

情報提供料のみにより算定する。

5 保険医療機関（介護老人保健施設と同一敷地内にある保険医療機関その他これに準ずる保険医療機関（以下この表において「併設保険医療機関」という。）を除く。）が、介護老人保健施設に入所している患者の同意を得て、当該介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書により当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

6 保険医療機関が、痴呆状態にある患者の診断に基づき老人性痴呆疾患センターでの鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性痴呆疾患センターに対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

B011 診療情報提供料(C) 500点

注1 病院である保険医療機関が、患者の退院に際して、患者の同意を得て、診療所である保険医療機関又は精神障害者社会復帰施設等若しくは介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

2 許可病床数が200床以上の病院である保険医療機関が、診療所である保険医療機関又は精神障害者社会復帰施設等若しくは介護老人保健施設に対して患者の紹介を行った場合は、所定点数に更に20点を加算する。

B011-2 診療情報提供料(D) 520点

注 地域医療支援病院又は特定機能病院である保険医療機関が、診療に基づき、診療所である保険医療機関又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

B011-3 薬剤情報提供料 10点

注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。

2 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない。

B012 傷病手当金意見書交付料 100点

注 健康保険法第45条の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。

B013 療養費同意書交付料 100点

注 健康保険法第44条ノ2の規定による療養費（柔道整復以外の施術に係るものに限る。）に係る同意書を交付した場合に算定する。

第2部 在宅医療

通則

- 1 在宅医療の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 在宅療養指導管理に当たって患者に対して薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 在宅療養指導管理に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前2号により算定した点数及び第4節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 第1節又は第2節に掲げられていない在宅医療であって特殊な在宅医療の在宅患者診療・指導料又は在宅療養指導管理料は、第1節又は第2節に掲げられている在宅医療のうちで最も近似する在宅医療の各区分の所定点数により算定する。

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000 往診料 650点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診については、100分の50に相当する点数を、夜間（深夜を除く。）の往診については所定点数の100分の100に相当する点数を、深夜の往診については所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。
- 2 患家における診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に100点を加算する。
- 3 患家において死亡診断を行った場合は、200点を加算する。
- 4 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。
- 5 往診に要した交通費は、患家の負担とする。

C001 在宅患者訪問診療料（1日につき） 830点

- 注1 居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に週3回を限度（末期の悪性腫瘍の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び区分番号C000に掲げる往診料は算定しない。
- 2 保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合は、注1の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。
- 3 患家における診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に100点を加算する。
- 4 在宅で死亡した者について1月以上にわたりターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に1,200点を加算する。
- 5 患家において死亡診断を行った場合は、200点を加算する。
- 6 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。
- 7 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療の費用は算定しない。
- 8 訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

C002 在宅時医学管理料 3,360点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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において、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に週1回程度以上の定期的な訪問診療を行っている場合であって、患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合に、月1回に限り算定する。
- 2 在宅時医学管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用は所定点数に含まれるものとする。

C003 在宅末期医療総合診療料（1日につき）

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,495点
- 2 1以外の場合 1,685点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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において、居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。

- 2 患家において死亡診断を行った場合は、200点を加算する。
- 3 注2に規定する加算及び特に規定するものを除き、診療に係る費用は、在宅末期医療総合診療料に含まれるものとする。
- 4 在宅末期医療総合診療に要した交通費は、患家の負担とする。

C004 救急搬送診療料 650点

- 注1 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。
- 2 6歳未満の乳幼児に対して当該診療を行った場合は、所定点数に150点を加算する。

C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）

- 1 保健師、助産師又は看護師による場合
 - イ 週3日目まで 530点
 - ロ 週4日目以降 630点
- 2 准看護師による場合
 - イ 週3日目まで 480点
 - ロ 週4日目以降 580点

注1 保険医療機関が、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、週3日を限度（保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護指導を行う必要を認め、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行う場合は、当該診療の日から14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日を限度（1月に1回に限る。））とする。

- 2 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は14日を限度として所定点数を算定する患者に対して、主治医が必要と認めて、1日に2回以上訪問看護・指導を実施した場合は、所定点数に250点を加算する。
- 3 在宅で死亡した患者について、1か月以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、その死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は、所定点数に1,200点を加算する。
- 4 在宅患者訪問看護・指導に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上訪問看護を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。
- 5 在宅患者訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C006 在宅訪問リハビリテーション指導管理料 530点

- 注1 居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士又は作業療法士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき週3回に限り算定する。
- 2 在宅訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患家の負担とする。

C007 訪問看護指示料 300点

- 注1 患者の主治医（保険医療機関の保険医に限る。）が診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第44条ノ4第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て当該患

者の選定する訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

- 2 患者の主治医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、患者1人につき月1回に限り、所定点数に100点を加算する。

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 550点

注1 居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料 530点

注1 居宅において療養を行っている通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導を行った場合は、月2回に限り算定する。

2 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。

第2節 在宅療養指導管理料

1 本節各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定し、同一の患者に対して1月以内に指導管理を2回以上行った場合においては、第1回の指導管理を行ったときに算定する。

2 同一の患者に対して区分番号C101から区分番号C112までに掲げる在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。ただし、各区分の注に規定する加算はそれぞれ算定する。

3 入院中の患者に対して退院時に本節各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定できる。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理（当該退院した日の属する月に行ったものに限る。）の費用は算定しない。

4 区分番号C101からC112までに掲げる各区分の注に規定する加算（保険医療材料の使用を算定要件とするものに限る。）については当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第4節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。

区分

C100 退院前在宅療養指導管理料 120点

注 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定する。

C101 在宅自己注射指導管理料 820点

注1 インスリン製剤、性腺刺激ホルモン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、ソマトスタチンアナログ、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導體、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンC製剤又はインターフェロンベータ製剤の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く。）であって、かつ、血糖自己測定を1日に1回、2回又は3回以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、所定点数にそれぞれ400点、580点又は860点を加算する。

3 インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）であって、かつ、血糖自己測定を1日に1回、2回、3回又は4回

以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、所定点数にそれぞれ400点、580点、860点又は1,140点を加算する。

4 注入器又は間歇注入シリンジポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ300点又は1,000点を加算する。

5 注入器用の注射針を処方した場合は、所定点数に次の点数を加算する。

イ 治療上の必要があつて、1型糖尿病若しくは血友病の患者又はこれらの患者に準ずる状態にある患者に対して処方した場合 160点

ロ イ以外の場合 80点

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 3,800点

注1 在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降1回につき1,900点を月2回に限り算定する。

2 紫外線殺菌器又は自動腹膜灌流装置を使用した場合は、所定点数にそれぞれ360点又は2,500点を加算する。

C102-2 在宅血液透析指導管理料 3,800点

注1 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降につき1,900点を月2回に限り算定する。

2 透析液供給装置を使用した場合は、所定点数に8,000点を加算する。

C103 在宅酸素療法指導管理料

1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 1,300点

2 その他の場合 2,500点

注1 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 酸素ポンプを使用した場合は、所定点数に3,950点を加算する。

3 酸素濃縮装置を使用した場合は、所定点数に4,620点を加算する。ただし、この場合において注2に規定する点数は加算できない。

4 携帯用酸素ポンプを使用した場合は、所定点数に990点を加算する。

5 設置型液化酸素装置又は携帯型液化酸素装置を使用した場合は、所定点数にそれぞれ4,320点又は990点を加算する。

6 注2から注5までに規定する加算は、チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対しては算定しない。

C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料 3,000点

注1 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中心静脈栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 輸液セット又は注入ポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ2,000点又は1,000点を加算する。

C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 2,500点

注1 在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅成分栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 栄養管セット又は注入ポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ2,000点又は1,000点を加算する。

C106 在宅自己導尿指導管理料 1,800点

注1 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルを使用した場合は、所定点数に600点を加算する。

C107 在宅人工呼吸指導管理料 2,800点

注1 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器、鼻マスク若しくは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、所定点数にそれぞれ6,840点、5,930点又は3,000点を加算する。

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 250点

注1 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器を使用した場合は、所定点数に1,210点を加算する。

C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料 1,500点

注1 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 注入ポンプ又は携帯型ディスプレイ注入ポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ1,000点又は2,500点を加算する。

C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点

注1 在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料又は区分番号I014の1に掲げる痴呆患者在宅療養指導管理料を算定している患者については、算定しない。

C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 1,300点

注1 疼痛除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 送信器を使用した場合は、所定点数に600点を加算する。

C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料 1,500点

注1 原発性肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、プロスタグランジンI₂製剤の投与等に関する指導管理等を行った場合に算定する。

2 携帯型精密輸液ポンプを使用した場合は、所定点数に10,000点を加算する。

C112 在宅気管切開患者指導管理料 900点

注1 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外の患者に対して、在宅における気管切開に関する指導を行った場合に算定する。

2 人工鼻を使用した場合は、所定点数に1,500点を加算する。

第3節 薬剤料

区分

C200 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料料

区分

C300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第3部 検査

通則

1 検査の費用は、第1節、第2節又は第3節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第1節、第2節又は第3節の各区分

- の所定点数及び第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第5節の所定点数を合算した点数により算定する。
 - 3 検査に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。
 - 4 第1節、第2節又は第3節に掲げられていない検査であって特殊な検査の検査料は、第1節、第2節又は第3節に掲げられている検査のうちで最も近似する検査の各区分の所定点数により算定する。
 - 5 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。
 - 6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）第2条第2項に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
 - 7 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学又はその医学部若しくは歯学部等の附属の教育研究施設としての附属病院その他の高度専門病院のうち別に厚生労働大臣が定める基準に該当するものである保険医療機関における検査に要する費用については、厚生労働大臣が別に算定方法を定めた場合にあつては、この表の規定にかかわらず、当該算定方法により算定するものとする。

第1節 検体検査料

検体検査の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第1款 検体検査実施料

- 1 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において検体検査を行った場合は、第1款の各区分の所定点数に1日につき110点を加算する。
- 2 高度の医療を提供する病院であつて別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして厚生労働大臣が指定する保険医療機関又は特定機能病院である保険医療機関においては、入院中の患者に係る検体検査実施料は、基本的検体検査実施料に掲げる所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。

区分

（尿・糞便等検査）

D000	尿中一般物質定性半定量検査	28点
	注 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。	
D001	尿中特殊物質定性定量検査	
	1 蛋白定量	8点
	2 VMA定性	11点
	3 B-J蛋白定性、糖定量、メラニン定性	12点
	4 ポルフィリン定性、アミラーゼ定性半定量	14点
	5 ビリルビン定量、ウロビリニン定量、ウロビリノーゲン定量、先天性代謝異常症の尿スクリーニングテスト	16点
	6 ポルフィリン症スクリーニングテスト、胃酸度測定	17点
	7 浸透圧測定	21点
	8 細菌尿検査（TTC還元能）	23点
	9 N-アセチルグルコサミニダーゼ（NAG）	50点
	10 アルブミン定性	60点
	11 パラニトロフェノール、カタラーゼ反応	70点
	12 黄体形成ホルモン（LH）定性	75点
	13 線維素分解産物（FDP）測定	95点
	14 マイクロトランスフェリン精密測定（尿中）	150点

- | | | |
|----|---|------|
| 15 | ウロポルフィリン定量、アルブミン定量精密測定、デルタアミノレブリン酸定量、ポリアミン | 160点 |
| 16 | IV型コラーゲン定量精密測定、コプロポルフィリン定量 | 190点 |
| 17 | ポルフォビリノーゲン定量 | 230点 |
| 18 | 成長ホルモン（GH）定量精密測定 | 270点 |
| 19 | 尿蛋白免疫電気泳動 | 290点 |
| 20 | 尿の蛋白免疫学的検査 区分番号D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査の例により算定した点数 | |
| 21 | その他 検査の種類により区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊分析の例により算定した点数 | |

注 区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。

D002 尿沈渣顕微鏡検査 27点

注1 同一検体について当該検査と区分番号D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。

2 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。

3 染色標本による検査を行った場合は、10点を加算する。

D003 糞便検査

- | | | |
|----|--|------|
| 1 | 潜血反応検査 | 10点 |
| 2 | ビリルビン定量、ウロビリリン定量、ウロビリノーゲン定量、虫卵検査（集卵法）、AMSⅢ | 16点 |
| 3 | 塗抹顕微鏡検査（虫卵、脂肪、消化状況観察を含む。） | 26点 |
| 4 | 虫体検出 | 30点 |
| 5 | 脂質定量 | 32点 |
| 6 | ヘモグロビン | 50点 |
| 7 | 虫卵培養検査 | 55点 |
| 8 | ヘモグロビン精密測定 | 60点 |
| 9 | ヘモグロビン及びトランスフェリン | 65点 |
| 10 | アデノウイルス抗原 | 70点 |
| 11 | ロタウイルス抗原 | 85点 |
| 12 | クロストリジウム・ディフィシル抗原 | 90点 |
| 13 | ヘモグロビン及びトランスフェリン精密測定 | 95点 |
| 14 | キモトリプシン | 150点 |

D004 穿刺液・採取液検査

- | | | |
|----|--|------|
| 1 | Hühner検査 | 26点 |
| 2 | 髄液一般検査 | 70点 |
| 3 | 胃液又は十二指腸液一般検査、頸管粘液検査 | 75点 |
| 4 | 精液一般検査、子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ | 90点 |
| 5 | 腔分泌液中乳酸脱水素酵素（LDH）半定量 | 170点 |
| 6 | 子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ精密測定 | 180点 |
| 7 | 関節液中コンドロカルシン | 340点 |
| 8 | 羊水中肺サーファクタントアポ蛋白（SP-A） | 380点 |
| 9 | 髄液蛋白免疫学的検査 区分番号D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査の例により算定した点数 | |
| 10 | 髄液塗抹染色標本検査 区分番号D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物 | |

の細菌顕微鏡検査の例により算定した点数

- 11 その他 検査の種類の違いにより区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊分析の例により算定した点数

注 区分番号D007に掲げる血液化学検査又は区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー若しくは区分番号D010に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。

(血液学的検査)

D005 血液形態・機能検査

- | | |
|---|------|
| 1 赤血球沈降速度測定 | 11点 |
| 注 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。 | |
| 2 網赤血球数 | 17点 |
| 3 血液浸透圧測定、鼻汁中好酸球検査 | 21点 |
| 4 好酸球数 | 23点 |
| 5 末梢血液像 | 25点 |
| 注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色ごとにそれぞれ35点を加算する。 | |
| 6 末梢血液一般検査 | 27点 |
| 7 血中微生物検査 | 42点 |
| 8 自己溶血試験、赤血球抵抗試験 | 50点 |
| 9 血液粘稠度測定、ヘモグロビンA ₁ (HbA ₁) | 60点 |
| 10 Donath-Landsteiner試験 (寒冷溶血反応)、ヘモグロビンA _{1c} (HbA _{1c}) | 65点 |
| 11 LE現象検査 | 70点 |
| 12 ヘモグロビンF (HbF) | 75点 |
| 13 動的赤血球膜物性検査 | 130点 |
| 14 ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)精密測定 | 310点 |
| 15 デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性精密測定 | 340点 |
| 16 骨髓像 | 580点 |

注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色ごとにそれぞれ60点を加算する。

D006 出血・凝固検査

- | | |
|---|------|
| 1 出血時間測定 | 18点 |
| 2 プロトロンビン時間測定 | 19点 |
| 3 凝固時間測定、血餅収縮能、毛細血管抵抗試験 | 22点 |
| 4 トロンビン時間測定、トロンボエラストグラフ、フィブリノーゲン定量 | 30点 |
| 5 部分トロンボプラスチン時間測定、クリオフィブリノーゲン検査 | 32点 |
| 6 ヘパリン抵抗試験、活性化部分トロンボプラスチン時間測定、複合凝固因子検査 | 38点 |
| 7 蛇毒試験 | 42点 |
| 8 血小板粘着能 | 85点 |
| 9 血小板凝集能、フィブリンモノマー複合体検出、線維素分解産物(FDP)測定 | 95点 |
| 10 プラスミン、プラスミン活性値測定検査、アンチトロンビンⅢ、 α_1 -アンチトリプシン | 100点 |
| 11 α_2 -マクログロブリン、D-Dダイマー | 130点 |
| 12 プラスミノーゲン | 160点 |
| 13 アンチプラスミン | 180点 |
| 14 フォン・ウィルブランド因子 | 190点 |
| 15 PIVKA II、フィブリノーゲン分解産物精密測定、D-Dダイマー精密測定 | |