち同種移植を行った場合又は同種皮膚移植若しくは生体部分肝移植を行った場合においては、「手術・麻酔」欄の余白にそれぞれ **骨** 又は **膚** 若しくは **肝** と表示するほか、生体腎の移植と同様に記載し、明細書の貼付を行うこと。

シ 連続携行式腹膜灌流について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に導入の年月日を記載すること。

ス 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には、「摘要」欄にその理由を詳細に記載すること。

セ 四肢（手足を含む。）の開放骨折又は粉碎骨折から3週間を超えて超音波骨折治療法を行った場合には、「摘要」欄にその理由を詳細に記載すること。

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

タ 「複数手術に係る費用の特例」（平成18年厚生労働省告示第117号）に規定する複数手術を同時に行った場合は、「摘要」欄に従たる手術の名称を「（併施）」を付して記載し、所定点数の100分の50に相当する点数を記載すること。

チ 熱傷処置を算定した場合には、「摘要」欄に初回の処置を行った月日を記載すること。

ツ 熱傷温浴療法を算定した場合には、「摘要」欄に受傷日を記載すること。

テ 冷却痔処置を算定した場合には、「摘要」欄に内痔核の重症度を記載すること。

ト 干渉低周波による膀胱等刺激法を算定した場合には治療開始日を、皮膚レーザー照射療法の色素レーザー照射療法又はQスイッチ付レーザー照射療法を算定した場合には前回の治療開始日を「摘要」欄に記載すること。

ナ 両心室ペースメーカー移植術、埋込型除細動器移植術又は両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術を算定した場合には、明細書に症状詳記を添付すること。

ニ 麻酔管理料を算定した場合は、「摘要」欄に **麻管** と表示すること。

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

ネ 血漿交換療法又は血球成分除去療法を算定した場合は、「摘要」欄に一連の当該療法の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も含む。）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。

ノ 局所灌流及び吸着式血液浄化法を算定した場合は、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。

(27) 「検査・病理」欄について

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

また、特定保険医療材料を使用した場合は、(26)のイの例により「摘要」欄に記載すること。

イ 時間外緊急院内検査加算を算定した場合には、加算点数として得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に「緊検」と表示し、検査開始日時を記載すること。引き続き入院した場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。また、血管内超音波加算、血管内視鏡検査加算、超音波内視鏡検査加算又は粘膜点墨法加算を算定した場合は、それぞれ「血超」、「血内」、「超内」又は「墨」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

ウ 外来迅速検体検査加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に「外迅検」と表示すること。また、外来診療料を算定した場合であって、当該診療料に包括される検査のみに対して当該加算を算定した場合は、加算点数のみを「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に「外迅検」と表示し、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。なお、引き続き入院した場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

エ 検体検査判断料、病理診断料又は病理判断料を算定した場合には、判断料等の区分名、所定点数を「点数」欄に記載すること。区分名としては「判」と「尿」、「血」、「生Ⅰ」、「生Ⅱ」、「免」、「微」、「基」、「病診」又は「病判」とをそれぞれ組み合わせて表示すること。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は、その旨を「摘要」欄に記載すること。また、生体検査料の各判断料を算定した場合は、検体検査判断料と同様に記載すること。区分名としては「判」と「呼」、「脳」、「神」又は「ラ」とをそれぞれ組み合わせて表示すること。

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

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

〔記載例〕

基検	（15日）	2, 100
判	基	604

- キ 慢性維持透析患者外来医学管理料を算定した場合に、これに含まれる検査以外の検体検査又はこれ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は、その必要性を「摘要」欄に記載すること。
- ク マンガンを算定した場合は、「摘要」欄に高カロリー静脈栄養法を開始した日を記載すること。
- ケ ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）精密測定を算定した場合は、「摘要」欄に本検査の実施日（ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）精密測定又はヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（HANP）精密測定を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日）を記載すること。
- コ 尿中βクロスラプス精密測定を2回目を算定した場合は、前回算定日を「摘要」欄に記載すること。
- サ 前立腺癌の確定診断がつかずPSA精密測定を2回以上算定する場合は、「摘要」欄に「未確定」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。
- シ 検体検査管理加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）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「検管Ⅰ」、「検管Ⅱ」又は「検管Ⅲ」と表示すること。また、遺伝カウンセリング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「遺伝」と表示すること。
- ス 赤血球不規則抗体検査を算定した場合にあつては、輸血歴又は妊娠歴がある旨を「摘要」欄に記載すること。例えば輸血歴がある場合においては、「輸血歴あり」と記載すること。
- セ 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について、HIV-1抗体価又はHIV-1、2抗体価の測定が行われた場合は、「摘要」欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載すること。
- ソ 算定回数が複数月に1回のみとされている検査を実施した場合は、「摘要」欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。
- タ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープを算定した場合は、「摘要」欄に算定開始日を記載すること。
- チ 光トポグラフィーを算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術実施予定日を記載し、手術が行われなかった場合は、「摘要」欄にその理由を記載すること。
- ツ 神経磁気診断を算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術実施予定日を記載し、手術が行われなかった場合は、「摘要」欄にその理由を記載すること。
- テ 鼻腔通気度検査を算定した場合は、「摘要」欄に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は手術実施予定日）を記載すること。
- ト 悪性腫瘍遺伝子検査を算定した場合は、「摘要」欄にその目的、結果及び選択した治療法を記載すること。
- ナ 抗IA-2抗体精密測定を算定した場合は、「摘要」欄にその理由及び医学的根拠を記載すること。
- ニ 抗LKM-1抗体精密測定を算定した場合は、「摘要」欄に抗核抗体陰性である旨を記載すること。
- ヌ 「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合は、次の例により「摘要」欄に「検選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他の検査と区別して記載すること。

〔記載例〕

末梢血液一般検査 22×1

末梢血液像 18×1

(検選)

A F P 1, 150円×1

ネ 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精密測定を2回以上算定する場合は、「摘要」欄に「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。

ノ 小腸ファイバースコピーの「2」を算定した場合には、当該患者の症状詳記を添付すること。

(28) 「画像診断」欄について

ア 画像診断の種類、回数及び点数を記載すること。

イ 時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数として得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に「緊画」と表示し、撮影開始日時を記載すること。引き続き入院した場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ウ 写真診断に係る場合は、写真の部位、種類、回数及び点数を記載すること。

エ デジタル映像化処理を行った場合においては、「デ」と表示すること。

オ 電子画像管理加算（エックス線診断料、核医学診断料又はコンピューター断層撮影診断料）を算定した場合には、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に撮影回数を記載するとともに、「電画」と表示すること。

カ 画像診断に当たって、特定保険医療材料を使用した場合は、(26)のイの例により「摘要」欄に記載すること。

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

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

ケ 核医学診断又はコンピューター断層診断について、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ときは、その旨を「摘要」欄に記載すること。

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

〔記載例〕

「基エ」 (15日) 825

サ 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は、それぞれ初回の実施日を「摘要」欄に記載すること。また、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は、「摘要」欄に「画診共同」と表示すること。

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

(29) 「その他」欄について

ア 短期滞在手術基本料 1 を算定した場合は、「摘要」欄に **短手 1** と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること。

短期滞在手術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には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

短期滞在手術基本料 1 の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術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には、短期滞在手術基本料を算定しない理由を「摘要」欄に記載すること。

イ 外来患者に対し処方せんを交付した場合は、処方せんの項に回数及び点数を記載し、その内訳を「摘要」欄に記載すること。

なお、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は、「摘要」欄にその月日及び理由を記載すること。乳幼児加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。また、特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に処方期間が28日以上の場合は **特処長**、それ以外の場合は **特処** と表示し、回数及び点数を記載すること。

なお、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は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ウ リハビリテーションを算定した場合は、当該項目、回数・算定単位数及び合計点数を記載するとともに、「摘要」欄に実施日数を記載すること。また、精神科専門療法を算定した場合は、当該項目、回数及び合計点数を記載すること。ただし、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合は、**持精** と表示すること。心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料については、疾患名及び治療開始日を、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料については、疾患名及び、発症月日、手術月日又は急性増悪した月日を、障害児（者）リハビリテーション料については、発症月日を、それぞれ「摘要」欄に記載すること。心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続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）は、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、以下この部において「FIM」という。）、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下この部において「BI」という。）、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「摘要」欄に記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあつては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を「摘要」欄に記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えないこと。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。

また、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には、新たな疾患名及び、治療開始日又は発症月日等を「摘要」欄に記載すること。治療開始日から3月以内の患者について摂食機能療法を算定した場合は、「摘要」欄に治療開始日に記載すること。

エ 早期リハビリテーション加算を算定した場合は、「摘要」欄に **早リ加** と表示して、点数を記載すること。

オ リハビリテーション総合計画評価料を算定した場合は、「摘要」欄に **リハ総評** と表示して、点数を記載すること。

カ 通院・在宅精神療法を退院患者について算定した場合は退院日を、標準型精神分析療法を算定した場合は当該診療に要した時間を、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・ケアを算定した場合は当該療法のうち最初に算定した年月日を「摘要」欄に記載すること。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。

通院・在宅精神療法の「1」を算定した場合には、診療に要した時間を「摘要」欄に記載すること。

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

精神科地域移行支援加算を算定した場合は、「摘要」欄に「精移行」と記載すること。

精神科退院前訪問指導料を2回以上算定した場合は、各々の訪問指導日を「摘要」欄に記載し、必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合は **複職** と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

精神科訪問看護・指導料(I)を算定する場合であって複数の保健師等が訪問して行った場合は **複数** と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

医療保護入院等診療料を算定した場合は、患者の該当する入院形態(例:(措置入院))を記載すること。また、初診の日に通院・在宅精神療法又は心身医学療法を算定した場合は、当該診療に要した時間を「摘要」欄に記載すること。

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

重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、**認デイ** と表示し、回数及び合計点数を記載すること。

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

ク 放射線治療管理料を算定した場合は、**放管** と表示して、所定点数を記載すること。

ケ 放射性同位元素内用療法管理料を算定した場合は、「摘要」欄に **放内** と表示して、当該管理を開始した月日を記載すること。

- コ 放射線治療料を算定した場合は、**放** と表示して、回数及び点数を記載すること。
 なお、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は、「摘要」欄に当該名称及び使用量を記載すること。
- サ 密封小線源治療に当たって、気管・気管支用アプリケーション又は食道アプリケーションを使用した場合は、「摘要」欄に **気アフ** 又は **食アフ** と表示すること。
- シ 施設入所者共同指導料を算定した場合は、「施設指導」と表示して、点数を記載すること。
- ス 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合における療養担当手当を算定した場合は、「その他」欄に合算して記載すること。
- セ 「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーション又は精神科専門療法を実施した場合は、次の例により「摘要」欄に「リハ選」又は「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リハビリテーション又は精神科専門療法と区別して記載すること。

〔記載例１〕

運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	170 × 18
実施日数 3日	
（リハ選）	

運動器リハビリテーション料	1,700円 × 1
---------------	------------

〔記載例２〕

精神科デイ・ケア（小規模）	550 × 5
（精選）	

精神科デイ・ケア	5,500円 × 1
----------	------------

(30) 「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・診療所別欄の下の空欄（以下「入院基本料種別欄」という。）に次に掲げる略号を用いて記載すること。なお、入院基本料種別欄に書ききれない場合は「摘要」欄に記載し、また、電子計算機で該当する文字のみを印字する場合は、様式の区分、配字等を変更することとして差し支えないこと。

一般7、一般準7、一般10、一般13、一般15（一般病棟入院基本料）、一般特別（一般病棟入院基本料の特別入院基本料）、療A、療B、療C、療D、療E（療養病棟入院基本料）、療特（療養病棟入院基本料の特別入院基本料）、結7、結準7、結10、結13、結15、結18、結20（結核病棟入院基本料）、結特（結核病棟入院基本料の特別入院基本料）、精10、精15、精18、精20（精神病棟入院基本料）、精特（精神病棟入院基本料の特別入院基本料）、特一7、特一10（特定機能病院入院基本料の一般病棟）、特結7、特結10、特結13、特結15（特定機能病院入院基本料の結核病棟）、特精7、特精10、特精15（特定機能病院入院基本料の精神病棟）、専7、専準7、専10、専13（専門病院入院基本料）、障7、障10、障13、障15（障害者施設等入院基本料）、診1、診2（有床診療所入院基本料）、診療A、診療B、診療C、診療D、診療E（有床診療所療養病床入院基本料）、診療特（有床診療所療養病床入院基本料の特別入院基本料）

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

ウ 療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟又は病床で、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は、その医療上の必要性について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

エ 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基本料Eを算定した場合、又は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を算定した場合は、その医療上の必要性について、回復期リハビリテーション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基本料Eを算定する場合は、非該当患者である旨について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定した場合にあつては、次の例により、当該入院基本料を算定する病棟又は病床に入院する患者について、該当する日ごとの入院基本料の区分、及び当該区分に係る全ての疾患又は状態等並びにADL区分を「摘要」欄に記載すること。なお、入院基本料の区分に係る全ての疾患又は状態等の記載が困難な場合にあつては、主となる疾患又は状態等の記載であっても差し支えないものであること。また、これらの記載については、診療報酬明細書に「医療区分・ADL区分に係る評価票」を添付することにより代えることができる。

[記載例1]

7月1日	1,198×1日（入院基本料C） 23 その他難病（スモン及び12～14までを除く。），ADL10点
7月2日～7月15日	1,320×14日（入院基本料B） 23 その他難病（スモン及び12～14までを除く。），ADL23点
7月16日～7月31日	1,709×16日（入院基本料A） 13 中心静脈栄養を実施している状態，ADL23点 23 その他難病（スモン及び12～14までを除く。）

※) 疾患又は状態等については、「医療区分・ADL区分に係る評価票」において該当する番号の記載のみでもよい。

[記載例2]

7月1日～7月15日	750点×15日（入院基本料E），ADL10点
7月16日～7月31日	885点×16日（入院基本料D），ADL23点

オ 「入院基本料・加算」の項について

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

なお、入院基本料と入院基本料等加算を区分して、同項において行を改めて、同様に記載することも差し支えない。

(イ) 入院時医学管理加算、臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬

送入院加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算25・50・75・100、特殊疾患入院施設管理加算、新生児入院医療管理加算、看護配置加算、看護補助加算、療養環境加算、重症者等療養環境特別加算、療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算、重症皮膚潰瘍管理加算、緩和ケア診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神病棟入院時医学管理加算、精神科地域移行実施加算、精神科身体合併症管理加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、退院支援計画作成加算、退院加算、後期高齢者総合評価加算又は後期高齢者退院調整加算を算定した場合は、入院基本料種別欄に、**医管**、**臨修**、**超急**、**妊搬**、**録管**、**医25**、**医50**、**医75**、**医100**、**特疾**、**新入医**、**看配**、**補1**（看護補助加算1）、**補2**（看護補助加算2）、**補3**（看護補助加算3）、**環境**、**重境**、**療環1**（療養病棟療養環境加算1）、**療環2**（療養病棟療養環境加算2）、**療環3**（療養病棟療養環境加算3）、**療環4**（療養病棟療養環境加算4）、**診環1**（診療所療養病床療養環境加算1）、**診環2**（診療所療養病床療養環境加算2）、**重皮潰**、**緩和**、**精応**、**精医管**、**精移**、**精身**、**児思精**、**がん診**、**栄管**、**安全**、**褥管**、**褥ハイ**、**ハイ妊娠**、**ハイ分娩**、**退計**、**退加**、**後総**、**後退**を記載すること。

なお、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、精神科応急入院施設管理加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算又は褥瘡ハイリスク患者ケア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、新生児入院医療管理加算を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は、出生時体重を、重症皮膚潰瘍管理加算を算定した場合は、患者の皮膚潰瘍に係るSheaの分類を、「摘要」欄に記載し、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合は、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4第2項に基づく精神病院の管理者から都道府県知事に対する届出の書面の写しを添付すること。

- (ウ) 地域医療支援病院入院診療加算、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、乳幼児加算、幼児加算、難病等特別入院診療加算、二類感染症患者入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算、準超重症児（者）入院診療加算、HIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、精神科措置入院診療加算、精神科隔離室管理加算又は後期高齢者外来患者緊急入院診療加算を算定した場合は、「摘要」欄に、**地入診**、**救医**、**乳救医**、**在緊**、**乳**、**幼**、**難入**、**二感入**、**超重症**、**準超重症**、**感染特**、**二類特**、**小環特**、**無菌**、**放室**、**精措**、**精隔**又は**後外緊**を記載すること。

なお、地域医療支援病院入院診療加算、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算又は在宅患者緊急入院診療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こと。また、小児療養環境特別加算を算定した場合は、「摘要」欄に個室での管理が必要な旨及び当該患者の病態の概要を、精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を、後期高齢者外来患者緊急入院診療加算を算定した場合は、「摘要」欄に診療所において後期高齢者診療料を算定した月を記載すること。

- (エ) 褥瘡評価実施加算又は重度認知症加算を算定した場合は、「摘要」欄に 褥評 又は 重認 と表示し、当該加算を算定した日数を記載するとともに、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。なお、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。
- (オ) 有床診療所入院基本料を算定している患者について、夜間の緊急体制確保、医師配置又は看護配置に応じた加算がある場合は、「摘要」欄に 有緊、有医、有看1、有看2、有夜看1 又は 有夜看2 を記載すること。
- カ 外泊した場合は、行を改めて入院基本料又は特定入院料を算定する日ごとに1日当たりの所定点数、日数並びに合計点数を記載し「摘要」欄に外泊した日を記載すること。
- なお、外泊した日の記載については、連続して3日を超える場合にあっては、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。
- キ 特定入院料、療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料（以下キにおいて「特定入院料等」という。）を算定している患者について、専門的な診療が必要となり、他医療機関において「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部5の(3)のアからケまでに規定する診療を行った場合は、入院医療機関においては、行を改めて減額された特定入院料等の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。また、他医療機関においては、「摘要」欄に「当該患者の算定する特定入院料等」、「診療科」及び「他（受診日数：○日）」と記載すること。
- ク 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者について、「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」第九のいずれにも該当しない場合は、「摘要」欄に「選」と記載し、いずれかに該当する場合は、「摘要」欄に「選外」と記載し、その理由を簡潔に記載すること。また、月の途中で通算対象入院料を算定する期間が180日を超えた場合は、行を改めて減額された通算対象入院料の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。
- ケ 特別の関係にある保険医療機関等に入院又は入所していたことのある患者であって、入院期間を当該保険医療機関等の初回入院日を起算日として計算する場合は、「摘要」欄に 特別 と表示すること。
- コ 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）」に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の1日当たり点数（療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の場合は所定点数に100分の90を乗じて得た点数、それ以外の入院基本料の場合は所定点数に100分の80を乗じて得た点数）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に 超過 と表示すること。
- サ 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する医師等の員数の基準に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の1日当たりの所定点数（離島等所在保険医療機関以外の場合は所定点数に100分の90又は100分の85を乗じて得た点数を、離島等所在保険医療機関の場合は所定点数から所定点数に100分の98又は100分の97を乗じて得た点数）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に 標欠7、標欠5 と表示すること。
- シ 厚生労働大臣が指定する病院における「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について」（平成20年3月19日保

医発第0319002号) (以下「DPC留意事項通知」という。) 別添第1の2(3)に該当する患者については、DPC留意事項通知別添第1の2(3)及び「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」(平成18年3月30日保医発第0330007号)を参考とし、「摘要」欄に診断群分類に該当しない旨等を記載すること。

ス 「特定入院料・その他」の項について

- (ア) 特定入院料については、算定した特定入院料の種別を次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、⑤特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料若しくは特殊疾患病棟入院料を算定している患者について人工呼吸器使用加算がある場合又は⑥小児入院医療管理料を算定している患者について施設基準に応じた加算がある場合)は、それぞれの加算を加えた点数)を記載すること。

救命1、救命2(救命救急入院料1、2)、特集(特定集中治療室管理料)、ハイ(ハイケアユニット入院医療管理料)、脳ケア(脳卒中ケアユニット入院医療管理料)、新集(新生児特定集中治療室管理料)、産集母、産集新(総合周産期特定集中治療室管理料)、熱集(広範囲熱傷特定集中治療室管理料)、感入管(一類感染症患者入院医療管理料)、特入管(特殊疾患入院医療管理料)、小入管1、小入管2、小入管3、小入管4(小児入院医療管理料1~4)、復り入(平成20年3月31日において現に改正前の回復期リハビリテーション病棟に係る届出を行っている病棟であって、改正後の回復期リハビリテーション病棟に係る届出を行っていないもの)、復り入1、復り入2(回復期リハビリテーション病棟入院料1、2)、亜入1、亜入2(亜急性期入院医療管理料1、2)、特疾1、特疾2(特殊疾患病棟入院料1、2)、緩和(緩和ケア病棟入院料)、精救1、精救2(精神科救急入院料1、2)、精急1、精急2(精神科急性期治療病棟入院料1、2)、精合(精神科救急・合併症入院料)、精療(精神療養病棟入院料)、認知1、認知2(認知症病棟入院料1、2)

- (イ) 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は、救命救急入院料の算定に係る入院年月日を「摘要」欄に記載すること。また、自殺企図等による重篤な患者に対して当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合の加算を算定した場合、救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Aである場合、高度救命救急センターである場合又は急性薬毒物中毒に係る加算を算定した場合は、「摘要」欄に、それぞれ、**精診初**、**A救**、**高救**又は**薬救**と記載すること。
- (ウ) 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・乳幼児救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。)に入院したものとみなす場合は、死亡を確認した場所及び死亡年月日を記載すること。
- (エ) 新生児特定集中治療室管理料を新生児入院医療管理加算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計して22日以上算定した場合又は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を新生児入院医療管理加算及び新生児特定集中治療室管理料と合計して22日以上算定した場合は、出生時体重を「摘要」欄に記載すること。
- (オ) 特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管

理料、特殊疾患病棟入院料、精神療養病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している患者について、必要があつて患者を他の病棟等へ移動した場合は、その医療上の必要性を「摘要」欄に詳細に記載すること。また、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つて、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には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

(カ) 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した場合は、当該点数の算定を開始した日を「摘要」欄に記載し、転棟患者等の場合は、転棟の必要性について併せて記載すること。また、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・合併症入院料又は精神療養病棟入院料において、統合失調症の患者に対して行った非定型抗精神病薬に係る加算を算定する場合は、**非精**と表示し、投与している薬剤名を「摘要」欄に記載すること。

(キ) 短期滞在手術基本料2又は3を算定した場合は、「摘要」欄に **短手2** 又は **短手3** と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること。

(31) 後期高齢者医療における「保険医療機関の所在地及び名称」、「診療実日数」、「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

次に掲げるものを除き、(14)、(18)、(20)から(30)と同様であること。

90日を超える期間一般病棟に入院している患者であつて特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの（平成18年厚生労働省告示第93号別表第四の第七号に該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に **洗淨** と、同別表第四の第八号に該当する患者について喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出を算定した場合は、「処置」欄に **頻回** と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。

(32) 後期高齢者医療における「入院」欄について

次に掲げるものを除き、(30)と同様であること。この場合において、(30)の「療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の場合は」とあるのは「後期高齢者特定入院基本料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の場合は」と読み替えるものとする。

ア 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」に該当する場合は、「摘要」欄に「特」と記載し、該当しない場合は、「摘要」欄に「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。

イ 診療所後期高齢者医療管理料を算定した場合は、「特定入院料・その他」の項に「診医療管」と表示して、合計点数（地域加算又は離島加算該当施設の場合はその加算点数を加えた点数）を記載すること。なお、当該管理料の算定開始日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、「摘要」欄に当該管理料の算定開始日を記載すること。

(33) 「療養の給付」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費の療養の給付（医療の給付を含む。以下同じ。）に係る合計点数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る記載を省略しても差し支えないこと。

イ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア） 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載すること。

（イ） 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア） 「負担金額」の項は、一部負担金の支払いを受けた場合にはその金額を記載すること。
なお、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

（イ） 「一部負担金額」の項は、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

（ウ） 健康保険法施行令第43条第1項並びに同条第4項、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の4第1項並びに同条第3項又は高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第16条第1項並びに同条第3項の規定が適用される者の場合は、「負担金額」及び「一部負担金額」の項には、これらの規定により算定した額（この額に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

（エ） 健康保険法施行令第43条第1項第2号二、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第2号二に掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号二及び同令附則第6条第1項に掲げる者の場合は、入院分にあつては、「I」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限り、「摘要」欄に、「低所得I」と記載すること。

- (オ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ハ及び同令附則第2条第7項に掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第2号ハ及び同令附則第2条第8項に掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号ハ及び同令附則第2条第5項に掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅱ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。
- (カ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。
- また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。
- (キ) 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」の単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。
- エ 「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものについては、公費でないものとみなして記載すること。
- オ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合はウの（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的一部負担金の額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。））を記載すること。ただし、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額（一部負担金）については、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含まない額とすること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であつて限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があつ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（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。）には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載すること。また、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設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的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。）と障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療との併用の場合（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。）には、

10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の2割相当（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該2割相当（「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合は、10円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないもの場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の額。特定疾患治療研究事業については食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）の額を記載すること。

(34) 「食事・生活」欄について

ア 「基準」の項には、入院時食事療養費に係る食事療養について算定した項目について次の略号を用いて記載すること。

Ⅰ（入院時食事療養Ⅰ）、Ⅱ（入院時食事療養Ⅱ）

イ 「基準」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養について1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別」の項の右の項に1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

ウ 「食堂」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養に係る食堂加算を算定した場合に、1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

エ 「環境」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

オ 「基準（生）」の項には、入院時生活療養費に係る生活療養について算定した項目を次の略号を用いて記載すること。

Ⅰ（入院時生活療養Ⅰ）、Ⅱ（入院時生活療養Ⅱ）

カ 「基準（生）」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養に係る1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別（生）」の項の右の項に1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

キ 後期高齢者医療に係る食事療養又は生活療養の内容が公費負担医療に係る食事療養又は生活療養の内容と異なる場合には、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

ク 月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合又は公費負担医療に係る食事療養の給付若しくは生活療養の給付の内容が医療保険（後期高齢者医療を除く。）と異なる場合は、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

(35) 「食事・生活療養」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る食事療養又は生活療養の食事の提供たる療養を行った回数及び当該食事療養又は生活療養に係る金額合計を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の金額合計は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る食事療養又は生活療養が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る「請求」の項の記載を省略して差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る請求金額が第1公費に係る請求金額と同じ場合は、第2公費に係る「請求」の項の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「0」と記載すること。

イ 「標準負担額」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（生活療養標準負担額を記載した場合には、生活療養の食事の提供たる療養に係る負担額と生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る負担額の内訳を「摘要」欄に記載すること。）を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の負担額は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る負担額が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る負担額が第1公費に係る負担額と同じ場合は、第2公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「0」と記載すること。

ウ 健康保険法施行令第42条第2項第4号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第4号に掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第15条第1項第4号及び同令附則第6条第1項に掲げる者の場合は、(35)のウの(エ)と同様とする。ただし、高齢者医療確保法施行令第15条第1項第4号に掲げる者のうち、同令第14条第5項に規定する老齢福祉年金の受給者であって、かつ、生活療養を受ける者の場合は、「摘要」欄に、「老福」と記載すること。

エ 健康保険法施行令第42条第2項第3号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第3号及び同令附則第2条第8項又は高齢者医療確保法施行令第15条第1項第3号及び同令附則第5条第1項に掲げる者の場合は、(35)のウの(オ)と同様とする。なお、入院日数が90日を超えた場合の特例の対象となる場合は、併せて「3月超」の字句を○で囲むこと。

(36) 「摘要」欄について

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

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

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

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

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

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

(37) 「公費分点数」欄について

「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る請求点数を記載することとするが、併用する公費負担医療に係る請求点数が「初診」欄から「入院」欄のすべてに係る請求点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格に変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が「点数」欄に係る給付と異なる場合は、併用する公費負担医療に係る請求点数が「点数」欄に係る請求点数と異なることとなるので、この場合には「公費分点数」欄に当該公費負担医療に係る請求点数を必ず記載すること。この場合において、「点数」欄に係る請求点数と異なる公費負担医療が2種以上あるときは、「公費分点数」欄を縦に区分し、左から順次「第1公費」、「第2公費」の順で当該公費に係る請求点数を記載すること。

ただし、「点数」欄に係る請求点数と第1公費又は第2公費の請求点数が同じ場合は、縦に区分すること及び当該第1公費又は第2公費の請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(38) その他

ア 3種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について

特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号順等によらず、次の記載要領によること。

(ア) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者自立支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

(イ) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。

(ウ) 生活保護法に係る診療実日数は「診療実日数」欄の「保険」の項に、感染症法による結

核患者の適正医療に係る分は「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

なお、感染症法による結核患者の適正医療又は障害者自立支援法に係る診療実日数が、生活保護法に係る診療実日数と同じ場合は、当該診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

(エ) 「初診」欄から「入院」欄には生活保護法に係る回数及び点数を記載すること。

(オ) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者自立支援法に係る請求点数を記載することとするが、生活保護法に係る請求点数と同じ請求点数の公費負担医療がある場合は、縦に2区分すること及び当該請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(カ) 生活保護法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

イ 医療保険と3種の公費負担医療の併用の者に係る記載要領の特例について

別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第1公費」とし、後順位の公費負担医療を順次「第2公費」、「第3公費」として、第3公費に係る公費負担者番号、受給者番号及び診療実日数を、「摘要」欄に「第3公費」と表示して、次の略称を用いて記載すること。また、第3公費に係る療養の給付の合計点数、負担金額、食事療養及び生活療養を行った日数及び当該療養に係る金額の合計額並びに標準負担額は、「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項をそれぞれ上下に区分し、上欄には第2公費に係る事項を、下欄には第3公費に係る事項を記載すること。

なお、4種以上の公費負担医療の併用の場合においても、これに準じて記載すること。

公3（公費負担者番号）、受（受給者番号）、実（診療実日数）

ウ 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載すること。

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

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

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

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

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

カ 患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、

「特記事項」欄に「第三」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

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

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

（イ） 「特記事項」欄に「薬治」と記載すること。

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

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

a 治験の依頼者の氏名及び連絡先

b 治験薬等の名称及び予定される効能効果

c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

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

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

a 治験責任医師の氏名及び連絡先

b 治験薬等の名称及び予定される効能効果

c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

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

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

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

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

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

（イ） 「特記事項」欄に「器治」と記載すること。

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

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

- a 治験の依頼者の氏名及び連絡先
- b 治験機械器具等の名称
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機械器具等を用いた手術又は処置が行われた日

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

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

- a 治験責任医師の氏名及び連絡先
- b 治験機械器具等の名称
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機械器具等を用いた手術又は処置が行われた日

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

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

ケ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第5号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

コ 地方社会保険事務局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

サ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。また、実施した検査、リハビリテーション又は精神科専門療法ごとに、「摘要」欄に「検選」、「リハ選」又は「精選」と記載し、併せて当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載すること。

シ 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がAであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。

ス 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証（適用区分がBであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。

セ 「低所得者の世帯」の限度額認定証（適用区分がCであるもの）又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が低所得であるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。

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

(39) 後期高齢者医療におけるその他

- ア 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に「長」と表示すること。ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。
- イ 介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合は「老併」と、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合は「老健」と「特記事項」欄に記載すること。
- なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と、介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。
- ウ 後期高齢者医療の対象者において、公費負担医療のみの場合は、「特記事項」欄に「後保」と表示すること。
- エ 高齢者医療確保法第28条第1項第2号等に基づく一部負担金を負担することとなる70歳以上の高齢者であって、平成18年8月から平成20年7月（高齢者医療確保法又は国民健康保険法以外における一部負担金の割合が3割となる者については、平成18年9月から平成20年8月）までの間、入院又は入院外（在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限る。）に係る一部負担金が、一般の世帯（現役並み所得者及び市町村民税非課税の世帯以外の世帯のことをいう。）と同額の自己負担額を超えた場合には、「特記事項」欄に「経過」と記載すること。
- オ その他は、(38)のア、イ及びオからサまでと同様であること。

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第1 診療報酬請求書（医科・歯科 入院・入院外併用）の記載要領（様式第1（1））

Ⅱの第1の例によること。

第2 診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載要領（様式第1（3））

1 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。

また、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成すること。なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りでないこと。

2 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

(例) 別記 社会保険庁長官
千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名、印」欄について

(1) 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、保険医療機関指定申請の際等に地方社会保険事務局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合には、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

(2) 印については、当該様式に、予め保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取り扱うこと。

また、保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名、印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「医療保険」欄について

(1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりであること。

(2) 「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「合計」欄の点数の合計を記載すること。

また、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載すること。

ただし、「一部負担金」欄は、船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料に係るものだけに限り記載すれば足りるものとする。なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

(3) 「①合計」欄には、「医保（七〇以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（七〇以上七割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（六歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

(4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「医保単独（七〇以

上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（2種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書については、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「区分」欄の「②計」欄には、「公費と医保の併用」欄の件数を合計して記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、生活保護法以外の公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「区分」欄の「③計」欄には、「公費単独」欄の件数を合計して記載すること。

9 公費負担医療のみで2種の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る分については、「備考」欄に公費負担医療制度ごとに制度の法別番号を記載し、それぞれについて、件数、点数及び控除額を合計して記載すること。

10 「総件数①+②+③」欄について

「①合計」、「②計」及び「③計」欄の請求件数を合計して記載すること。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合には「備考」欄に記載した件数を合計すること。

11 「明細書枚数①+②+③」欄について

「①合計」、「②計」及び「③計」欄の請求件数を合計した明細書の枚数を記載すること。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合には当該明細書の枚数を合計すること。

第2の2 診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要領(様式第8)

診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要領については、次に掲げる事項を除き、第1の例によること。なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えること。

1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄については、6の(2)と同様であること。この場合、6の(2)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料」とあるのは「高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づく一部負担金の減額」と読み替えること。
- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「後期高齢九割」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療(例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法)の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数(2種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。)を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書については、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。

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

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第3）

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとすること。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。
- (4) 所定点数を予め印刷しておき、算定回数が月に1回と限られた項目を算定した場合には、当該項目の略称を○で囲み、複数回算定できる項目を算定した場合には、算定した回数を記載することでも差し支えないこと。
- また、予め印刷する点数を乳幼児加算、障害者加算又は歯科訪問診療時加算の加算後の点数としても差し支えないが、この場合、「特記事項」欄に「50/100」と記載するか、予め印刷しておくこと。
- (5) 電子計算機の場合は、次によること。
- ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。
- また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えなく、記載しない欄については「×」を省略して差し支えないこと。
- イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。
- ウ 用紙下端の空白部分は、OCR処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。
- エ 電子計算機用のOCR関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成9年8月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。
- オ 記載する文字は、JISX0208において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

- (1) 「平成 年 月分」欄について
診療年月を記載すること。
- (2) 「都道府県番号」欄について
別添2の別表2「都道府県番号表」に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載すること。

(3) 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。

(4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

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

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。）	1 社・国
公費負担医療（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職者医療との併用の場合を除く。）	2 公費
後期高齢者医療	3 後期
退職者医療	4 退職

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

イ 「保険種別2」欄については、「保険種別1」欄のそれぞれについて、次の左の別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

単独	1 単独
1種の公費負担医療との併用	2 2併
2種以上の公費負担医療との併用	3 3併

（注）公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。）を含むこと。

ウ ア及びイについては、○で囲むことを省略しても差し支えないこと。

エ 「本人・家族」欄については、次の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。未就学者である患者は「4」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこと。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「2」、被保険者（その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。））は「6」を○で囲むこととし、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「2 本外」（若しくは「2 本」）、「4 六外」（若しくは「4 六」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外一」（若しくは「8 高一」）又は「0 高外7」（若しくは「0 高7」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

2 本人外来	2 本外
4 未就学者外来	4 六外
6 家族外来	6 家外
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得外来	8 高外一
0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来	0 高外7

オ 電子計算機の場合は、次のいずれかの方法によること。

（ア）当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

(イ) 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

(5) 「保険者番号」欄について

- ア 設定された保険者番号8桁（政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）については4桁、国民健康保険については6桁）を記載すること（別添2「設定要領」の第1を参照）。
- イ 政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）及び船員保険については、当該被保険者及び被扶養者の管轄地方社会保険事務局長と当該保険医療機関の管轄地方社会保険事務局長とが同一である場合（以下(5)において「自県分の場合」という。）には、記載を省略して差し支えないこと。
- ウ 日雇特例被保険者の保険については、自県分の場合は、頭初の2欄に法別番号を必ず記載し、他の記載は省略して差し支えないこと。
- エ 前記により、「保険者番号」欄の記載は、次表のとおりとなること。

区 分	自県分の場合	他県分の場合
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">法別 都道府県 保険者別 検証 番号 番号 番号 番号</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">法別 都道府県 保険者別 検証 番号 番号 番号 番号</p>
政府管掌健康保険 (日雇特例被保険者の保険を除く。)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">(省略して差し支えないこと)</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">(空欄)</p>
船員保険	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">(省略して差し支えないこと)</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div>
日雇特例被保険者の保険	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">(省略して差し支えないこと)</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div>
その他の健康保険 後期高齢者医療 退職者医療	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div>
国民健康保険	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div>

備考1 ○印のものは、必ず記載すること。

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

(6) 「給付割合」欄について

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

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

(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 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、船員保険被扶養者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。

また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。
イ 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「-」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。

また、当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を（ ）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（ ）を省略しても差し支えないこと。なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号・番号を記載すること。

(8) 「公費負担者番号」欄について

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

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

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

(9) 「公費負担医療の受給者番号」欄について

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

(10) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

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

ウ 生年月日は次によること。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載すること。

(イ) 電子計算機の場合は、元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」と記載すること。

(11) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、職務上の取扱いとなる場合のみ該当する番号を○で囲むこと。共済組合の船員組合員については、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲むこと。なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分についてはそれぞれ1枚、入院分については、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として1枚の明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載することも差し支えないこと。

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(12) 「特記事項」欄について

次に掲げるもののほかは、Ⅱの第3の2の(13)と同様とすること。

40	50/100	乳幼児加算（5歳未満）、障害者加算又は歯科訪問診療時の加算を算定している明細書の場合
----	--------	--

(13) 「届出」欄について

補綴物維持管理料の算定を選択している保険医療機関は、「補管」の字句を、在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている保険医療機関は、「歯援診」を、歯科外来診療環境体制加算の届出を行っている保険医療機関は、「外来環」を、齲蝕歯無痛の窩洞形成加算の届出を行っている保険医療機関は、「齲蝕無痛」を、歯周組織再生誘導手術の届出を行っている保険医療機関は、「GTR」をそれぞれ○で囲むこと。なお、電子計算機の場合、○に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないこと。以下、字句を○で囲む場合及び○付きの略号を使用する場合も同様であること。

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方社会保険事務局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいこと。

(15) 「傷病名部位」欄について

ア 病名を同じくする歯又は部位を単位として記載すること。

イ ブリッジの病名の記載に当たっては、部位は支台歯も含めた部位を、病名は欠損と記載し、支台歯を○で囲むこと。したがって、支台歯が齲蝕症等に罹患している場合には部位は重複して傷病名を記載すること。

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

ウ 歯冠修復により隙を補綴した場合は、当該歯冠修復歯に△を付記すること。

また、欠損でない1歯相当分の間隙のある場合に補綴を行った場合は、間隙を欠損とみなした傷病名とし、当該部位に△を記し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

エ 歯科矯正の病名の記載に当たっては、病名は主要な咬合異常の状態を記載し、併せて唇顎口蓋裂の裂型（顎変形症にあっては、頭蓋に対する上下顎骨の相対的位置関係の分類）等を記載すること。

オ 齲蝕多発傾向者の病名の記載に当たっては、病名はC管理中と記載し、歯冠修復治療を行った歯牙を記載すること。なお、歯式については、乳歯及び永久歯について、それぞれ記載すること。

カ 齲蝕に罹患している患者の指導管理に係る保険外併用療養費を支給する患者の病名の記載に当たっては、病名はC選療と記載すること。

キ 補綴物維持管理料を算定している保険医療機関において、補綴物維持管理料を算定した補綴物の再製作等（再装着、充填を含む。）を行う場合は、傷病名を「傷病名部位」欄に記載し、当該部位に対して補綴物維持管理料を算定した年月日及び補綴物の種類等を「摘要」欄に記載すること。

- ク 傷病名の記載に当たり、傷病名が当該欄に書ききれない場合は、「摘要」欄に記載すること。
- (16) 「診療開始日」欄について
- ア 当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載すること。ただし、「傷病名部位」欄が単一部分の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月中に治ゆ又は死亡したものについては、記載を省略しても差し支えないこと。
- イ 同月中に保険種別等の変更があった場合には、その変更があった日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。ただし、老人医療から後期高齢者医療への変更については、診療開始日の変更をしなくても差し支えないこと。
- ウ 同一の患者に対する診療継続中に、当該保険医療機関において、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該保険医療機関の診療内容の継続性が認められて継続して保険医療機関の指定を受けた場合を除き、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。
- (17) 「診療実日数」欄について
- ア 括弧外、括弧内及び「摘要」欄に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第1公費及び第2公費に係る診療実日数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の診療実日数は、括弧内に記載すること。ただし、第1公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る診療実日数を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る診療実日数が第1公費に係る診療実日数と同じ場合は、第2公費に係る診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。
- イ 入院外分については、診療を行った日数（開放型病院共同指導（I）を行った日数を含む。）を記載すること。
- ウ 電話等再診の実日数は1日として数えること。なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。
- エ 同一日に初診及び再診（電話等再診を含む。）が2回以上行われた場合の実日数は1日として数えること。なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。
- オ (16)のアのただし書の場合、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、この場合においても、診療実日数は記載すること。
- カ 同一日に複数科を受診した場合の初診料・再診料を算定しない科に係る診療実日数については、初診料・再診料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載すること。
- キ 傷病手当金意見書交付料、訪問歯科衛生指導料等同一日に歯科医師の診療が行われない場合は、実日数として数えないこと。
- (18) 「転帰」欄について
- 治ゆした場合には「治ゆ」の字句を、死亡した場合には「死亡」の字句を、中止又は転医の場合には「中止」の字句をそれぞれ○で囲むこと。
- (19) 「初診」欄について
- ア 診療時間内の初診の場合には点数のみを記載し、時間外、休日又は深夜の場合は該当文字を○で囲み当該加算点数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の間外加算と同様に記載し、「時間外」の字句の上に「特」と表示すること。また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に「特」と表示し、点数を記載することとして差し支えないこと。以下、字句の上に略号を記載する場合について同様であること。

イ 電子化加算を算定した場合は、初診料と当該加算を加算した合計点数を記載し、「摘要」欄に ㊦ と表示すること。

ウ 初診時において乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、障害者加算、初診時歯科診療導入加算又は歯科外来診療環境体制加算を算定した場合は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「障」、「障導」又は「外来環」の項に当該加算点数を記載すること。

(20) 「再診」欄について

ア 再診があった場合には「再診」の項に点数及び回数を記載すること。なお、同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合には、「摘要」欄にその旨を記載すること。なお、電子計算機の場合は、その旨を「摘要」欄に記載することとして差し支えないこと。以下、余白に記載する場合について同様であること。

イ 時間外、休日又は深夜の場合は、該当文字を○で囲み、当該加算点数及び回数を記載すること。

また、時間外加算の特例を算定した場合は、通常的时间外加算と同様に記載し、「時間外」の字句の上に ㊦ と表示すること。

ウ 乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算又は障害者加算を算定した場合は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」又は「障」の項に当該加算点数及び回数を記載すること。なお、月の途中から乳幼児加算等を算定しなくなった場合は、「摘要」欄にその旨を記載すること。

(21) 「管理」欄について

ア 歯科疾患管理料を算定した場合には、「歯管」の項に所定点数を記載すること。

また、歯科疾患管理料に係る機械的歯面清掃加算を算定した場合においては、「歯清」の項に当該加算点数を記載するとともに、歯科疾患管理料におけるフッ化物局所応用加算については「F局」の項に当該加算点数を、フッ化物洗口指導加算については「F洗」の項に当該加算点数を記載すること。なお、機械的歯面清掃加算の算定が2回目以降の場合においては、「摘要」欄にその旨を記載するとともに、前回行った機械的歯面清掃の月を記載すること。

イ 歯科疾患管理料を算定した患者であって、治療計画に基づく一連の治療が終了した日から起算して2月を超えた場合に、当該患者に対し再度、歯科疾患管理料を算定する場合は、「摘要」欄に当該患者の前回治療終了年月日を記載すること。

ウ 歯科衛生実地指導料を算定した場合には、「衛実」の項に所定点数を記載すること。

エ 新製有床義歯管理料、有床義歯管理料又は有床義歯長期管理料を算定した場合には、「義管」の項にそれぞれの所定点数を記載し、咬合機能回復が困難な者に対する加算を算定した場合は、「+」の項に加算点数を記載すること。ただし、新製有床義歯管理料の算定が、当該義歯の装着した月の翌月である場合は、「摘要」欄に新製した有床義歯の装着部位及び月日を記載すること。

また、有床義歯管理料を算定した月と同月に新製有床義歯管理料又は有床義歯長期管理料を算定する場合は、「摘要」欄に新製有床義歯を装着した月日を記載すること。

オ 歯科治療総合医療管理料を算定した場合には、「医管」の項に、点数を記載すること。なお、算定に当たっては、主病に係る治療を行っている紹介元の保険医療機関の名称を「摘要」欄に記載すること。

(22) 「投薬・注射」欄について

ア 内服薬を投与した場合は「内」の文字を、屯服薬を投与した場合は「屯」の文字を、外用薬を投与した場合は「外」の文字を、注射を行った場合は「注」の文字を、それぞれ○で囲み、使用薬剤の点数及び単位数又は回数を記載することとするが、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、使用薬剤の点数及び単位数又は回数は「摘要」欄に記載しても差し支えないこと。

また、皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合は、「注」欄に点数及び回数をそれぞれ記載し、その他の注射を行った場合は、全体の「その他」欄に注射の種類、点数及び回数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に注射の種別、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「投薬・注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。

イ 血漿成分製剤加算を算定した場合は、加算点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に **血漿** と表示して、1回目の注射の実施日を記載すること。

ウ 調剤料は、内服、屯服又は外用ごとに「調」の項にそれぞれ点数及び回数を記載し、「処方」の項は処方せんを交付しない場合において処方の点数及び回数を記載すること。

エ 使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL又はmg等）及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、投薬にあつては薬剤料に掲げる所定単位の、注射のうち皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈注射であつ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・使用量等を記載する必要はないものとする。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。

オ 入院患者に対し退院時に投薬を行った場合には、「退院時 日分投薬」と余白に記載すること。

カ 調剤技術基本料を算定する場合は、全体の「その他」欄に「調基」と表示して点数を記載すること。なお、院内製剤加算を算定した場合は、**院** を表示して当該加算後の点数を記載すること。

キ 7種類以上の内服薬の投薬に係る処方せんを発行した場合は、余白に「処方せん」と表示して「処」欄にその点数及び回数を、その他の場合には、「処」欄にその点数及び回数を記載すること。

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

ケ 常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄に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所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に **減** と表示すること。

コ 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（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、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「摘要」欄に記載すること。

- 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。
- サ 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合は、当該長期投与の理由を「摘要」欄に記載すること。
- シ 無菌製剤処理料の「1」又は「2」を算定した場合は、それぞれ「菌1」又は「菌2」と表示するとともに、算定回数を記載すること。
- ス 処方料又は処方せん料において、乳幼児加算を算定した場合は、それぞれの「+ ×」欄にその加算点数及び回数を記載すること。
- セ 薬剤情報提供料を算定した場合は、「情」の項に点数及び回数を記載することとするが、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、点数及び回数は「摘要」欄に記載しても差し支えないこと。
- ソ 後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載すること。
- タ 注射に当たって特定保険医療材料を使用した場合は、(24)のナの(ウ)の例により全体の「その他」欄に記載すること。
- チ 特定疾患処方管理加算を算定した場合は、疾患名、加算点数及び回数を全体の「その他」欄に記載し、処方期間が28日以上の場合は「特処方」、それ以外の場合は「特処」と表示すること。
- ツ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のウの例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。
- テ 外来化学療法加算を算定した場合は、当該点数を加算した点数を記載し、「摘要」欄に外来化学療法1を算定した場合は「化1」を、外来化学療法加算2を算定した場合は「化2」を表示するとともに、算定回数を記載すること。

(23) 「X線・検査」欄について

- ア 全顎撮影を行った場合は「全顎」の項にフィルム使用枚数及びその合計点数を記載し、全顎撮影以外で標準型フィルムを使用して撮影を行った場合は「標」の項のうち所定点数を算定した場合は左欄に、症状の確認を行った場合は右欄にそれぞれ点数及び回数を記載し、パノラマX線撮影を行った「パ」の項のうちオルソパントモ型フィルムであって、15センチメートル×30センチメートルの場合は左欄に、20.3センチメートル×30.5センチメートルの場合は右欄にそれぞれの点数及び回数を記載すること。
- イ スタディモデルは「模」の項に点数及び回数を記載すること。
- ウ カラー写真等により、歯周疾患の状態を患者に示した場合は、「写」の項に所定点数及び枚数を記載すること。
- エ 電氣的根管長測定検査は、「EMR」の項にそれぞれ左から単根管、2根管、3根管、4根管の順に所定点数及び回数を記載すること。
- オ 歯内療法における細菌簡易培養検査は「S培」の項に、所定点数及び回数を記載すること。
- カ 顎運動関連検査を算定した場合は、「顎運動」の欄に所定点数を記載すること。
- キ ブリッジにおける平行測定は、「平測」の項のうち、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合は上欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合は下欄に、それぞれの点数及び回数を記載すること。
- ク 歯周組織検査における歯周基本検査及び歯周精密検査を算定した場合には、それぞれ「基本検査」欄及び「精密検査」欄のうち、左欄の上から1歯以上10歯未満、10歯以上20歯未満、20

歯以上の順にそれぞれ所定点数及び回数を記載し、歯周組織検査を2回以上行った場合、2回目以後の点数はそれぞれ該当する検査欄のうち右欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた所定点数及び回数を、下段に2回以上行った場合の2回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載することとして差し支えないこと。

ケ 「その他」欄について

- (ア) 標準型以外のフィルムを使用して撮影を行った場合は、使用フィルムの種類、点数及び回数を、診断のみの場合は点数及び回数をそれぞれ記載すること。その他の画像診断については、画像診断の種類、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。
- (イ) 画像診断管理加算を算定した場合は、画診加と表示し所定点数を記載すること。
- (ウ) 遠隔画像診断を行った場合は、遠画診と表示し所定点数を記載すること。
- (エ) 新生児又は3歳未満の乳幼児加算を算定した場合は、(ア)にかかわらず画像診断の種類、当該加算後の点数及び回数を記載すること。
- (オ) 記載の欄が示されていない各種の検査は、当該欄に名称、点数及び回数を記載すること。検査に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。
- (カ) デジタル映像化処理加算を算定した場合は、歯科エックス線撮影の場合は「デ」、歯科パノラマ断層撮影の場合は「パデ」、その他の場合は「他デ」と表示し、それぞれ加算点数を加算した所定点数及び回数を記載すること。
- (キ) 電子画像管理加算を算定した場合は、歯科エックス線撮影の場合は「電」、歯科パノラマ断層撮影の場合は「パ電」、その他の場合は「他電」と表示し、それぞれ加算点数を加算した所定点数及び回数を記載すること。
- (ク) 基本的エックス線診断料を算定した場合は、「基エ」と表示し、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

- (ケ) 顎運動関連検査を算定する場合は、実施した検査名を記載すること。
 - (コ) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、合計点数のみを「その他」欄に記載し、それ以外は「摘要」欄に記載することとして差し支えないこと。以下「その他」欄において同様とすること。
- (24) 「処置・手術」欄について
- ア 齲蝕処置は、「う蝕」欄に所定点数及び回数を記載すること。
 - イ 歯髄覆罩のうち、非侵襲性歯髄覆罩を行った場合は、「覆罩」欄の左欄に、直接歯髄覆罩を行った場合は「覆罩」欄の中欄に、間接歯髄覆罩を行った場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。なお、非侵襲性歯髄覆罩及び直接歯髄覆罩を行った場合においては、それぞれの処置を行った年月日を「摘要」欄に記載すること。
 - ウ 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置は「填塞」欄に材料料を合算した点数及び回数を記載すること。
 - エ 歯冠修復物又は補綴物の除去のうち簡単なものを行った場合は「除去」欄の左欄に、困難なものを行った場合は中欄に、根管ポストを有する鑄造体の除去を行った場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。
 - オ 知覚過敏処置は「知覚過敏」欄のうち3歯までの場合は左欄に、4歯以上の場合は右欄にそ

それぞれの所定点数及び回数を記載すること。

カ 歯周疾患において咬合調整を行った場合は、1歯から10歯の場合は「咬調」欄の左欄に、10歯以上の場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

キ 抜髄は、「抜髄」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に所定点数及び回数を記載すること。

また、非侵襲性歯髄覆罩を行った日から起算して3月以内又は直接歯髄覆罩を行った日から起算して1月以内に実施した場合は、「その他」欄にそれぞれ抜非、抜直と表示して、算定する点数及び回数を記載すること。

ク 感染根管処置は「感染根処」欄に、根管貼薬処置は「根管貼薬」欄に、根管充填は「根充」欄に、それぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に所定点数及び回数を記載すること。なお、抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合又は抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合は、「摘要」欄にその旨及び根管拡大又は根管貼薬を行った歯の部位を記載すること。

ケ 抜髄及び根管充填を同時に行った場合は、「抜髄即充」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に、抜髄の所定点数及び根管充填の所定点数を合算した点数及び回数を記載すること。

コ 感染根管処置と根管充填を同時に行った場合は、「感根即充」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に、各所定点数の合算点数及び回数を記載すること。

サ 加圧根管充填加算については、「加圧根充」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に、加算点数及び回数を記載すること。

シ 生活歯髄切断は、「生切」の項の上欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、乳歯及び永久歯の歯根完成期以前の歯髄の場合には、所定点数と加算点数を合計した点数及び回数を下欄に記載すること。

ス 失活歯髄切断は、「失切」の項に所定点数及び回数を記載すること。

セ 歯周基本治療におけるスケーリングは、「スケーリング」欄に所定点数及び回数を記載し、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、「+ ×」欄に3分の1顎を増すごとの加算点数及び回数を記載すること。

また、2回目以降は右欄に100分の30に相当する点数及び回数を記載し、同時に3分の1顎を超えて行う場合は「+ ×」欄に3分の1顎を増すごとの加算点数の100分の30に相当する点数及び回数を記載すること。

ソ 歯周疾患処置は、「P処」欄に点数及び回数を記載すること。

また、「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においては、部位のみの記載でよいこと。

タ 歯周基本治療におけるスケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）は、それぞれ「SRP」欄及び「PCur」欄のうち、「前」欄に前歯、「小」欄に小臼歯、「大」欄に大臼歯の順に所定点数及び回数を記載し、同一部位に対して2回以上歯周基本治療を行った場合は、2回目以降は右欄に前歯、小臼歯及び大臼歯の順に100分の30に相当する点数及び回数を記載すること。

チ 歯周安定期治療を算定した場合は、「SPT」欄に所定点数を記載すること。

ツ 各種膿瘍の切開を行った場合は、「切開」欄に点数及び回数を記載すること。

テ 抜歯は「抜歯」欄のうち乳歯は「乳」欄に、前歯は「前」欄に、臼歯は「臼」欄に、難抜歯

ネ 広範囲の顎骨骨髓炎の手術として抜歯を行い口腔内消炎手術の算定を行う場合は、「摘要」欄にその旨及び抜歯した歯の部位を記載すること。

ノ 歯の再植術又は歯の移植術を行った場合は、所定点数及び回数を記載すること。なお、「摘要」欄に、歯の再植術を行った歯の部位、再植を行うに至った理由を併せて記載すること。

(25) 「麻酔」欄について

ア 伝達麻酔は「伝麻」欄に、浸潤麻酔又は圧迫麻酔は「浸麻」欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

イ 未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児（1歳以上3歳未満）加算、乳幼児（5歳未満）加算又は障害者加算等を算定する麻酔を行った場合は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載すること。

ウ 「その他」欄について

(ア) 区分「K100」により麻酔薬剤を請求する場合はその医薬品名、点数及び回数を記載すること。

(イ) 吸入鎮静法については、「IS」と記載し、所定点数及び回数を記載すること。なお、使用麻酔薬名、使用量及び点数を記載すること。

また、使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方社会保険事務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）を記載すること。なお、酸素の費用に係る請求については、Ⅱの第3の2(26)のウのgと同様とすること。

(ウ) 静脈内鎮静法については、「鎮静」と記載し、所定点数及び回数を記載すること。なお、使用薬剤名、使用量及び点数を記載すること。

(エ) 伝達麻酔、浸潤麻酔、圧迫麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔については、その麻酔名、点数、回数及び使用麻酔薬名、使用量、点数を記載すること。

(オ) 診療時間以外、休日又は深夜加算等を算定する麻酔料については、その内容、点数及び回数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合も同様に、その内容、点数及び回数を記載すること。

(26) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ア 各欄に点数を記載する場合、技術料及び材料料を合算した点数（乳幼児加算又は障害者加算等を算定した場合は、当該加算点数を更に合算した点数）及び回数を記載すること。ただし、有床義歯、床裏装、床修理については、技術料、材料料及び装着料を合算した点数及び回数を記載すること。

また、充填については、技術料と充填材料料を別欄に記載すること。なお、装着材料料については「装着材料」欄に、人工歯料については「人工歯」欄に点数及び回数を記載すること。

イ 補綴時診断料は、「補診」欄に所定点数を記載すること。

ウ 補綴物維持管理料については、「維持管理」欄の左から単冠、支台歯及びポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下のブリッジ、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上のブリッジの順にそれぞれ所定点数及び回数を記載すること。

エ 「印象」欄について

支台築造印象及び印象採得を行った場合は、それぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載すること。

オ 咬合採得を行った場合は、「咬合」欄にそれぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載する

こと。

カ 仮床試適及びワンピースキャストブリッジの試適を行った場合は、「試適」欄にそれぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載すること。

キ 「歯冠形成」欄について

(ア) 生活歯冠形成については、「(生活)」の項のうち、前装鑄造冠及び前歯部の4分の3冠の場合は「前鑄ジ」の項の上欄に、その他の鑄造冠及びジャケット冠の場合は「前鑄ジ」の項の下欄に、乳歯冠の場合は「乳」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

(イ) 失活歯冠形成については、「(失活)」の項のうち、前装鑄造冠及び前歯部の4分の3冠の場合は「前鑄ジ」の項の上欄に、その他の鑄造冠及びジャケット冠の場合は「前鑄ジ」の項の下欄に、乳歯冠の場合は「乳」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

また、前装鑄造冠、鑄造冠及びジャケット冠の場合において、メタルコアにより支台築造した歯に対するものの加算については、「+ ×」の項にその加算点数及び回数を記載すること。

(ウ) 窩洞形成については、「(窩洞)」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは中欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

また、齶蝕歯無痛的窩洞形成加算を算定した場合は、下欄に点数及び回数を記載すること。

(エ) 齶蝕歯即時充填形成を行った場合は、「充填」の項の上欄に点数及び回数を記載すること。

また、齶蝕歯無痛的窩洞形成加算を算定した場合は、下欄に点数及び回数を記載すること。

(オ) 齶蝕歯インレー修復形成を行った場合は、「修形」の項に点数及び回数を記載すること。

ク 「充填」欄について

(ア) 充填に係る技術料（金属小釘を除く。）については、単純なものは左欄に、複雑なものは右欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

(イ) 充填に際して「充填材料」欄には、歯科用充填材料Ⅰを用いた場合は「充Ⅰ」の項に、歯科用充填材料Ⅱを用いた場合は「充Ⅱ」の項に、歯科用充填材料Ⅲを用いた場合は「充Ⅲ」の項に、それ以外の材料を用いた場合には「その他」の項に、それぞれ使用した材料の名称又はその略称、充填材料の点数及び回数を記載すること。

ケ 「支台築造」欄について

(ア) 支台築造のうちメタルコアを行った場合は、小臼歯及び前歯については「メタル」の項の「前小」欄に、大臼歯については「メタル」の項の「大」欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

(イ) その他の支台築造を行った場合は、小臼歯及び前歯については「その他」の項の「前小」欄に、大臼歯については「その他」の項の「大」欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

コ 「リテイナー」欄について

「リテイナー」欄については、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合には左欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合には右欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

サ 「鑄造歯冠修復」欄について

- (ア) 乳歯、前歯及び小臼歯を銀合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「乳前小銀」欄の左からインレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠、5分の4冠、全部鑄造冠及び前装鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。
 - (イ) 前歯及び小臼歯を鑄造用金銀パラジウム合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「前小パ」欄の左からインレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠、5分の4冠、全部鑄造冠及び前装鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。
 - (ウ) 前歯及び小臼歯を鑄造用ニッケルクロム合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「前小二」欄の左からインレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠、5分の4冠、全部鑄造冠及び前装鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。
 - (エ) 大臼歯を鑄造用金銀パラジウム合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「大パ」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5分の4冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び全部鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。
 - (オ) 大臼歯を鑄造用銀合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「大銀」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5分の4冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び全部鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。
 - (カ) 大臼歯を鑄造用ニッケルクロム合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「大二」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5分の4冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び全部鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。
 - (キ) 歯科鑄造用14カラット金合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「14K」欄の左から、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠、接着冠の順に点数及び回数を記載すること。
 - (ク) 可動性連結装置を行った場合は、当該装置を装着した歯牙に対する鑄造歯冠修復の記入欄に、(ア)とは別に点数及び回数を記載すること。
 - (ケ) 装着材料については、「装着材料」欄に点数及び回数を記載すること。
- シ 「仮着」欄について
- ワンピースキャストブリッジの仮着については、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合には右欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。
- ス テンポラリークラウンを算定した場合は、「TEK」欄に点数及び回数を記載すること。
- セ 「ジ」欄、「硬ジ」欄及び「乳」欄について
- (ア) ジャケット冠については、「ジ」欄に人工歯料を除いた点数及び回数を記載すること。
 - (イ) 硬質レジンジャケット冠については、「硬ジ」欄の左欄に光重合硬質レジンのもの、右欄に加熱重合硬質レジンのものの順にそれぞれ点数及び回数を記載すること。
 - (ウ) 乳歯金属冠を行った場合は、「乳」欄に点数及び回数を記載すること。
- ソ 「ポンティック」欄について
- (ア) 鑄造ポンティック（ダミー）については「鑄造」の欄のうち、大臼歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ大」の項に、小臼歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ小」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」の項に、銀合金を用いて製作した場合は「銀」の項に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。
 - (イ) 裏装ポンティック（ダミー）については、「裏装」の欄のうち、金銀パラジウム合金の前歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作を行った場合は「パ前」の項に、小

臼歯に対して金銀パラジウム合金を用いて製作を行った場合は「パ小」の項に、歯科鑄造用14カラット金合金を用いて製作した場合は「14K」の項に、その他の合金及び金属裏装を行わない場合については「他」の項に、それぞれ人工歯料を除いた点数及び回数を記載すること。

(ウ) 前装鑄造ポンティック（ダミー）については「前装」欄のうち、鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」の項に、銀合金を用いて製作した場合は「銀」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

タ 「Br装着」欄について

ブリッジを装着した場合の装着料については「Br装着」欄のうち、その他のブリッジについては上欄に、ワンピースキャストブリッジについては支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合は中欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

チ 「装着」欄について

歯冠修復物を装着した場合は、点数及び回数を記載すること。

ツ 「有床義歯」欄について

有床義歯については、該当する項に点数及び床数を記載すること。

テ 「床裏装」欄について

有床義歯床裏装を行った場合については該当する項に点数及び床数を記載すること。

ト 「床修理」欄について

有床義歯の修理を行った場合は、1～8歯欠損の場合は上欄に、9～14歯の場合は中欄に、総義歯の場合は下欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。

ナ 「人工歯」欄について

人工歯料については、点数及び回数を記載すること。なお、電子計算機の場合、「人工歯」欄の記載に当たっては、上欄左から右へ、書ききれないときは中欄及び下欄へ順次、点数及び回数を記載すること。

ニ 「バー」欄について

鑄造バーについては「鑄」欄のうち、鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」の項にそれぞれ点数及び回数を記載すること。屈曲バーについては「屈曲」欄のうち、パラタルバーを製作した場合は「パ上」の項に、屈曲バーのリングルバーを製作した場合は「下」の項に、不銹鋼及び特殊鋼による屈曲バーを製作した場合は「不特」の項に、保持装置を使用した場合は「保」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

ヌ 「鑄造鉤」欄について

(ア) 歯科鑄造用14カラット金合金による鑄造鉤を製作した場合は「14K」欄に、鑄造用金銀パラジウム合金で製作した場合は「パ」欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

(イ) 前(ア)の場合の「14K」欄及び「パ」欄は、上から大・小臼歯の双歯鉤、犬歯・小臼歯の双歯鉤、大臼歯の両翼鉤（レスト付き）、犬歯・小臼歯の両翼鉤（レスト付き）、前歯（切歯）の両翼鉤（レスト付き）を記載すること。

(ウ) 鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」欄に点数及び回数を記載すること。

- (エ) 前(ウ)の場合の「ニ」欄は、双歯鉤の場合は上欄に記載し、両翼鉤（レスト付き）の場合は下欄に記載すること。
- ネ 「線鉤」欄について
- (ア) 歯科用14カラット金合金鉤用線を用いて製作した場合は「14K」欄に、不銹鋼及び特殊鋼を用いて製作した場合は「不・特」欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。
- (イ) 前(ア)の場合の「14K」欄は、双歯鉤の場合は上欄に記載し、両翼鉤（レスト付き）の場合は下欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。
- (ウ) 前(ア)の場合の「不・特」欄は、双歯鉤の場合は上欄に、両翼鉤（レスト付き）の場合は左下欄に記載し、両翼鉤（レスト無し）の場合は右上欄に、フック、スパーの場合は右下欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。
- ノ 「修理」欄について
- 有床義歯修理及び有床義歯床裏装以外の修理を行った場合は、点数及び回数を記載すること。
- ハ 「その他」欄について
- (ア) 熱可塑性樹脂有床義歯等記載の欄が示されていない各種の歯冠修復及び欠損補綴は当該欄に、それぞれ名称、部位、点数及び回数を記載すること。
- (イ) 歯科訪問診療時に周辺装置加算を算定した場合は、エアータービン及びその周辺装置は **タービン** と、歯科用電気エンジン及びその周辺装置は **エンジン** と表示し、それぞれ点数及び回数を記載すること。なお、同日に周辺装置を使用する処置又は手術を行った場合に当該処置若しくは手術が主たるものであるときは「処置・手術」欄の「その他」欄にのみ **タービン** 又は **エンジン** と記載すること。
- (ウ) 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は、有床義歯修理の点数の100分の50に相当する点数と装着料を合算した点数を記載すること。なお、請求時に新たに製作した有床義歯の装着年月日を併せて記載すること。
- (エ) 充填に際し金属小釘を使用した場合は、**釘** と記載し点数及び回数を記載すること。
- (オ) 脱離又は修理したブリッジを再装着した場合の装着料は、その他のブリッジ、ワンピースキャストブリッジについては支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合に分けて、**Br再装** と表示し、部位、点数及び回数を記載すること。
- (カ) 脱離した歯冠修復物の再装着を行った場合は、**再装** と表示し、部位、点数及び回数を記載すること。
- (キ) 接着ブリッジ支台歯に係る歯冠形成又は鑄造歯冠修復を算定した場合は、当該支台歯の部位と接着冠を記載すること。
- (27) 全体の「その他」欄について
- ア 在宅医療、リハビリテーション、入院等については、診療行為、点数及び回数を記載すること。
- イ 開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した場合は、**開Ⅰ** 又は **開Ⅱ** と表示し、回数及び合計点数を記載し、開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定した場合は入院日を「摘要」欄に記載すること。
- ウ 歯科訪問診療1又は2を算定した場合は、点数及び回数を記載すること。緊急、夜間若しくは深夜加算、患家診療時間加算、障害者加算、初診時歯科診療導入加算、在宅患者等急性歯科

疾患対応加算又は地域医療連携体制加算がある場合は、その旨、当該加算を加算した点数及び回数を記載すること。なお、「摘要」欄には、訪問診療を行った日付、実施時刻（開始時刻と終了時刻）、訪問先及び通院困難となった理由を記載すること。

また、複数の患者に歯科訪問診療2を算定した場合は、1人目の患者に限り「1人目」と記載すること。

- エ 訪問歯科衛生指導料を算定した場合は、複雑なもの及び簡単なものを区分し、それぞれ点数及び回数を記載し、「摘要」欄に日付、訪問先、通院が困難な理由、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載すること。なお、訪問歯科衛生指導料を算定した月と同一月に歯科訪問診療料の算定がない場合には、直近の歯科訪問診療を行った月日を記載すること。
- オ 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する場合は、「簡単」、「困難」、「著しく困難」又は「複雑」等の区別を記載すること。
- カ 歯科矯正における帯環及びダイレクトボンドブラケット並びに可撤式装置及び固定式装置は、各々の所定点数と装着料を合算した点数により記載すること。
- キ 歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定する場合は、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又は顎口腔機能診断料を算定した年月日を記載すること。
- ク 歯科矯正管理料を算定する場合は、歯科矯正管理料を算定した年月日と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。
- ケ 予測模型を算定する場合は、予測歯数を記載すること。
- コ 動的処置を算定する場合は、動的処置を算定した年月日と動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日及び同一月内における算定の回数を記載すること。
- サ マルチブラケット装置を算定する場合は、ステップ名及びそのステップにおける回数を記載すること。
- シ 装置を撤去した場合は、撤去の費用が算定できない場合であっても、撤去した装置の名称を記載すること。
- ス 特定保険医療材料を算定する場合において、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ときには、特定保険医療材料に掲げる名称を記載すること。
- セ 診療情報提供料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した場合は「情Ⅰ」又は「情Ⅱ」と表示して、点数を記載し、「摘要」欄にその算定日を記載すること。なお、診療情報提供料（Ⅰ）の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」欄に退院日を記載するとともに、併せて「情Ⅰ加」と表示すること。
- また、保険医療機関以外の機関へ情報提供を行った場合は、「摘要」欄にその情報提供先を記載すること。
- ソ 歯科特定疾患療養管理料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、手術前医学管理料、手術後医学管理料、開放型病院共同指導料、退院前訪問指導料、薬剤管理指導料、診療情報提供料及び傷病手当金意見書交付料を算定した場合は、全体の「その他」欄に当該項目及び点数を記載すること。
- タ 歯科特定疾患療養管理料を算定した場合は、「特疾」と表示して点数を記載すること。共同療養指導計画加算を算定した場合は、「共計」と表示して点数を記載し、併せて「摘要」欄に共同療養指導計画を共同して策定した保険医療機関及び主治の医師の氏名を記載すること。