保医発0326第５号
平成30年３月26日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）長
殿

厚生労働省保険局医療課長
（公　印　省　略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公　印　省　略）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

標記について、「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）等が公布され、平成30年４月１日より適用されることに伴い、下記の通知の一部を別添１から別添３のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

記

別添１　「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年８月７日保険発第82号）の一部改正について

別添２　「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）の一部改正について

別添３　「訪問看護療養費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0330008号）の一部改正について

別添１

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年８月７日保険発第82号）

別紙１

診療報酬請求書等の記載要領

Ⅰ　一般的事項

１　診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第７条第３項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式」（平成20年厚生労働省告示第126号）に定める様式により扱うものとするが、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第７条第３項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」(平成30年厚生労働省告示第129号）により改正のあった様式については、平成30年５月１日（４月診療分）から新様式により扱うものとし、平成30年３月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。

２　診療報酬請求書等の用紙の大きさは日本工業規格Ａ列４番とすること。
　ただし、電子計算機により作成する場合は、Ａ列４番と±６ｍｍ（縦方向)、＋６ｍｍ、－４ｍｍ（横方向）の差は差し支えないものであること。

３　診療報酬請求書等は、別添１「診療報酬請求書等一覧表」の区分によるものであること。

４　診療報酬請求書等においては、単に保険医療機関又は保険薬局とのみ表示しているが、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養の給付（以下「後期高齢者医療」という。）又は公費負担医療に係るもの（後期高齢者医療のうち保険医療機関におけるものを除く。）については「保険医療機関」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医療機関」と、「保険薬局」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当薬局」と読み替え、また、「保険医氏名」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものであること。

５　診療報酬請求書及び診療報酬明細書に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載すること。
　なお、診療報酬請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用すること。

６　「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

Ⅱ　診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第１　診療報酬請求書（医科・歯科、入院・入院外併用）に関する事項（様式第１（１））

１　「平成　年　月分」欄について

診療年月を記載すること。したがって、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、この限りではないこと。

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「保険者番号公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領」（以下「設定要領」という。）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　　全国健康保険協会理事長
　　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厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。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ものであること。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及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

６　「 入・外 」欄について

入院・外来については、入院・外来別にそれぞれ請求することとしたことに伴い入院に係る分は「入」の文字を、入院外に係る分は「外」の文字を〇で囲むこと。なお、「入」又は「外」のみを印刷した様式を用いても差し支えないこと。

なお、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は、入院に係るものとして取り扱うこと。

7　「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」に示すとおりであること。

（2）　入院分の「療養の給付」欄については、「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「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「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「負担金額」の項の合計を記載すること。

「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険の食事療養及び生活療養に係る件数の合計を、「回数」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に記載されている回数の合計を、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項に記載されている金額の合計を、「標準負担額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額の合計を記載すること。

（3）　入院外分の「療養の給付」欄については、「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「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数の合計を、「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。

（4）　「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄、「医保単独（本人）」欄の「小計」欄、「医保単独（家族）」欄の「小計」欄、「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。

（5）　「①合計」欄には、「医保（７０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（７０以上７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（６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。

（6）　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っては、「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。

8　「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」に示すとおりであること。

（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、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）による結核患者の適正医療と障害者総合支援法）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「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、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。ただし、「公費」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した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、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額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。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項に記載した金額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。

（５）　「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ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」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

９　「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

（１）　公費負担医療のみで２種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。公費負担医療が２種の場合、例えば生活保護法に係る分と感染症法による結核患者の適正医療に係る分とを併せて請求する場合には「１２（生保）／１０（感37の２）」欄に記載することとし、これ以外の公費負担医療の組合せについて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、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総合支援法の３種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

（２）　「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書並びに食事療養及び生活療養に係る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、１枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、２件ないし３件となること。

（３）　「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、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。ただし、「公費②」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した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。また、特例的に３種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法に係る点数は「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数をも合計して記載すること。

（４）　「一部負担金（控除額）」欄の記載方法は、８の（４）と同様であること。

（５）　「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、それぞれ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②」の項に係る記載を省略した明細書については、「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に３種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法に係る金額は明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の金額を合計して記載すること。

10　「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、「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、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」に示すとおりであること。

（２）　「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書並びに食事療養及び生活療養に係る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「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、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、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額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。また、入院外分については、公費負担医療制度ごとに明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「一部負担金額」の項の金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（５）　「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載されている金額をそれぞれ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。

11　「②合計」欄について

「公費と医保の併用」、「公費と公費の併用」及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

12　「総件数①＋②」欄について

「①合計」欄及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

13　「備考」欄について

（１）　定数超過入院に該当する保険医療機関にあっては、超過　（略称の□囲みについては、○囲みでもよいこと。以下同じ。）と記載すること。

（２）　医療法の人員標準を満たさない保険医療機関にあっては、標欠　と記載すること。

第２　診療報酬請求書（医科・入院外）に関する事項（様式第１（２））

診療報酬請求書（医科・入院外）の記載要領については、第１の例によること。この場合において、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあっては、入院外分の記載に係る例によること。

第２の２　診療報酬請求書（医科・歯科）に関する事項（様式第８）

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ものであること。

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）　療養の給付の「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄、食事療養・生活療養の「件数」欄、「回数」欄、「金額」欄及び「標準負担額」欄については、第１の７の（２）及び（３）と同様であること。この場合、「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（災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。）」とあるのは「高齢者医療確保法第69条第１項の規定に基づき減額された一部負担金」と読み替えるものであること。

（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っては、「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」に示すとおりであること。

（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障害者総合支援法）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「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、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。ただし、「公費」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した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、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額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。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項に記載した金額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。

（５）　「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ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」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

第３　診療報酬明細書の記載要領（様式第２）

１　診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

（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）　同一の被保険者等が２以上の傷病について診療を受けた場合においても、１枚の明細書に併せて記載すること。

（４）　同一月に同一患者につき、入院診療と入院外診療とが継続してある場合には、入院、入院外についてそれぞれ別個の明細書に記載すること。

　なお、初診から直ちに入院した場合は、入院分のみの明細書に記載すること。

　また、再診から直ちに入院した場合であって、入院の明細書において、再診料又は外来診療料の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算を算定する場合は「特定入院料・その他」の項に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に当該加算の名称を記載すること。ただし、入院基本料を算定する入院の場合は「入院基本料・加算」の項に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に当該加算の名称を記載すること。

（５）　入院中の患者（ＤＰＣ算定病棟に入院している患者を除く。）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「 他（受診日数：〇日）」を記載すること。ただし、特定入院料、一般病棟入院基本料（療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を１０％減算する場合（他の保険医療機関において、体外照射の強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、ガンマナイフによる定位放射線治療、直線加速器による放射線治療の定位放射線治療の場合又は粒子線治療に係る費用を算定し、５％減算する場合を含む。）には、受診した他の保険医療機関のレセプトの写しを下端を50ｍｍ程度切りとって添付すること。レセプトの写しの添付が困難である場合には、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。外来診療を行った保険医療機関は、レセプトの「摘要」欄に、「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数：〇日）」を記載すること。

　また、入院中の患者（ＤＰＣ算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に 他 とそれぞれ記載すること。他の保険医療機関を受診した際の費用の一切を入院医療機関において算定する場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に 他 とそれぞれ記載すること。

（６）　月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別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。

　なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。

（７）　同一月に同一患者につき、介護老人保健施設又は介護医療院に入所中の診療と介護老人保健施設又は介護医療院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。

（８）　短期滞在手術等基本料１を算定する場合は、入院外の明細書（様式第２（２））を使用すること。

（９）　電子計算機の場合は、以下によること。

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、複数の選択肢から〇を用いて選

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「設定要領」の別表２に掲げる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、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち１つを〇で囲むこと。

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（大正11年法律第70号）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、以下の左の別に応じ、右の番号を〇で囲むこと。

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、〇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、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち１つを〇で囲むこと。なお、未就学者である患者（６歳に達する日以後最初の３月31日以前の患者をいう。以下同じ。）は「３」又は「４」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「７」、「８」、「９」又は「０」を〇で囲むこととし、また、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「１」又は「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「５」又は「６」を〇で囲むこととし、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を〇で囲むこと。

なお、入院の場合は、「１　本入」（若しくは「１　本」）、「３　六入」（若しくは「３　六」）、「５　家入」（若しくは「５　家」）、「７　高入一」（若しくは「７　高一」）又は「９　高入７」（若しくは「９　高７」）、外来の場合は、「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。

１	本人入院	１	本入
２	本人外来	２	本外
３	未就学者入院	３	六入
４	未就学者外来	４	六外
５	家族入院	５	家入
６	家族外来	６	家外
７	高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院	７	高入一
８	高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来	８	高外一
９	高齢受給者・後期高齢者医療７割給付入院	９	高入７
０	高齢受給者・後期高齢者医療７割給付外来	０	高外７

（注）高齢受給者一般・低所得者のうち、平成20年２月21日保発第0221003号別紙に定める特例措置により１割負担となる者と、適用を受けない２割負担の者の判別については、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、特段の記載は必要ない。

オ　電子計算機の場合は、以下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（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）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

イ　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〇で囲むか、（　）の中に給付割合

を記載すること。ただし、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、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〇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①」欄及び「公費負担者番号②」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」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄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「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」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こと。

（９）　「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」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①」欄に、第２公費については「公費負担医療の受給者番号②」欄に記載すること（別添２「設定要領」の第３を参照）。

(10)　「区分」欄について

当該患者が入院している病院又は病棟の種類に応じ、該当する文字を〇で囲むこと。また、月の途中において病棟を移った場合は、そのすべてに〇を付すこと。

なお、電子計算機の場合は、コードと名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

０１精神（精神病棟）、０２結核（結核病棟）、０７療養（療養病棟）

(11)　「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〇で囲むこと。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　生年月日は以下によること。

（ア）　該当する元号を〇で囲み、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。

エ　電子レセプトによる請求を行う場合は、アによる姓名と別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

(12)　「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、「１　職務上」、「２　下船後３月以内」又は「３　通勤災害」のうち該当するものを〇で囲むこと。ただし、「１　職務上」及び「３　通勤災害」については、災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。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」の番号を〇で囲むこと。

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枚の診療報酬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号を記載することとして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）

(13)　「特記事項」欄について

記載する略号をまとめると、以下のとおりであること。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	略　号	内　　容
０１	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和48年10月30日付保発第42号、庁保発第26号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第42条及び高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第15条に規定する金額を超える場合
０２	長	以下のいずれかに該当する場合 ①　高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第９項第１号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ②　後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第５項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）

０３	長処	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箋のみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
０４	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合
０５	(削除)	（削除）
０７	老併	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（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。）
０８	老健	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（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。）
０９	施	平成18年３月31日保医発第0331002号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（なお、同一月に同一患者につき、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。）
１０	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
１１	薬治	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（平成18年厚生労働省告示第495号）第１条第２号の規定に基づく医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）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である場合
１２	器治	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３号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
１３	先進	地方厚生（支）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（この場合にあっては、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。）
１４	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であって「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）の第７号の５に規定する診療（以下「制限回数を超えて行う診療」という。）に係る診療報酬の請求である場合（この場合にあっては、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「摘要」欄へ記載すること。）
１５	削除	（削除）
１６	長２	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９項第２号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
１７	上位	70歳以上で「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」という。）に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。）又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「２２」に該当する場合を除く。）
１８	一般	70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっ

		ては課税所得145万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「３４」の②に該当する場合を除く。）
１９	低所	70歳以上で「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
２０	二割	平成20年２月21日保発第0221003号の別紙「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４の特例措置対象被保険者等が、特例措置にかかわらず、自らが受けた療養に係る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又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合
２１	高半	月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が75歳に到達した月に療養を受けた者（以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。）の場合
２２	多上	70歳以上で「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合
２３	削除	（削除）
２４	削除	（削除）
２５	出産	平成21年５月29日保発第0529005号から第0529010号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」に基づき、直接支払制度を利用する者の出産に係る診療報酬請求である場合
２６	区ア	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示された場合 ②　「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「３１」に該当する場合を除く。）
２７	区イ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示された場合

		②　「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「３２」に該当する場合を除く。）
２８	区ウ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「３３」に該当する場合を除く。）
２９	区エ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示された場合 ②　「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「３４」に該当する場合を除く。）
３０	区オ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ））が提示された場合 ②　「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「３５」に該当する場合を除く。）
３１	多ア	70歳未満で「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業又は小児慢性特定疾病医療支援に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合（以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。）
３２	多イ	70歳未満で「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
３３	多ウ	70歳未満で「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給

		者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
３４	多エ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合
３５	多オ	70歳未満で「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
３６	加治	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３号の２の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（加工細胞等（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和36年厚生省令第１号）第275条の２に規定する加工細胞等をいう。以下同じ。）に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
３７	申出	別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合（この場合にあっては、当該療養の名称及び当該療養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。）
３８	医併	介護医療院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（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院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。）
３９	医療	介護医療院に入所中の患者の診療料を、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（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院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。）

(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厚生（支）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ものであること。

なお、外来診療料を算定する場合は、「（　床）」の欄に、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（以下「許可病床」という。）のうち一般病床に係るものの数を記載すること。また、特定疾患療養管理料を算定する場合、病院である保険医療機関にあっては、「（　床）」の欄に、許可病床の数を記載すること。また、月の途中において当該病

床数が変更した場合は、当該欄には変更後の病床数（以下「病床数」という。）を記載し、「摘要」欄に変更日と変更前の病床数を記載すること。

(15)　「傷病名」欄について

ア　傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成28年４月28日付保発0428第14号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。以下同じ。）別添３に規定する傷病名を用いること。別添３に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（平成30年３月26日医療課事務連絡）にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

イ　主傷病、副傷病の順に記載すること。主傷病については原則として１つ、副傷病については主なものについて記載することとし、主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。

ウ　薬剤料に係る所定単位当たりの薬価が175円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、イに基づき記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとすること。ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りでないこと。

エ　傷病名が４以上ある場合には、「傷病名」欄の余白に順次番号を付し、傷病名を記載し、又は当該欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に順次番号を付して記載し、最終行の下に実線を引いてその他の記載事項と区別し、記載した傷病名に対応する診療開始日を、傷病名の右側（傷病名の右側に余白がない場合は、当該傷病名の次の行の行末）に記載すること。

オ　心身医学療法を算定する場合にあっては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「(心身症)」と記載すること。

(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」欄が単一病名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、同月中に治癒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。

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)　「転帰」欄について

治癒した場合には「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」の字句をそれぞれ〇で囲むこと。

なお、２以上の傷病にわたる場合は「傷病名」欄の番号を付して「転帰」欄に区分して記載す

ること。

電子計算機の場合は、それぞれの傷病名と同じ行に「治ゆ」、「死亡」又は「中止」の字句を記載することとしても差し支えないこと。

(18)　「診療実日数」欄について

ア　「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、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、「公費①」の項に記載すること。

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（オンライン診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料、開放型病院共同指導料（Ⅰ）、退院時共同指導料１及びハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を行った日数並びに外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した患者に対する、疾患別リハビリテーション又は放射線照射に係る初診料、再診料又は外来診療料が算定できない期間に行われた疾患別リハビリテーション、放射斜線照射、地域包括診療又は認知症地域包括診療の日数を含む。）を記載すること。

ウ　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合（以下「電話等再診」という。）の実日数は１日として数えること。この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

なお、平成30年３月31日以前から継続的にオンライン診療を行い電話等再診を算定していた患者であって、改定後も一連の診療としてオンライン診療を行い電話等再診を算定する場合は、その旨を「摘要」欄に記載し、その回数と、それ以外で電話等再診を算定する場合の回数を、それぞれ「摘要」欄に記載すること。

エ　同一日に初診、再診（電話等再診を含む。）が２回以上行われた場合の実日数は、１日として数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

同一日にオンライン診療が２回以上行われた場合の実日数は、１日として数えること。

オ　入院分については、入院日数を記載すること。

なお、入退院日は、それぞれ１日として数えること。

カ　(16)のアのただし書きの場合、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ものであること。

キ　同一日に複数科を受診した場合の初診料・再診料・外来診療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・外来診療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ものとすること。

ク　外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、在宅療養指導料、がん患者指導管理料ロ又はハ、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、退院時共同指導料１、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、在宅がん医療総合診療料、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、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪

問看護指示料、介護職員等喀痰吸引等指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、精神科訪問看護・指導料若しくは精神科訪問看護指示料を算定した同一日に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。

ケ　初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げるような場合は、当該行為を行った日は実日数として数えないこと。

（ア）　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを後日聞きに来た場合

（イ）　往診等の後に薬剤のみを後日取りに来た場合

（ウ）　初診又は再診の際検査、画像診断等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後日検査、画像診断等を受けに来た場合

コ　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について、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は実日数として数えないこと。また、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について、当該検体採取が実施された日は実日数として数えないこと。

サ　同一月に再診とオンライン診療が行われた場合には、再診が行われた日数とオンライン診療が行われた日数をそれぞれ「摘要」欄に再掲すること。なお、同一日に再診とオンライン診療が行われた場合は、「摘要」欄にその旨記載することとし、当該日については、再診の日数のみ実日数に計上すること。

(19)　「点数」欄について

ア　診療行為等の名称又は略称、所定点数、回数及び合計点数を記載すること。「×」がない場合及び「×」があっても算定した所定点数が複数の場合は、所定点数及び回数の記載は省略して差し支えないこと。なお、「回」、「単位」又は「日間」がない場合は合計点数のみとすること。

イ　「点数」欄に記載すべき診療行為等の名称又は略称、回数、所定点数その他の事項を欄内に書ききれない等の場合は、それらの事項を「摘要」欄に記載すること。なお、それ以外の場合も、それらの事項を「摘要」欄に記載することは差し支えないこと。

ウ　公費負担医療のみの場合であっても、当月診療に係るすべての回数及び点数を記載すること。感染症法と生活保護法との併用の場合は、生活保護法に係る診療内容が該当するものであること。

(20)　「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について

ア　通則

各欄又は「摘要」欄への診療行為等の名称（以下この項において単に「名称」という。）、回数及び点数の記載方法は、次のイからシまでのとおりであること。また、名称、回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は、別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）」のとおりであること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、平成30年10月診療分以降、「電子情報処理組織の使用

による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。

書面による請求を行う場合においては、名称について、別表Ⅱ「診療行為名称等の略号一覧（医科）」に示す略号を使用して差し支えないこと。

イ　「初診」欄について

（ア）　診療時間内の初診の場合には回数及び点数を記載し、時間外、休日又は深夜に該当する場合は、該当する文字を〇で囲み、その回数及び点数を記載すること。

また、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称を、小児科、産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、通常の時間外、休日又は深夜加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称を、夜間・早朝等加算を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称をそれぞれ記載すること。

（イ）　６歳未満の乳幼児に対し初診を行った場合は、当該加算を加算した点数を記載し、乳幼児加算等の表示は必要がないこと。

（ウ）　妊婦に対し初診を行った場合は、妊婦加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（エ）　機能強化加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

ウ　「再診」欄について

（ア）　外来診療料及びオンライン診療料については、本欄に所要の事項を記載すること。

（イ）　再診及び外来管理加算の項には、回数及び合計点数を記載すること。

（ウ）　時間外、休日、深夜の項には、それぞれの回数及び加算点数を別掲すること。また、時間外加算の特例を算定した場合は通常の時間外加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称を、小児科、産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、通常の時間外、休日又は深夜加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称を、夜間・早朝等加算を算定した場合は通常の時間外と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称をそれぞれ記載すること。

（エ）　乳幼児加算を算定した場合は、再診の項に再診料に当該加算を加算した点数を記載し、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

（オ）　妊婦加算を算定した場合は、再診の項に再診料に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（カ）　時間外対応加算を算定した場合には、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（キ）　明細書発行体制等加算を算定した場合には、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（ク）　地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算又は薬剤適正使用連携加算を算定した場合には、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

エ　「医学管理」欄について

（ア）　名称、回数及び点数を記載すること。

（イ）　小児科外来診療料、乳幼児育児栄養指導料、小児かかりつけ診療料又は生活習慣病管理料を算定した場合において、初診料、再診料若しくは外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日若しくは深夜加算の特例又は機能強化加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数及び回数を記載すること。

オ　「在宅」欄について

（ア）　往診の項、夜間の項又は深夜・緊急の項については、それぞれ、通常の往診、夜間若しくは休日の往診又は深夜若しくは緊急の往診の回数と点数を記載すること。

（イ）　特別往診料を算定する場合には、往診の字句の左に 特 、その内訳の最後尾に「波浪」、「滞在」又は「波浪・滞在」と記載し、所定点数（往診料の項に定める基本点数に「注１」、「注２」及び「注３」の点数を加算した点数）と特別加算点数（波浪及び滞在に対する加算点数）とを併記すること。

（ウ）　在宅患者訪問診療の項については、回数及び総点数を記載するほか、次によること。

①　同一の患者について、同一月内に、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」のイ、ロ、「２」のイ、ロ又は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のうち複数算定する場合には、在宅患者訪問診療の項には総点数を記載し、「摘要」欄にその内訳（それぞれの名称、回数及び総点数）を記載すること。また、乳幼児加算又は幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載すること。

②　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の在宅ターミナルケア加算のイ若しくはロを算定した場合又は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「在宅患者訪問診療」の字句の次にそれぞれ名称を記載すること。また、看取り加算を算定した場合は、当該加算点数を記載すること。

③　患家との直線距離が16ｋｍを超えた場合又は海路の場合であって、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料（Ⅰ）を算定する場合には、在宅患者訪問診療の字句の左に 特 、その内訳の最後尾に「波浪」、「滞在」又は「波浪・滞在」と記載し、所定点数に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「注４」から「注８」までの点数を加算した点数と特別加算点数（波浪及び滞在に対する加算点数）とを併記すること。

（エ）　在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した場合は、その他の項に名称を記載すること。なお、頻回訪問加算、在宅移行早期加算、継続診療加算、包括的支援加算又はオンライン在宅管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

また、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の100分の80に相当する点数を算定する場合は、名称及び点数を記載すること。

（オ）　在宅がん医療総合診療料を算定した場合は、その他の項に名称、日数及び点数を記載すること。

（カ）　救急搬送診療料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、特別訪問看護指示加算、衛生材料等提供加算、介護職員等喀痰吸引等指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患

者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した場合は、その他の項に名称、回数（単位数）及び総点数を記載すること。

在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料（注の加算を含む。）を算定した場合は、名称、回数及び総点数を記載すること。

難病等複数回訪問加算、在宅ターミナルケア加算のイ若しくはロ又は同一建物居住者ターミナルケア加算のイ若しくはロを算定した場合は、当該加算点数を記載し、「訪問看護」の字句の次にそれぞれ名称を記載すること。

在宅移行管理加算又は在宅移行管理重症者加算を算定した場合は、所定点数に当該加算を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に名称を記載すること。

夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算を算定した場合は、所定点数に当該加算を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に名称を記載すること。

（キ） 在宅自己注射指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び所定点数を記載すること。血糖自己測定器加算、注入器加算、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算又は注入器用注射針加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己注射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すること。

（ク） 在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び所定点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ケ） 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び所定点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（コ） 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、紫外線殺菌器加算又は自動腹膜灌流装置加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（サ） 在宅血液透析指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、透析液供給装置加算を算定した場合は、併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。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は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（シ） 在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

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、呼吸同調式デマンドバルブ加算、在宅酸素療法材料加算又は遠隔モニタリング加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。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、併せて名称を記載すること。

（ス） 在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び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、併せてそれぞれ名称及び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又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（セ） 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅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、

併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅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すること。

（ソ）　在宅小児経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅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、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅小児経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（タ）　在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅経管栄養法用栄養管セット加算を算定した場合は、併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。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は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（チ）　在宅自己導尿指導管理料を算定した場合は､その他の項に名称及び点数を記載すること。特殊カテーテル加算の「１」、特殊カテーテル加算の「２」又は携帯型精密ネブライザー加算を算定した場合は、併せて名称及び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､その他の項に名称及び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、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。また、排痰補助装置加算を算定した場合は併せて名称及び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１・２を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「１」､「２」、在宅持続陽圧呼吸療法材料加算又は遠隔モニタリング加算を算定した場合は、併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ト）　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。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、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。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は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ナ）　在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び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、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ヌ）　在宅振戦等刺激装置治療指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。導入期加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ネ）　在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。導入期加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した

点数を記載すること。

（ノ） 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

（ハ） 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 名称及び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、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ヒ） 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 名称及び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、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（フ） 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に 名称及び点数を記載すること。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は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ヘ） 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。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は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ホ） 在宅経腸投薬指導管理料を算定した場合は､その他の項に名称及び点数を記載すること。また、経腸投薬用ポンプ加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（マ） 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。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は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ミ） 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

（ム） 在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて他の在宅療養指導管理材料加算のみを算定した場合は、その他の項に(キ)から(ホ)まで（(ナ)、(ノ)、(フ)及び(ヘ)を除く。）に掲げる当該加算の名称を記載し、当該加算点数を記載すること。

（メ） 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合は、名称及び点数を記載すること。また、乳幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載すること。なお、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、その点数を記載すること。

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

（ヤ） 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 名称及び総点数を記載すること。

カ 「投薬」欄について

（ア） 入院分について

① 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。

② 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厚生（支）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こと。

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。

③ 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。

④ 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 名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（イ） 入院外分について

① 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。

② 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。

③ 処方の項は、処方箋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。

④ 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こと。

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。

⑤ 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、抗精神病薬を３種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬を４種類以上投与した場合であって、薬剤料（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係るものに限る。）を所定点数の１００分の８０に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄に、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 精減 と表示すること。

⑥ 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。

⑦ また、初診料の注２、注３又は外来診療料の注２、注３を算定する保険医療機関において投与期間が３０日以上の処方をし、薬剤料を所定点数の合計の１００分の４０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。

⑧　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。

⑨　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。

⑩　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。

⑪　特定疾患処方管理加算１又は２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」欄に名称、回数及び点数を記載すること。

⑫　抗悪性腫瘍剤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」欄に名称を記載すること。

⑬　外来後発医薬品使用体制加算１、２又は３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」欄に名称を記載すること。

⑭　向精神薬調整連携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」欄に名称を記載すること。

（ウ）　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	１０×５

（薬評）

エフピーＯＤ錠2.5

キ　「注射」欄について

（ア）　外来化学療法加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称及び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、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（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円以下の場合は、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こと。

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、クの（イ）の例により「摘要」欄に記載すること。

（キ）　乳幼児加算を算定した場合は、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。

（ク）　無菌製剤処理料の「１」又は「２」を算定した場合は、「摘要」欄に それぞれ名称及び算定回数を記載すること。

（ケ）　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は、カの（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。

ク　「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、名称（処置名又は手術名）、回数及び点数を、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。麻酔を処置又は検査・画像診断に伴って行った場合は、当該処置又は検査・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、回数及び点数を記載すること。

（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。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、地方厚生（支）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　３　その他の場合

手技の加算　導入期加算　　１，８８０×１

②薬剤料　　使用薬剤　　点数×１

③特定保険医療材料〔商品名〕○○○○　１．４㎡

（ダイアライザー（Ⅰa型（膜面積1.5㎡未満））１，５１０円）　１個

１５１×１

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（デュアルチャンバ（Ⅲ型））３９６，０００円）　１個

３９，６００×１

(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）２，４５０円）　１個

２４５×１

f　酸素の費用に係る請求については、地方厚生（支）局長に届け出た液化酸素（ＣＥ、ＬＧＣ）、酸素ボンベ（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０．１９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）

（０．１９円　×　３００㍑　×　１．３）　÷　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。輸血に当たって、血液交叉試験等の加算を行った場合は、「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」欄に名称を記載すること。

（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」欄に名称を記載すること。

（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」欄に名称を記載すること。

（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）・幼児（３歳以上６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」欄に名称を記載すること。

（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」欄に記載すること。

障害者等加算又は透析液水質確保加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載の上、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載すること。

（コ）　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。

また、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（氏名、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」欄に添付すること。

造血幹細胞移植のうち同種移植を行った場合、皮膚移植術（生体・培養）を行った場合、生体部分肝移植を行った場合又は生体部分小腸移植術を行った場合においては、「手術・麻酔」欄の余白にそれぞれ 造 、 膚 、 肝 又は 小 と表示するほか、生体腎の移植と同様に記載し、明細書の添付を行うこと。

（サ）　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」欄に記載すること。

（シ）　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すること。

（ス）　「複数手術に係る費用の特例を定める件」（平成30年厚生労働省告示第72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。

（セ）　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。

ケ　「検査・病理」欄について

（ア）　名称（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、クの（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」欄に名称を記載すること。また、特殊染色加算、嫌気性培養加算、血管内超音波加算、血管内光断層撮影加算、冠動脈血流予備能測定検査加算、血管内視鏡検査加算、心腔内超音波検査加算、超音波内視鏡検査加算、大腿骨同時撮影加算、広角眼底撮影加算、狭帯域光強調加算、粘膜点墨法加算、ガイドシース加算又はＣＴ透視下気管支鏡検査加算を算定した場合は、それぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（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」欄に名称を記載すること。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」欄に名称を記載すること。

（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、名称及び所定点数を「点数」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。

（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、名称を記載し、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）　検体検査管理加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）又は（Ⅳ）を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。また、遺伝カウンセリング加算、骨髄像診断加算又は国際標準検査管理加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（ク）　免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製について、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に、「摘要」欄に名称を記載すること。

（ケ）　病理診断管理加算１又は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」欄に名称を記載すること。

コ　「画像診断」欄について

（ア）　画像診断の種類（撮影部位を含む。）、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」欄に名称を記載すること。

（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）　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」欄に名称を記載すること。

（オ）　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、クの（イ）の例により「摘要」欄に記載すること。

（カ）　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。

（キ）　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。

（ク）　基本的エックス線診断料を算定した場合は名称を記載し、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

（ケ）　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」欄に名称を記載すること。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又は３を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

サ　「その他」欄について

（ア）　外来患者に対し処方箋を交付した場合は、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。

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１又は２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」欄に名称、回数及び点数を記載すること。また、抗悪性腫瘍剤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」欄に名称を記載すること。一般名処方加算１又は２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とともに、「摘要」欄に名称を記載すること。向精神薬調整連携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とともに、「摘要」欄に名称を記載すること。

（イ）　リハビリテーションを算定した場合は、名称、回数・算定単位数及び合計点数を記載すること。

脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料について、100分の90に相当する点数により算定する場合は、「摘要」欄に リ減 と表示して、合計点数を記載すること。

（ウ）　早期リハビリテーション加算、初期加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（エ）　リハビリテーション総合計画評価料の「１」・「２」、リハビリテーション計画提供料の「１」・「２」、目標設定等支援・管理料の「１」・「２」、リンパ浮腫複合的治療料の「１」

・「２」を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（オ）　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を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（カ）　精神科専門療法を算定した場合は、名称、回数及び合計点数を記載すること。抗精神病特定薬剤治療指導管理料の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、治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定した場合は、名称を記載すること。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・ケアの早期加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。精神科デイ・ナイト・ケアの疾患別等診療計画加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

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100分の90に相当する点数を算定する場合は、 精長減 と表示して、点数を記載すること。

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」欄に名称を記載すること。

通院・在宅精神療法又は精神科継続外来支援・指導料の特定薬剤副作用評価加算を算定する場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

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は、「摘要」欄に 他精シ 又は 他精デ 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」欄に名称を記載すること。

精神科退院前訪問指導料について、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）又は精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（加算を含む。）を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載し、当該加算を加算した点数を記載すること。

精神科訪問看護指示料、衛生材料等提供加算、精神科特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

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、名称、回数及び合計点数を記載すること。また、重度認知症患者デイ・ケア料の早期加算、夜間ケア加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

精神科在宅患者支援管理料を算定した場合は、名称を記載すること。

（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、名称及び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」欄に名称を記載すること。

（コ）　画像誘導放射線治療加算又は体外照射呼吸性移動対策加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（サ）　放射線治療料を算定した場合は、名称、照射部位、回数及び点数を記載すること。

（シ）　小児放射線治療加算を算定した場合は、新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、３歳以上６歳未満の幼児又は６歳以上15歳未満の小児の区分について、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（ス）　定位放射線治療呼吸性移動対策加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記

載すること。

（セ）　施設入所者共同指導料を算定した場合は、名称及び点数を記載すること。

（ソ）　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。なお、医療法の一部を改正する法律（平成９年法律第125号）による改正前の医療法（昭和23年法律第205号）第４条の規定による承認を受けている病院である保険医療機関（以下「旧総合病院」という。）の入院外診療分については、当分の間、従前どおり、次表に掲げる各診療科（平成20年４月以降において医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、次表に定める診療科以外の診療科名がある場合には、最も近似する次表に定める診療科）ごとに療養担当手当を算定できるものであるため、次表に掲げる診療科のうち複数診療科を受診した患者の場合には、「摘要」欄に受診した診療科名を記載すること。

診　療　科		
内　　科	心臓血管外科	心療内科
精神科	小児外科	アレルギー科
神経科	皮膚泌尿器科	リウマチ科
神経内科	皮　膚　科	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科
呼吸器科	泌尿器科	
消化器科	性　病　科	
胃腸科	こう門科	
循環器科	産婦人科	
小児科	産　　科	
外　　科	婦　人　科	
整形外科	眼　　科	
形成外科	耳鼻いんこう科	
美容外科	気管食道科	
脳神経外科	放射線科	
呼吸器外科	麻　酔　科	

シ　「入院」欄について

（ア）　病院・診療所別の該当する文字を〇で囲み、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。）に別表Ⅱの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。

（イ）　管理栄養士の配置について基準を満たせない場合の経過措置に該当する場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に経措と記載すること。

（ウ）　医科点数表第１章第２部通則第８号により、当該保険医療機関内に、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が１名以上配置されている場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に 40減 と記載すること。

（エ）　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、退院が特定の時間帯に集中している又は入院日及び退院日が特定の日に集中していることにより、減算された入院基本料を算定した場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に午前減又は土日減と記載すること。

（オ）　「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。

（カ）　「入院基本料・加算」の項について

①　入院基本料・加算の項には、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。また、名称については、別表Ⅱの略号を参照すること。

②　有床診療所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ている患者について、看取り加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。また、在宅療養支援診療所の場合には、「摘要」欄に 看取在支 と表示すること。

③　一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料について月平均夜勤時間72時間の要件を満たさない場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に 夜減 と記載すること。

（キ）　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」欄に外泊した日数を記載すること。

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。

（ク）　入院患者について、専門的な診療が必要となり、他医療機関において外来を受診した場合の記載は、第３の１の（５）によること。

（ケ）　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、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。

（コ）　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。

（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（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（特定入院基本料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び一般病棟入院基本料の療養病棟入院料１の例により算定する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。

（シ）　「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。

（ス） 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院する患者であって、「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の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（平成30年３月20日保医発0320第３号）第２の１の（１）に規定する、診断群分類区分に該当しないと判断された患者等、診断群分類点数表により診療報酬を算定しない患者については、「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）に従い、「摘要」欄に医科点数表に基づき算定することとなった理由等を記載すること。

（セ） 「特定入院料・その他」の項について

① 特定入院料については、算定した特定入院料の種別を別表Ⅱの略号を用いて記載し、それぞれの日数及び合計点数（①地域加算該当施設である場合、②離島加算該当施設である場合、③救命救急入院料を算定している患者について加算がある場合、④特定集中治療室管理料を算定している患者について加算がある場合又は⑤特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、特定一般病棟入院料若しくは地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者について加算がある場合にあっては、それぞれの加算を加えた点数）を記載すること。

② 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には、特定入院料の種別の略号の後に包１又は包２と記載し、所定点数を記載すること。

(21) 「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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示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。ただし、災害発生時が平成２１年１２

月３１日以前のものに限る。

（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」の字句を〇で囲み、「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」の字句を〇で囲むこと。

　また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示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、高額療養費が現物給付された者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５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号ニ、国民健康保険法施行令第29条の４第１項第３号ニ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号ニに掲げる者の場合は、入院分にあっては、「Ⅰ」の字句を〇で囲むこととし、入院外分にあっては、高額療養費が現物給付された者に限り、「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号ハに掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の４第１項第３号ハ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号ハに掲げる者の場合は、入院分にあっては、「Ⅱ」の字句を〇で囲むこととし、入院外分にあっては、高額療養費が現物給付された者に限り、「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」の字句を〇で囲み、「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」の字句を〇で囲むこと。

　また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払いが猶予される場合

は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

（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」の字句を〇で囲み、「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」を字句を〇で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

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の場合は10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。））を記載すること。ただし、障害者総合支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額（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。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合に限る。）には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載すること。また、障害者総合支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用の場合（入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合に限る。）には、10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

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（入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・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、難病法による特定医療、特定疾患治療研究

事業又は肝炎治療特別促進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。ただし、難病法による特定医療の給付対象額については含まない。）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。

(22)　「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。ただし、複数の食事療養を算定し、「基準」の項に複数の略号を記載することが困難な場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

Ⅰ（入院時食事療養Ⅰ(1)）、Ⅱ（入院時食事療養Ⅱ(1)）、Ⅲ（入院時食事療養Ⅰ(2)）、Ⅳ（入院時食事療養Ⅱ(2)）

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。ただし、算定した所定金額が複数の場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

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。ただし、複数の生活療養を算定し、「基準（生）」の項に複数の略号を記載することが困難な場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

Ⅰ（入院時生活療養Ⅰ(1)イ）、Ⅱ（入院時生活療養Ⅱ）、Ⅲ（入院時生活療養Ⅰ(1)ロ）

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。ただし、算定した所定金額が複数の場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

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。

(23)　「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３項第４号、国民健康保険法施行令第29条の３第４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号に掲げる者の場合は、(21)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６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３項第３号、国民健康保険法施行令第29条の３第４項第３号又は高齢者医療確保法施行令第15条第１項第３号に掲げる者の場合は、(21)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」の字句を〇で囲むこと。

オ　平成28年３月31日において、１年以上継続して精神病床に入院していた者であって、平成28年４月1日以後引き続き医療機関に入院している者（当該者が一の医療機関を退院した日において他の医療機関に入院する場合を含む。）として、平成28年厚生労働省告示第23号附則第３項に規定する同告示による改正前の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を適用した場合は、「摘要」欄に、「標準負担額経過措置（精神）入院年月日：　　年　　月　　日」と記載し、入院年月日については、同項に規定する者に該当することとなった起算日となる精神病床への入院年月日を記載すること。

カ　健康保険法施行規則第62条の３第６号に掲げる者に該当し、適用区分欄に「オ」若しくは「Ｉ」に加え「(境)」又は「オ（境)」若しくは「Ｉ（境)」の記載のある限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証が提示された場合又は高齢者医療確保法施行規則第40条第６号に掲げる者に該当し、適用区分欄に「区分Ｉ」に加え「(境)」の記載のある限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合は、「摘要」欄に「境界層該当」又は「(境)」と記載するこ

と。

(24)　「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　特別養護老人ホームの入所者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）について、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師が看取り、死亡日から遡って30日間に行われた診療行為に限り医療保険からの給付する場合には、「摘要」欄に死亡日を記載すること。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

カ　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難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進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。

キ　特別養護老人ホーム等に入所中の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当該施設の看護師等が、当該患者に対し、点滴若しくは処置等を実施又は検査のための検体採取等を実施した場合においては、これに用いた薬剤若しくは特定保険医療材料が使用された日又は当該検体採取が実施された日を「摘要」欄に記載すること。また、当該保険医の診療日を「摘要」欄に記載すること。

ク　介護医療院の入所者については、他科受診時費用の算定の有無を「摘要」欄に記載すること。

(25)　「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。

(26)　その他

ア　３種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について

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総合支援法の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、障害者総合支援法に係る分は「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、障害者総合支援法に係る分は「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総合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、右欄に障害者総合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、障害者総合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９項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長２」と記載すること。

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箋のみにより行い、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、患者申出療養及び選定療養第１条第２号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（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）　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、患者申出療養及び選定療養第１条第３号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（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　治験機器の名称

c　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機器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　治験機器の名称

c　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機器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、患者申出療養及び選定療養第１条第５号又は第７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。また、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５号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、

「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の診療報酬請求項目と区別して記載すること。

コ　地方厚生（支）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　70歳以上で「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅣであるもの）が提示された場合（チに該当する場合を除く。）には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。

ス　70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅢであるもの）が提示された場合（ムに該当する場合を除く。）には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。

セ　70歳以上で「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅠ又はⅡ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又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合には、「特記事項」欄に「二割」と記載すること。

タ　自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。

チ　前シにおける「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合には、「特記事項」欄に「多上」と記載すること。

ツ　（削除）

テ　（削除）

ト　平成21年５月29日保発第0529005号から第0529010号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」（以下単に「実施要領」という。）に基づき直接支払制度を利用する者に関する診療報酬請求であって、かつ、実施要領に定める専用請求書中「一部負担金等」の欄に記入する金額の一部又は全部に相当する診療報酬請求である場合には、「特記事項」欄に「出産」と記載すること。

ナ　救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第２条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、医師の診察等の結果、緊急に入院した場合には、「摘要」欄に緊入と記載すること。

ニ　電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合については、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求するものとし、各規定により「摘要」欄に算定日（初回算定日及び前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く。）を記載することとされている点数については、その記録を省略することができる。ただし、平成24年３月診療以前分については、「摘要」欄に算定日を記載することとされている点数の各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記録すること。

ヌ　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３号の２の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（加工細胞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「加治」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　治験製品の名称

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験製品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　治験製品の名称

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験製品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。）。

ネ　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５号の２又は第７号の２に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。

ノ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合（特

定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

ハ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。

ヒ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

フ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。

ヘ　70歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

ホ　前ノにおける「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多ア」と記載すること。

マ　前ハにおける「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多イ」と記載すること。

ミ　前ヒにおける「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載すること。

ム　前フにおける「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただ

し書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合には、「特記事項」欄に「多エ」と記載すること。

メ　前へにおける「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多オ」と記載すること。

モ　別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合には、「特記事項」欄に「申出」と記載するとともに、当該療養の名称及び当該療養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。

ヤ　医療法第30条の13に規定する病床機能報告制度において、医療法施行規則第30条の33の６第１項に規定するレセプト情報による方法の場合であって、病棟情報を電子レセプトに記録する場合は、「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録について」（平成28年３月25日医政地発0325第１号）によること。

(27)　後期高齢者医療におけるその他

ア　後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示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、介護老人保健施設又は介護医療院に入所中の診療と、介護老人保健施設又は介護医療院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50条第２号に該当する者（65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が75歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が２分の１とならない場合）には、「摘要」欄に障害と表示すること。

オ　その他は、(26)のア、イ、オからセまで及びチ、ナ、ニと同様であること。

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。

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。

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。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はこの限りでない。

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（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。

（例）　別記　　全国健康保険協会理事長
　　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。

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、開設者氏名は、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載する。なお、開設者氏名は、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えない。

（２）　印は、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は捺印として取り扱う。

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

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し、医療保険単独の者に係る分は医療保険制度ごとに記載する。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」のとおりとする。

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

　また、「一部負担金」欄は明細書の「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。

　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」欄はそれぞれの合計を記載する。

（３）　「①合計」欄は、「医保（７０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（７０以上７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（６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。

（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）」欄への記載をもって請求できる。この場合において、当該合算を実施した上で各項の記載がわかるよう「備考」欄に合算している旨を記載する。

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。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」のとおりとする。

（２）　「件数」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。したがって、医療保険と２種の公費負担医療（例えば、感染症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。

（３）　「点数」欄は、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。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「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。

（４）　「一部負担金（控除額）」欄は、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。

（５）　「区分」欄の「②計」欄は、「公費と医保の併用」欄の件数を合計して記載する。

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。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」のとおりとする。

（２）　「件数」欄は、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。

（３）　「点数」欄は、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。

（４）　「一部負担金（控除額）」欄は、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、それぞれ制度の該当欄に記載する。

（５）　「区分」欄の「③計」欄は、「公費単独」欄の件数を合計して記載する。

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は、当該併用の者に係る分は「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、それぞれ件数、点数及び控除額を合計して記載する。

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。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は「備考」欄に記載した件数を合計する。

11　「明細書枚数①＋③」欄について

「①合計」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。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。

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）の記載要領は、次に掲げる事項を除き、第１の例による。なお、「３「別記　殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替える。

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。

（２）　「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄は、６の（２）と同様である。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（災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。）」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。

（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っては、「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」欄に記載をもって請求する。この場合は、合計の記載がわかるように「備考」欄に合算している旨を

記載する。

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。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」のとおりとする。

（２）　「件数」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。したがって、医療保険と２種の公費負担医療（例えば、感染症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。

（３）　「点数」欄は、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。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「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。

（４）　「一部負担金」欄は、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。

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。

（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。

（３）　月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別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。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。

　なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載する。

（４）　点数を予め印刷しておき、算定回数が月に１回と限られた項目は当該項目の略称を〇で囲み、複数回算定できる項目は算定回数を記載しても差し支えない。

　また、予め印刷する点数を乳幼児加算、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加算の加算後の点数としても差し支えないが、この場合は、「特記事項」欄に「加算」と記載するか予め印刷する。

（５）　電子計算機の場合は次による。

ア　欄の名称を簡略化して記載しても差し支えない。

　また、複数の選択肢から〇を用いて選択する欄は、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、記載しない欄は「×」を省略し

て差し支えない。

イ　枠をその都度印刷しても差し支えない。

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、その他の目的に使用してはならない。

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。

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。

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。

（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。

（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（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。

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。

イ　「保険種別２」欄は、「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。

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。

ウ　「本人・家族」欄は、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。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。なお、公費負担医療は本人に該当する。

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」

を〇で囲み、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を〇で囲む。

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しても差し支えない。

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

（注）　高齢受給者一般・低所得者のうち、平成20年２月21日保発第0221003号別紙に定める特例措置により１割負担となる者と、適用を受けない２割負担の者の判別は、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、特段の記載は必要ない。

エ　電子計算機の場合は、次のいずれかの方法による。

（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（国民健康保険は６桁）を記載する（別添２「設定要領」の第１を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載する。

イ　公費負担医療単独の場合及び公費負担医療のみの場合は、別段の定めのある場合を除き、記載しない。

（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は、該当する給付割合を〇で囲むか、（　）の中に給付割合を記載する。

ただし、国民健康保険は、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えない。

（７）　「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア　健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載する。

また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載する。

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。

また、当該記号及び番号のうち〇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しても差し支えなく、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。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。

（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（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。

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。

（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桁は、第１公費は「公費負担医療の受給者番号」の項に、第２公費は「摘要」欄に記載する（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。ただし、健康保険の被保険者は、姓のみの記載で差し支えない。なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字をカタカナに読み替えた使用又はひらがなをカタカナに読み替えた記載も差し支えないが、この場合は被保険者であっても姓名を記載し、姓と名の間にスペースをとる。

イ　性別は該当するものを〇で囲む。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。

ウ　生年月日は次による。

（ア）　該当する元号を〇で囲み、生まれた年月日を記載する。

（イ）　電子計算機の場合は、元号は「１　明」、「２　大」、「３　昭」、「４　平」と記載する。

エ　電子レセプトによる請求を行う場合は、アによる姓名と別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

(11)　「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者は、「１　職務上」、「２　下船後３月以内」又は「３　通勤災害」のうち該当するものを〇で囲む。ただし、「１　職務上」及び「３　通勤災害」は、災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。共済組合の船員組合員は、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」の番号を〇で囲む。なお、同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、入院外分はそれぞれ１枚、入院分は、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。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載も差し支えない。

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。

４０	加算	乳幼児加算（６歳未満）、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加算のいずれかを算定している明細書の場合

(13)　「届出」欄について

クラウン・ブリッジ維持管理料の算定を選択している保険医療機関は「補管」を、初診料の注１に係る施設基準を届け出ている保険医療機関は「歯初診」をそれぞれ〇で囲む。なお、電子計算機の場合は、〇に代えて（　）等を使用しても差し支えない。以下、文字を〇で囲む場合及び〇付きの略号を使用する場合も同様とする。

(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厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載する。こ

の場合は、所在地とともに、連絡先電話番号の記載が望ましい。

(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。ただし、ブリッジの病名は、ブリッジの装置ごとに記載する。

イ　ブリッジの病名は、部位は支台歯も含めた部位を、病名は欠損と記載し、支台歯を〇で囲む。したがって、支台歯がう蝕症等に罹患している場合は、部位は重複して傷病名を記載する。

　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は、当該歯を◎で囲む。

ウ　歯冠修復による隙の補綴は、当該歯冠修復歯に△を付記する。

　また、欠損でない１歯相当分の間隙のある補綴は、間隙を欠損とみなした傷病名とし、当該部位に△を記載する。

エ　歯科矯正の病名は、主要な咬合異常の状態を記載する。また、咬合異常の起因となった疾患名（別に厚生労働大臣が定める疾患、３歯以上の永久歯萌出不全又は顎変形症）を「摘要」欄に記載する。なお、6歯以上の先天性部分（性）無歯症又は３歯以上の永久歯萌出不全による咬合異常により歯科矯正を行う場合は、先天性欠如部位又は埋伏歯の部位を「摘要」欄に記載すること。

オ　う蝕多発傾向者の病名は、「Ｃ管理中」と記載し、歯冠修復治療を行った部位を記載する。なお、歯式は、乳歯及び永久歯についてそれぞれ記載する。

カ　う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は、「Ｃ選療」と記載する。

キ　心身医学療法は、「傷病名部位」欄に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。

ク　クラウン・ブリッジ維持管理料を算定している保険医療機関において、クラウン・ブリッジ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。）は、傷病名を「傷病名部位」欄に記載し、当該部位に対してクラウン・ブリッジ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。なお、当該管理料に規定する期間中に補綴物の維持管理を行っている歯冠補綴物又はブリッジが離脱し再度の装着を行った場合は、再度の装着を行った歯の部位及び再度の装着日を「摘要」欄に記載する。

ケ　頬、口唇、舌小帯形成術の算定に当たり、複数の頬小帯に対して形成術を行った場合は、部位が分かるように記載する（例：上顎左側）。なお、「傷病名部位」欄に記載できない場合は、「摘要」欄に記載しても差し支えない。

コ　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。

サ　傷病名は、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」別添３に規定する傷病名を用いる。別添３に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名は、「傷病名コードの統一の推進について」（平成30年３月26日医療課事務連絡）にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いる。

(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。ただし、「傷病名部位」欄が単一部位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

中に治癒又は死亡したものは、記載を省略しても差し支えない。

イ　同月中に保険種別等の変更があった場合は、その変更があった日を診療開始日とし、「摘要」欄にその旨を記載する。

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、「摘要」欄にその旨を記載する。

(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。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。

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。

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。

イ　入院外分は、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。

ウ　電話等再診の実日数は１日として数え、その回数を「摘要」欄に再掲する。

エ　同日に初診及び再診（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、その回数を「摘要」欄に再掲する。

オ　(16)のアのただし書の場合は、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、診療実日数を記載する。

カ　同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。

キ　傷病手当金意見書交付料、訪問歯科衛生指導料等同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。

(18)　「転帰」欄について

治癒した場合は「治癒」の文字を、死亡した場合は「死亡」の文字を、中止又は転医の場合には「中止」の文字をそれぞれ〇で囲む。

(19)　「初診」、「再診」、「管理・リハ」、「投薬・注射」、「Ｘ線・検査」、「処置・手術」、「麻酔」、「歯冠修復及び欠損補綴」、全体の「その他」及び「摘要」欄について

「初診」、「再診」、「管理・リハ」、「投薬・注射」、「Ｘ線・検査」、「処置・手術」、「麻酔」、「歯冠修復及び欠損補綴」、全体の「その他」及び「摘要」欄の記載事項等は、(20)から(30)及び別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科)」のとおりであること。各項目の末尾に（項番〇）と付したものについては別表Ⅰの当該項目を参照すること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、平成30年10月診療分以降、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択して行うこと。

書面による請求の場合の診療行為名等の略号については、別表Ⅱ「診療行為名称等の略号一覧

（歯科）」を参照し記載すること。

(20)　「初診」欄について

ア　診療時間内の初診の場合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〇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、通常の時間外加算と同様に記載する。（項番２）

また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に点数を記載して差し支えない。

イ　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、歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科診療特別対応地域支援加算又は歯科外来診療環境体制加算は、該当文字を〇で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特」、「特導」、「特連」、「特地」又は「外来環」の項に当該加算点数を記載する。（項番３、４）

ウ　特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合は、「初診」の項に点数を記載する。

(21)　「再診」欄について

ア　再診は、「再診」の項に点数及び回数を記載する。（項番５、６）

イ　時間外、休日又は深夜の場合は、該当文字を〇で囲み、当該加算点数及び回数を記載する。

また、時間外加算の特例は、通常の時間外加算と同様に記載する。

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、歯科診療特別対応加算又は再診時歯科外来診療環境体制加算は、該当文字を〇で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特」又は「再外来環」の項に当該加算点数及び回数を記載する。

エ　明細書発行体制等加算は、再診料と当該加算を加算した合計点数を記載する。

オ　特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合は、「再診」の項に点数及び回数を記載する。

(22)　「管理・リハ」欄について

ア　歯科疾患管理料は、「歯管」の項に点数を記載する。

なお、フッ化物洗口指導加算、文書提供加算、エナメル質初期う蝕管理加算、総合医療管理加算、小児口腔機能管理加算及び口腔機能管理加算は、項中の「＋　」欄にそれぞれ左から文書提供加算、フッ化物洗口指導加算、エナメル質初期う蝕管理加算、総合医療管理加算、小児口腔機能管理加算、口腔機能管理加算の順に当該加算点数を記載する。小児口腔機能管理加算及び口腔機能管理加算は同欄に記載する。（項番８）

イ　新製有床義歯管理料は、「義管」の項に点数を記載する。（項番27、28）

ウ　歯科衛生実地指導料１又は２は、「実地指」の項に点数を記載する。

エ　歯周病患者画像活用指導料は、「Ｐ画像」の項の左欄に点数（加算を含む。）及び回数を記載する。２回行った場合は、右欄に点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

オ　歯科口腔リハビリテーション料１（１　有床義歯の場合）又は歯科口腔リハビリテーション料２は、「歯リ」の項にそれぞれ点数を記載する。（項番69）

カ　周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）の「１　手術前」、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の「１　手術前」又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した場合は、「その他」欄に点数を記載する。なお、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の「２　手術後」を算定した場合はそれぞれ点数及び回数を記載する。（項番9、10）

キ　歯科治療時医療管理料は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番14）

ク　以下の(ア)から(ト)について又は「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

（ア）　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」欄に点数及び回数を記載する。(項番7、25、29、30)

（イ）　歯科特定疾患療養管理料は、点数を記載する。また、共同療養指導計画加算は、点数を記載する。(項番11)

（ウ）　退院前訪問指導料は、点数を記載する。(項番16)

（エ）　特定薬剤治療管理料は、点数を記載する。(項番12)

（オ）　悪性腫瘍特異物質治療管理料は、点数を記載する。(項番13)

（カ）　手術前医学管理料及び手術後医学管理料は、それぞれ点数を記載する。

（キ）　開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)は、合計点数及び回数を記載する。(項番15)

（ク）　療養・就労両立支援指導料は、点数を記載する。なお、療養・就労両立支援指導料の加算は当該加算を合算した点数を記載する。

（ケ）　薬剤管理指導料の「１」又は「２」は、それぞれ点数を記載する。また、麻薬管理指導加算は、加算した点数を記載する。(項番17、18、19)

（コ）　薬剤総合評価調整管理料は、点数(加算を含む。)を記載する。(項番20)

（サ）　診療情報提供料(Ⅰ)又は(Ⅱ)は、点数を記載する。診療情報提供料(Ⅰ)の加算は当該加算を合算した点数を記載する。(項番21、22、23)

（シ）　診療情報連携共有料は、点数を記載する。(項番24)

（ス）　電子的診療情報評価料は、点数及び回数を記載する。

（セ）　傷病手当金意見書交付料は、点数を記載する。(項番26)

（ソ）　顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、点数及び回数を記載する。

（タ）　開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は、点数及び回数を記載する。

（チ）　摂食機能療法は、点数及び回数を記載する。(項番67、68)

（ツ）　歯科口腔リハビリテーション料１（２　舌接触補助床の場合）は、点数及び回数を記載する。

（テ）　歯科口腔リハビリテーション料１(３　その他の場合)は、点数及び回数を記載する。

（ト）　リハビリテーションを算定した場合は、（チ）（ツ）（テ）を除き、全体の「その他」欄に、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、実施日数を記載すること。(項番66)

(23)　在宅医療について

ア　全体の「その他」欄に記載する。

（ア）　歯科訪問診療料は、歯科訪問診療１、歯科訪問診療２及び歯科訪問診療３の点数及び回数を記載する。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、初診時歯科診療導入加算又は地域医療連携体制加算がある場合は、当該加算を加算した点数及び回数を記載する。訪問診療時の歯科訪問診療補助加算は、点数及び回数を記載する。(項番31、32、33)

また、特別歯科訪問診療料を算定した場合は、点数及び回数を記載する。(項番34)

（イ） 区分番号Ｃ０００の注13に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、点数又は点数及び回数を記載する。

（ウ） 在宅歯科医療推進加算は、加算点数及び回数を記載する。

（エ） 歯科訪問診療移行加算は、加算点数及び回数を記載する。(項番35)

（オ） 訪問歯科衛生指導料はそれぞれ点数及び回数を記載する。(項番36)

（カ） 歯科疾患在宅療養管理料は、点数を記載する。

また、文書提供加算、在宅総合医療管理加算、栄養サポートチーム等連携加算１又は２は、点数を記載する。(項番37、38)

（キ） 在宅患者歯科治療時医療管理料は、点数及び回数を記載する。(項番39)

（ク） 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数及び回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数及び回数を記載する。栄養サポートチーム等連携加算１又は２を算定する場合は、点数を記載する。(項番40)

（ケ） 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数及び回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数及び回数を記載する。(項番41)

（コ） 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、総点数及び回数を記載する。

（サ） 退院前在宅療養指導管理料は、点数を記載する。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、総点数を記載する。(項番42)

（シ） 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料、在宅患者連携指導料は、点数を記載する。在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載する。(項番43､44)

（ス） 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、点数及び回数を記載する。(項番45)

(24) 「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、それぞれ〇で囲み、使用薬剤の点数及び単位数又は回数を記載する。なお、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」欄に記載する。

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、点数及び回数を記載する。(項番61、64、65)

イ 血漿成分製剤加算は、加算点数を点数欄に記載する。(項番62、63)

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」の項は処方箋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。なお、外来後発医薬品使用体制加算１、２又は３を算定する場合は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。

エ 使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL又はmg等）及び使用量を記載する。(項番57、58、59)

オ 調剤技術基本料は、全体の「その他」欄に点数を記載する。なお、院内製剤加算は、当該加算後の点数を記載する。

カ ７種類以上の内服薬の投薬に係る処方箋を発行した場合は、「処」の項にその点数及び回数を、その他の場合は「処」の項にその点数及び回数を記載する。

キ　一般的名称による処方箋の交付は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。

ク　麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、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。

ケ　無菌製剤処理料の「１」又は「２」は、「摘要」欄にそれぞれ点数及び算定回数を記載する。

コ　処方料又は処方箋料における乳幼児加算は、それぞれ項中の「＋　×」欄にその加算点数及び回数を記載する。

サ　薬剤情報提供料は、「情」の項に点数及び回数を記載する。なお、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」欄に記載する。また、手帳加算を算定した場合は、当該加算を算定した点数及び回数を記載する。

シ　特定疾患処方管理加算は、加算点数及び回数を全体の「その他」欄に記載する。（項番60）

ス　外来化学療法加算は、当該点数を加算した点数及び算定回数を記載する。

(25)　「Ｘ線・検査」欄について

ア　全顎撮影（アナログ撮影）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。

イ　歯冠補綴時色調採得検査は、「色調」の項に点数及び回数を記載する。（項番49）

ウ　電気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根管の順に点数及び回数を記載する。

エ　歯内療法における細菌簡易培養検査は、「Ｓ培」の項に点数及び回数を記載する。

オ　顎運動関連検査は、「顎運動」の項に点数及び回数を記載する。（項番48）

カ　歯周病検査における歯周基本検査及び歯周精密検査は、それぞれ「基本検査」の項及び「精密検査」の項のうち、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点数を記載する。また、１回目の混合歯列期歯周病検査は「Ｐ混検」の項の左欄に点数を記載し、歯周病部分的再評価検査は「Ｐ部検」の項に点数及び回数を記載する。歯周病検査を２回以上行った場合は、２回目以後の混合歯列期歯周病検査は「Ｐ混検」の項の右欄に点数及び回数を記載し、その他の歯周病検査はそれぞれ該当する検査の項のうち右欄に点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた点数及び回数を、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して差し支えない。（項番47）

キ　「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（アナログ撮影）を行った場合は、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。その他の画像診断は、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する。（項番53、56）

（イ）　全顎撮影（デジタル撮影）の場合は、枚数及びその合計点数を記載する。歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）の場合、歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）の場合及び歯科用３次元エックス線断層撮影の場合は、点数及び回数を記載する。その他の画像診断は、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、点数及び回数を記載する。なお、電子画像管理加算を算定したデジタル撮影は、（ク）の電子

画像管理加算に係る規定により記載する。（項番53、56）

（ウ）　歯科画像診断管理加算１又は歯科画像診断管理加算２を算定した場合は、点数を記載する。

（エ）　遠隔画像診断を行った場合は、点数を記載する。

（オ）　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は、アにかかわらず、当該加算後の点数及び回数を記載する。（項番53）

（カ）　記載欄が示されていない各種の検査は、当該欄に点数及び回数を記載する。検査に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載する。（項番46、52）

（キ）　時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数を記載する。（項番54）

（ク）　電子画像管理加算は、歯科エックス線撮影の場合、歯科パノラマ断層撮影の場合、歯科用３次元エックス線断層撮影の場合、その他の場合は、それぞれ加算点数を点数に合算した点数及び回数を記載する。

（ケ）　有床義歯咀嚼機能検査を算定する場合は、点数を記載する。（項番50）

（コ）　咀嚼能力検査、咬合圧検査又は舌圧検査を算定した場合は点数及び回数を記載する。（項番50、51）

（サ）　精密触覚機能検査を算定した場合は、点数及び回数を記載する。

（シ）　「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、それ以外は「摘要」欄に記載して差し支えない。以下「その他」欄において同様とする。

(26)　「処置・手術」欄について

ア　う蝕処置は、「う蝕」の項に点数及び回数を記載する。

イ　歯髄保護処置は、「保護処置」の項のうち、歯髄温存療法を行った場合は左欄に、直接歯髄保護処置を行った場合は中欄に、間接歯髄保護処置を行った場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ウ　初期う蝕早期充填処置は、「填塞」の項のうち、グラスアイオノマー系を用いた場合は左欄に、複合レジン系を用いた場合は右欄に、それぞれ材料料を合算した点数及び回数を記載する。

エ　知覚過敏処置は、「知覚過敏」の項のうち、３歯までの場合は左欄に、４歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

オ　咬合調整は、「咬調」の項のうち、１歯から10歯未満の場合は左欄に、10歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番73）

カ　残根削合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番74）

キ　抜髄は、「抜髄」の項にそれぞれ上から単根管、２根管、３根管以上の順に点数及び回数を記載する。

　また、歯髄温存療法を行った日から起算して３月以内又は直接歯髄保護処置を行った日から起算して１月以内の場合は、「その他」欄にそれぞれ点数及び回数を記載する。

ク　感染根管処置は「感根処」の項に、根管貼薬処置は「根貼」の項に、根管充填は「根充」の項に、それぞれ上から単根管、２根管、３根管以上の順に点数及び回数を記載する。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、「その他」欄に点数を記載する。（項番75、76）

ケ　抜髄及び根管充填を同時に行った場合は、「その他」欄に点数の合算点数及び回数を記載する。

また、感染根管処置及び根管充填を同時に行った場合は、「その他」欄に点数の合算点数及び回数を記載する。

コ　根管充填の際に加圧根管充填処置を併せて行った場合は、「加圧根充」の項の上から単根管、２根管、３根管以上の順に加算点数及び回数を記載する。

また、手術用顕微鏡加算は、「加圧根充」の項の「＋　×」欄に点数及び回数を記載する。（項番77、78、79）

サ　生活歯髄切断は、「生切」の項の上欄に点数及び回数を記載する。なお、乳歯及び永久歯の歯根完成期以前の歯髄の場合は、下欄に点数と加算点数の合計点数及び回数を記載する。

シ　失活歯髄切断は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。

ス　機械的歯面清掃処置は、「歯清」の項に点数を記載する。（項番89）

セ　歯冠修復物又は補綴物の除去は、「除去」の項のうち、簡単なものは上欄に、困難なものは中欄に、著しく困難なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番86）

ソ　フッ化物歯面塗布処置は、「Ｆ局」の項に点数を記載する。（項番90）

タ　有床義歯床下粘膜調整処置は、「Ｔ．ｃｏｎｄ」の項に点数及び回数を記載する。

チ　歯周基本治療におけるスケーリングは「ＳＣ」の項に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項中の「＋　×」欄に３分の１顎を増すごとに加算点数及び回数を記載する。

また、２回目以降は右欄に100分の50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項中の「＋　×」欄に３分の１顎を増すごとに加算点数の100分の50に相当する点数及び回数を記載する。

ツ　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掻爬は、それぞれ「ＳＲＰ」の項及び「ＰＣｕｒ」の項のうち、「前」の項に前歯、「小」の項に小臼歯、「大」の項に大臼歯の順に点数及び回数を記載する。

また、同部位に対して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50に相当する点数及び回数を記載する。

テ　歯周病安定期治療（Ⅰ）は、「ＳＰＴ（Ⅰ）」の項に点数を記載する。（項番81）

ト　歯周病安定期治療（Ⅱ）は、「ＳＰＴ（Ⅱ）」の項に点数を記載する。（項番82）

ナ　歯周疾患処置は、「Ｐ処」の項に点数及び回数を記載する。（項番80）

ニ　歯周基本治療処置は、「Ｐ基処」の項に点数を記載する。

ヌ　口腔内消炎手術は、「切開」の項のうち、歯肉膿瘍等は左欄に、骨膜下腫瘍等は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、智歯周囲炎の歯肉弁切除等は、「その他」の欄に点数及び回数を記載する。（項番101）

ネ　抜歯手術は、「抜歯」の項のうち、乳歯は「乳」の項に、前歯は「前」の項に、臼歯は「臼」の項に、埋伏歯は「埋」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。

また、前歯及び臼歯の難抜歯加算は、「前」又は「臼」の項の「＋　×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載し、下顎完全埋伏智歯（骨性）及び下顎水平埋伏智歯に係る加算は、「埋」の項の「＋　×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載する。（項番96）

ノ　区分「Ｉ１００」又は「Ｊ３００」により特定薬剤を算定する場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番91、、108）

ハ　「その他」欄について

（ア）　処置又は手術のうち、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

場合は、点数及び回数を記載する。(項番70、83、87、92、104)

（イ） 診療時間以外、休日若しくは深夜加算を算定する処置又は手術は、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例の場合も、点数及び回数を記載する。(項番71、93)

（ウ） 口腔内装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び口腔内装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。(項番84)

（エ） 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。(項番85)

（オ） 舌接触補助床を製作又は旧義歯を用いた場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。

（カ） 術後即時顎補綴装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。

（キ） 口腔内装置調整・修理の「１　口腔内装置調整」の「イ　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合」、「ロ　歯ぎしりに対する口腔内装置の場合」、「ハ　イ及びロ以外の場合」又は「２　口腔内装置修理」を行った場合は、点数を記載する。

（ク） 周術期等専門的口腔衛生処置１は、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は、術前又は術後に応じて、それぞれ点数を記載する。

周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して当該処置を行った場合は、点数を記載する。また、周術期等専門的口腔衛生処置２は、点数を記載する。(項番88)

（ケ） 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置は、点数を記載する。

（コ） 口腔粘膜処置は、点数を記載する。

（サ） 入院を必要とするＨＩＶ抗体陽性の患者に対する観血的手術加算は、加算後の点数及び回数を記載する。(項番95)

（シ） メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）感染症患者に対する加算は、加算後の点数及び回数を記載する。

（ス） 内視鏡下加算は、加算後の点数及び回数を記載する。

（セ） 歯根端切除手術における、「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」を行う場合は、点数及び回数を記載する。(項番97)

（ソ） 歯の再植術又は歯の移植手術は、点数及び回数を記載する。(項番98、99、100)

（タ） 歯周外科手術における歯周ポケット掻爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離掻爬手術、歯周組織再生誘導手術及び歯肉歯槽粘膜形成手術は、点数を記載する。(項番102)

（チ） 手術時歯根面レーザー応用加算は、点数及び回数を記載する。(項番103)

（ツ） 広範囲顎骨支持型装置埋入手術は、点数及び回数を記載する。(項番105)

（テ） 広範囲顎骨支持型装置掻爬術は、点数を記載する。(項番106)

（ト） レーザー機器加算は、点数及び回数を記載する。(項番107)

（ナ） 「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。(項番109)

ヒ　乳幼児加算、歯科診療特別対応加算、歯科訪問診療時の加算等を伴う処置及び手術は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載する。(項番72、94)

(27)　「麻酔」欄について

ア　伝達麻酔は「伝麻」の項に、浸潤麻酔は「浸麻」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

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（６歳未満）加算又は歯科診療特別対応加算等を伴う麻酔は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記

載する。

ウ　「その他」欄について

（ア）　区分「Ｋ１００」による麻酔薬剤は、点数及び回数を記載する。（項番114）

（イ）　吸入鎮静法は、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。（項番112）

（ウ）　静脈内鎮静法は、点数及び回数を記載する。なお、使用薬剤は、点数を記載する。（項番113）

（エ）　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は、麻酔名、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。（項番110）

（オ）　診療時間以外、休日又は深夜加算等を算定する麻酔料は、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例も同様に、点数及び回数を記載する。（項番111）

(28)　「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ア　各項に点数を記載する場合は、技術料及び材料料を合算した点数（乳幼児加算又は歯科診療特別対応加算等は、当該加算点数を更に合算した点数）並びに回数を記載する。ただし、有床義歯、有床義歯内面適合法及び床修理は、技術料、材料料及び装着料を合算した点数並びに回数を記載する。

また、充填は、技術料及び充填材料料を別の項に記載する。なお、装着材料料は「装着材料」の項に、人工歯料は「人工歯」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

イ　補綴時診断料は、「補診」の項のうち、欠損補綴物を新たに製作する場合は左欄に、有床義歯修理又は有床義歯内面適合法を実施した場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番116）

ウ　クラウン・ブリッジ維持管理料は、「維持管理」の項の左から単冠、支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下のブリッジ、支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上のブリッジの順にそれぞれ点数及び回数を記載する。

エ　「印象」の項について

印象採得の「１　歯冠修復」の「イ　単純印象」、「１　歯冠修復」の「ロ　連合印象」、「２　欠損補綴」の「二　ブリッジ　（１）　５歯以下の場合」及び「２　欠損補綴」の「二　ブリッジ　（２）　６歯以上の場合」は、「印象」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。「２　欠損補綴」の「イ　単純印象　（１）　簡単なもの」、「２　欠損補綴」の「イ　単純印象　（２）　困難なもの」、「２　欠損補綴」の「ロ　連合印象」及び「２　欠損補綴」の「ハ　特殊印象」は、「印象」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。なお、「印象」の項に書ききれない場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番120）

オ　咬合採得の「１　歯冠修復」、「２　欠損補綴」の「イ　ブリッジ　（１）　５歯以下の場合」及び「２　欠損補綴」の「イ　ブリッジ　（２）　６歯以上の場合」は、「咬合」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。咬合採得の「２　欠損補綴」の「ロ　有床義歯　（１）　少数歯欠損」、「２　欠損補綴」の「ロ　有床義歯　（２）　多数歯欠損」及び「２　欠損補綴」の「ロ　有床義歯　（３）　総義歯」は、「咬合」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。（項番122）

カ　ブリッジの試適の「５歯以下の場合」及び「６歯以上の場合」は「試適」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。仮床試適の「少数歯欠損」、「多数歯欠損」及び「総義歯」は、「試適」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。

キ　「歯冠形成」欄について

（ア）　生活歯歯冠形成は、「(生単)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の４分の３冠及びＣＡＤ／ＣＡＭ冠の場合は「前Ｃ」の項に、その他の金属冠、乳歯冠(乳歯金属冠を除く。)及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金硬」の項に、乳歯金属冠及び小児保隙装置の場合は「乳」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

（イ）　ブリッジに対する生活歯歯冠形成は「(生ブ)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の４分の３冠、接着冠及び高強度硬質レジンブリッジの場合は「前接」の項に、その他の金属冠の場合は「金」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。また、ブリッジ支台歯形成加算は、項中の「＋　×」欄にその加算点数及び回数を記載する。

（ウ）　失活歯歯冠形成は、「(失単)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の４分の３冠及びＣＡＤ／ＣＡＭ冠の場合は「前Ｃ」の項に、その他の金属冠、乳歯冠(乳歯金属冠を除く。)及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金硬」の項に、乳歯金属冠及び小児保隙装置の場合は「乳」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

　また、レジン前装金属冠、金属冠及び非金属冠において、メタルコアにより支台築造した歯に対する加算は、項中の「＋　×」欄に記載する。

（エ）　ブリッジに対する失活歯歯冠形成は「(失ブ)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の４分の３冠及び高強度硬質レジンブリッジの場合は「前」の項に、その他の金属冠の場合は「金」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。また、レジン前装金属冠、金属冠及び非金属冠において、メタルコアにより支台築造した歯に対する加算は、項中の「＋　×」欄の左欄に、ブリッジ支台歯形成加算は、項中の「＋　×」欄の右欄にその加算点数及び回数を記載する。

（オ）　窩洞形成は、「(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。なお、複雑なものにおけるブリッジ支台歯形成加算は、複雑なものの下欄に加算点数及び回数を記載する。

　また、う蝕歯無痛的窩洞形成加算は、ブリッジ支台歯形成加算の下欄に点数及び回数を記載する。(項番117)

（カ）　う蝕歯即時充填形成は、「充形」の項に点数及び回数を記載し、う蝕歯無痛的窩洞形成加算は、項中の「＋　×」欄に点数及び回数を記載する。(項番118)

（キ）　う蝕歯インレー修復形成は、「修形」の項に点数及び回数を記載する。

ク　「充填」の項について

（ア）　充填に係る技術料は、「充填１」又は「充填２」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。(項番123)

（イ）　充填に際して歯科用充填材料Ⅰの複合レジン系を用いた場合は「材充Ⅰ」の項の上欄に、グラスアイオノマー系を用いた場合は「材充Ⅰ」の項の下欄に、歯科用充填材料Ⅱの複合レジン系を用いた場合は「材充Ⅱ」の項の上欄に、グラスアイオノマー系を用いた場合は「材充Ⅱ」の項の下欄に、それ以外の材料を用いた場合は「その他」欄に、それぞれ充填材料の点数及び回数を記載する。なお、それぞれの項において、充填の「単純なもの」は左欄に、充填の「複雑なもの」は右欄に記載する。

ケ　「支台築造」の項について

（ア）　間接法において、メタルコアによる支台築造は、「メタル」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、

ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を部位毎にそれぞれ記載する。(項番119)

（イ） 直接法において、その他の支台築造は、「その他」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を部位毎にそれぞれ記載する。(項番119)

（ウ） 支台築造印象は「支台印象」の項に点数及び回数を記載する。

コ 「リテイナー」の項について

「リテイナー」の項は、支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

サ 「金属歯冠修復」の項について

（ア） 乳歯、前歯及び小臼歯に銀合金を用いた金属歯冠修復は、「乳前小銀」の項の左から、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冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載する。

（イ） 前歯及び小臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「前小パ」の項の左から、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冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載する。(項番124)

（ウ） 大臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「大パ」の項の左から、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。）及び接着冠、全部金属冠の順に点数及び回数を記載する。

（エ） 大臼歯に鋳造用銀合金を用いた金属歯冠修復は、「大銀」の項の左から、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。）及び接着冠、全部金属冠の順に点数及び回数を記載する。

（オ） 鋳造用ニッケルクロム合金を用いた金属歯冠修復は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。(項番124､125)

（カ） 可動性連結装置は、当該装置を装着した歯に対する金属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。

（キ） 装着材料料は、「装着材料」の項に点数及び回数を記載する。

シ 「仮着」の項について

ブリッジの仮着は、支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ス テンポラリークラウンは、「ＴｅＣ」の項に点数及び回数を記載する。

セ 「硬ジ」の項、「乳」の項及び「ＣＡＤ」の項について

（ア） 硬質レジンジャケット冠は、「硬ジ」の項のうち、光重合硬質レジンを左欄に、加熱重合硬質レジンを右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。(項番126)

（イ） 乳歯冠は、「乳」の項の左欄に乳歯金属冠を、右欄には乳歯に対するジャケット冠を、それぞれ点数(ジャケット冠は人工歯料を除く。)及び回数を記載する。

（ウ） ＣＡＤ／ＣＡＭ冠は、「ＣＡＤ」の項のうち、小臼歯に対するものは「小」の項に、大臼歯に対するものは「大」の項に点数及び回数を記載する。(項番127)

ソ 「ポンティック」の項について

（ア）　鋳造ポンティックは、「鋳造」の項のうち、大臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、小臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、銀合金を用いた製作は「銀」の項に、点数及び回数を記載する。（項番130）

（イ）　レジン前装鋳造ポンティックは、「前装」の項のうち、前歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ前」の項に、小臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、大臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、前歯に対する銀合金を用いた製作は「銀前」の項に、小臼歯に対する銀合金を用いた製作は「銀小」の項に、大臼歯に対する銀合金を用いた製作は「銀大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番130）

（ウ）　鋳造用ニッケルクロム合金を用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番129）

タ　「Br装着」の項について

ブリッジを装着した場合の装着料は、「Br装着」の項のうち、ブリッジ１装置について支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

チ　「装着」の項について

歯冠修復物を装着した場合は、点数及び回数を記載する。なお、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠装着は、項中の「＋　×」欄に加算点数及び回数も記載する。

ツ　「有床義歯」の項について

有床義歯は、点数及び床数を記載する。（項番131、132）

テ　「床適合」の項について

硬質材料を用いた有床義歯内面適合法は、点数及び床数を記載する。なお、軟質材料を用いた有床義歯内面適合法は、「その他」欄に点数を記載する。また、有床義歯内面適合法に伴う歯科技工加算１又は２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番139、140）

ト　「床修理」の項について

有床義歯修理は、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。また、有床義歯修理に伴う歯科技工加算１及び２において、歯科技工加算１は項中の「＋　×」欄の左欄に加算点数及び回数を記載し、歯科技工加算２は項中の「＋　×」欄の右欄に加算点数及び回数を記載する。（項番137、138）

ナ　「人工歯」の項について

人工歯料は、点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、「人工歯」の項の記載は上欄左から右へ記載する。なお、書ききれない場合は、中欄から下欄へ順に点数及び回数を記載する。

ニ　「バー」の項について

（ア）　鋳造バーは、「鋳」の項のうち、鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ」の項に、鋳造用コバルトクロム合金を用いた製作は「コ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。鋳造用ニッケルクロム合金を用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番135）

（イ）　屈曲バーは、「屈曲」の項のうち、不銹鋼及び特殊鋼による屈曲バーの製作は「不特」の項に、保持装置の使用は「保」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ヌ　「鋳造鉤」の項について

（ア）　歯科鋳造用14カラット金合金による鋳造鉤の製作は「14Ｋ」の項に、鋳造用金銀パラジウム合金による製作は「パ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

（イ）　（ア）の場合の「14Ｋ」の項及び「パ」の項は、上から大・小臼歯の双子鉤、犬歯・小臼歯の双子鉤、大臼歯の二腕鉤（レスト付き）、犬歯又は小臼歯の二腕鉤（レスト付き）、前歯（切歯）の二腕鉤（レスト付き）を記載する。

（ウ）　鋳造用コバルトクロム合金を用いた製作は、「コ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。鋳造用ニッケルクロム合金を用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番134）

（エ）　（ウ）の場合の「コ」の項は、双子鉤は上欄に、二腕鉤（レスト付き）は下欄に、それぞれ記載する。

ネ　「線鉤」の項について

（ア）　歯科用14カラット金合金鉤用線を用いた製作は「14Ｋ」の項に、不銹鋼及び特殊鋼を用いた製作は「不・特」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

（イ）　（ア）の場合の「14Ｋ」の項は、双子鉤は上欄に、二腕鉤（レスト付き）は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

（ウ）　（ア）の場合の「不・特」の項は、双子鉤は左上欄に、二腕鉤（レスト付き）は左下欄に、二腕鉤（レスト無し）は右上欄に、間接支台装置は右下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ノ　「修理」の項について

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法以外の修理は、点数及び回数を記載する。

ハ　「その他」欄について

（ア）　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は、所定点数の100分の70に相当する点数及び回数を記載する。（項番115）

（イ）　小児保隙装置は、点数及び回数を記載する。（項番128）

（ウ）　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は、名称、部位、点数及び回数を記載する。（項番133）

（エ）　レジンインレー又は高強度硬質レジンブリッジ等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、点数及び回数を記載する。

なお、高強度硬質レジンブリッジの装着を行った場合の装着料は、加算を合算した点数及び回数を記載する。（項番115）

（オ）　コンビネーション鉤は、点数及び回数を記載する。

（カ）　新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して６月以内の当該有床義歯の修理及び有床義歯内面適合法は、それぞれの点数の100分の50に相当する点数及び装着料を合算した点数を記載する。（項番137、138、139、140）

（キ）　脱離した歯冠修復物の再装着は、点数及び回数を記載する。（項番121）

（ク）　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、ブリッジ１装置について、支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合又は支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合に分けて、点数及び回数を記載する。（項番121）

（ケ）　歯科鋳造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復は、点数及び回数を記載する。（項

番124）

（コ）　広範囲顎骨支持型補綴物管理料、広範囲顎骨支持型補綴診断料、広範囲顎骨支持型補綴又は広範囲顎骨支持型補綴物修理は、それぞれ点数を記載すること。（項番141）

（サ）　「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

（シ）　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の当該歯冠修復物又は欠損補綴物は、該当する記載欄に装着料を含まない点数及び回数を記載する。（項番115）

(29)　歯科矯正について

ア　全体の「その他」欄に記載する。（項番142～151）

（ア）　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、それぞれ点数と装着料を合算した点数を記載する。

（イ）　植立は点数を記載する。また、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は、点数を記載する。（項番148）

(30)　その他の項目について

ア　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の療養担当手当は、全体の「その他」欄に点数を記載する。

イ　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、明細書と同じ大きさの用紙（用紙の色は白色で可とする。）に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別番号（例；１社・国　１単独　２本外）、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。

(31)　「点数」欄について

「初診」欄から全体の「その他」欄までのそれぞれの合計点数を記載する。

医療保険と公費負担医療の併用の場合は、「点数」欄を縦に区分して、左欄から順に医療保険に係る請求点数、第１公費に係る請求点数、第２公費に係る請求点数を記載するが、公費負担医療に係るすべての請求点数が医療保険に係る請求点数と同じ場合は、「点数」欄を縦に区分して、当該公費負担医療に係る請求点数を記載することを省略しても差し支えない。

なお、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給付の内容が医療保険と異なる場合は、公費負担医療に係る請求点数が医療保険に係る請求点数と異なることとなるので、「点数」欄を縦に区分して、公費負担医療に係る請求点数も必ず記載する。

また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様とする。

(32)　「合計」欄について

請求する医療保険に係る合計点数を記載する。

(33)　「一部負担金額」欄について

ア　医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示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。）は、次による。

（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。ただし、災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。

（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」の文字を〇で囲み、「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」の文字を〇で囲む。

また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を〇で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の文字を〇で囲む。

イ　医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示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は、以下による。

（ア）　高額療養費が現物給付された者に限り記載し、支払いを受けた一部負担金の額を記載する。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」の項の上段に（　）で再掲するものとし、下段に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。なお、「一部負担金」の項に記載しきれない場合には、「摘要」欄に（　）で再掲して差し支えない。

（イ）　健康保険法施行令第43条第１項並びに同条第５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、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。

（ウ）　健康保険法施行令第43条第１項第２号ニ、国民健康保険法施行令第29条の４第１項第３号ニ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号ニに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載する。

（エ）　健康保険法施行令第43条第１項第２号ハに掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の４第１項第３号ハ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号ハに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載する。

（オ）　健康保険、国民健康保険及び退職者医療において、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合は減額割合を記載して「割」の文字を〇で囲み、「円」単位で減額される場合は減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の文字を〇で囲む。

また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を〇で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の文字を〇で囲む。

（カ）　後期高齢者医療において、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は減額割合を記載して「割」の文字を〇で囲み、「円」単位で減額される場合は減額後の一部負担金の金額を記載して「円」を〇で囲む。また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を〇で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の文字を〇で囲む。

(34)　「公費分点数」欄について

ア　「請求」の項は、第１公費に係る合計点数を記載する。なお、第２公費に係る合計点数がある場合は、括弧書きで記載する。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。

　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公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えない。

イ　「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は、公費でないものとみなして記載する。

(35)　「患者負担額（公費）」欄について

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、「一部負担金」の項に金額を記載するものの場合は（33）のイの(ア)により記載した額を、金額の記載を要しないものの場合は１０円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載する。なお、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（高額療養費が現物給付された場合に限る。）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に限る。）と感染症法との併用の場合は、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載する。

また、障害者総合支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額は、１０円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）に10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載する。ただし、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・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化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、当該公費に係る負担額は「患者負担額（公費）」欄への記載は要しない。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者は、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。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の２割相当の額が、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割相当の額(「一部負担金額」の項に金額を記載するものは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は10円未満の端数を四捨五入する前の額。)を記載する。

(36)　その他

ア　歯科の入院に係る費用の請求に当たっては、原則として医科入院の明細書を使用する。

　この場合、当該明細書の「保険種別１」欄の左の欄の「１　医科」を「３　歯科」と訂正す

る。

また、その記載に当たっては、医科の記載要領に準拠して記載し、「歯冠修復及び欠損補綴」等歯科独自の診療行為は「摘要」欄に診療行為名、点数及び必要事項を記載する。

イ　「処置・手術」等のうち、該当する記載欄を設けていないが頻度の高いものは、「処置・手術」等の「その他」欄に予め印刷しても差し支えない。

ウ　平成18年３月31日保医発第0331002号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」と表示する。なお、同月内に同患者につき、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し「摘要」欄に記載する。

エ　公費負担医療のみの場合において、請求点数を後期高齢者医療の診療報酬点数表による場合は、「特記事項」欄に「後保」と表示する。

オ　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９項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えた場合は、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長２」と記載する。ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、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現物給付化することが困難な場合を除く。

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。なお、「交」等従来行われていた記載も差し支えない。

キ　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５号又は第７号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「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。また、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５号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の診療報酬請求項目と区別して記載すること。

ク　地方厚生（支）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は、「特記事項」欄に「先進」と記載し、先進医療の名称及び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。

ケ　「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求は、「特記事項」欄に「制超」と記載する。

また、実施したリハビリテーションごとに、「摘要」欄に「リハ選」と記載し、併せて「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。

コ　70歳以上で「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅣであるもの）が提示された場合（タに該当する場合を除く。）には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。

サ　70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅢであるもの）が提示された場合（ヘに該当する場合を除く。）には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。

シ　70歳以上で「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅠ又はⅡ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。

ス　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又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合は、「特記事項」欄に「二割」と記載する。

セ　自己負担限度額特例対象被扶養者等は、「特記事項」欄に「高半」と記載する。

ソ　高齢者医療確保法第50条第２号に該当する者（65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が75歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が２分の１とならない場合）は、「摘要」欄に「障害」と記載する。

タ　前コにおける「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合には、「特記事項」欄に「多上」と記載すること。

チ　（削除）

ツ　（削除）

テ　電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合は、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求し、各規定により「摘要」欄に算定日（初回算定日及び前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く。）を記載する点数は、その記録を省略しても差し支えない。ただし、平成24年３月診療以前分は、「摘要」欄に算定日を記載する点数の各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記載する。

ト　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５号の２又は第７号の２に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。

ナ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

ニ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。

ヌ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の特定医療費受

給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

ネ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。

ノ　70歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

ハ　前ナにおける「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多ア」と記載すること。

ヒ　前ニにおける「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多イ」と記載すること。

フ　前ヌにおける「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載すること。

ヘ　前ネにおける「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合には、「特記事項」欄に「多エ」と記載すること。

ホ　前ノにおける「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多オ」と記載すること。

マ　別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合には、

「特記事項」欄に「申出」と記載するとともに、当該療養の名称及び当該療養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。

ミ　医療法第30条の13に規定する病床機能報告制度において、医療法施行規則第30条の33の６第１項に規定するレセプト情報による方法の場合であって、病棟情報を電子レセプトに記録する場合は、「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録について」（平成28年３月25日医政地発0325第１号）によること。

Ⅳ　調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第１　調剤報酬請求書に関する事項（様式第４）

１　「平成　年　月分」欄について

調剤年月又は外来服薬支援料若しくは退院時共同指導料を算定した年月（以下「調剤年月等」という。）を記載すること。したがって、調剤年月等の異なる調剤報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの調剤年月分等について調剤報酬請求書を作成すること。なお、調剤年月等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、この限りではないこと。

２　「薬局コード」欄について

それぞれの薬局について定められた薬局コード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　　全国健康保険協会理事長
　　千代田区長
　　東京都知事

４　「平成　年　月　日」欄について

調剤報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

５　「保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名、　印　」欄について

（１）　保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名については、保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については開設者から調剤報酬につき委任を受けている場合は、保険薬局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、予め保険薬局の所在地、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ものであること。また、保険薬局自体で調剤報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労をはぶくため、保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

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」に示すとおりであること。

（２）　「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「処方せん受付回数」欄には明細書の受付回数の合計を、「点数」欄には明細書の「請求」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「一部負担金」欄の「保険」の項に係る「一部負担金」の項の合計を記載すること。

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（７０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（７０以上７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（６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。なお、処方箋受付回数及び点数については、記載を省略して差し支えない。

（４）　医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあっては、「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」に示すとおりであること。

（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）　「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項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）　「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、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。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項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。

（５）　「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「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

８　「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

（１）　公費負担医療のみで２種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る

明細書分を記載すること。

公費負担医療が２種の場合、例えば、感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法に係る分とを併せて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載して当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、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総合支援法の３種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

（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、１枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、２件ないし３件となること。

（３）「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項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「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（５）「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、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。ただし、「請求」欄の「公費②」の項の記載を省略した明細書については、請求欄の「公費①」の項に記載した点数が、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。また、特例的に３種の公費負担医療の併用を行った場合には、生活保護法に係る点数は「請求」欄の「保険」の項の点数をも合計して記載すること。

９　「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、「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請求分を記載すること。

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」により示すとおりであること。

（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）「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「①」の項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「一部負担金額」欄の「公費①」の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（５）「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計し、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

10　「②合計」欄について

「公費と医保の併用」、「公費と公費の併用」及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

11　「総件数①＋②」欄について

「①合計」及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

12　その他

（１）　請求に係る月の処方箋受付回数を「備考」欄に記載すること。

（２）　服薬情報等提供料、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又は在宅患者緊急時等共同指導料を算定した月とその基となる調剤月が異なる場合は、「処方せん受付回数」は調剤月について計上すること。また、長期投薬若しくは後発医薬品に係る分割調剤の調剤基本料を算定する場合、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤を行う場合又は服薬情報等提供料、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、服用薬剤調整支援料、外来服薬支援料若しくは退院時共同指導料のみの算定を行っている場合は、「件数」としては１件、「受付回数」としては０件として計上すること。

第１の２　調剤報酬請求書に関する事項（様式第９）

調剤報酬請求書に関する事項については、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ものであること。

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、「処方せん受付回数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄については、第１の６の（２）と同様であること。この場合、第１の６の（２）中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と読み替えるものであること。

（３）　医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあっては、「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」に示すとおりであること。

（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）　「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項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）　「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、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。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項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。

（５）　「一部負担金」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

第２　調剤報酬明細書の記載要領（様式第５）

１　調剤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）　同一患者につき、同一医療機関の保険医が交付した処方箋に係る調剤分については、一括して１枚の明細書に記載すること。ただし、歯科と歯科以外の診療科の処方箋については、それぞれ別の明細書に記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については、処方箋に基づく調剤分に係る明細書とは別とし、それぞれ単独の明細書とすること。

（４）　１枚の処方箋の使用期間が次月にまたがる場合については、当該処方箋に係る調剤実行為を行った月の調剤分として請求すること。

（５）　服薬情報等提供料は、算定の対象となる情報提供を実施した月の分として請求すること。

（６）　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、算定の対象となる訪問薬剤管理指導を実施した月の分として請求すること。

（７）　月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別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。なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。

（８）　１枚の明細書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、調剤年月等、薬局コード、患者氏名、保険種別（例：１社・国　１単独　２本外）、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・被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。

（９）　電子計算機の場合は、以下によること。

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、複数の選択肢より○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　調剤報酬明細書に関する事項

（１）　「平成　年　月分」欄について

調剤年月等を記載すること。

（２）　「都道府県番号」欄について

別添２の設定要領の別表２に掲げる都道府県番号表に従い、保険薬局の所在する都道府県の番号を記載すること。

（３）　「薬局コード」欄について

それぞれの薬局について定められた薬局コード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、以下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、以下の左の別に応じ、右の番号のうち１つを〇で囲むこと。

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　「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち１つを〇で囲むこと。なお、未就学者である患者は「４」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「８」又は「０」を〇で囲むこととする。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」を〇で囲むこととし、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を〇で囲むこと。

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・低所得者外来	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

（注）　高齢受給者一般・低所得者のうち、平成20年２月21日保発第0221003号別紙に定める特例措置により１割負担となる者と、適用を受けない２割負担の者の判別については、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、特段の記載は必要ない。

エ　電子計算機の場合は、以下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（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）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

イ　公費負担医療単独の場合及び公費負担医療のみの場合は、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〇で囲むか、（　）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　被保険者証等の「被保険者証・被保険者手帳等の記号・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〇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①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

ア　調剤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」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄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「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」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こと。

（９）　「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について

調剤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①」欄に、第２公費については「公費負担医療の受給者番号②」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〇で囲むこと。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　生年月日は以下によること。

（ア）　該当する元号を〇で囲み、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。

エ　電子レセプトによる請求を行う場合は、アによる姓名と別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

(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、「１　職務上」、「２　下船後３月以内」又は「３　通勤災害」のうち該当するものを〇で囲むこと。ただし、「１　職務上」及び「３　通勤災害」については、災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。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」の番号を〇で囲むこと。

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、それぞれ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として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

該当するものについては、Ⅱの第３の２の(13)と同様とすること。

(13)　「保険薬局の所在地及び名称」欄について

ア　保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。また、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

イ　麻薬を調剤した場合は、麻薬小売業の免許番号を欄の下部に「麻：〇〇〇〇〇〇〇〇〇号」と記載すること。

(14)　「保険医療機関の所在地及び名称」欄、「都道府県番号」欄、「点数表番号」欄及び「医療機関コード」欄について

処方箋を発行した保険医（以下「処方医」という。）が診療に従事する保険医療機関の所在地、名称、都道府県番号、点数表番号及び医療機関コードを処方箋に基づいて記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に所在地及び名称をカタカナで記載しても差し支えないこと。

(15)　「保険医氏名」欄について

処方医である医師又は歯科医師の姓名を記載すること。

なお、同一医療機関で同一患者に対し、異なる医師又は歯科医師が処方箋を発行した場合には、当該欄に当該処方医の姓名を１の項から順番に記載すること。処方箋を発行した医師又は歯科医師の数が10人を超えた場合は、「摘要」欄に１１以降の番号を付して医師又は歯科医師の姓名を記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

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、この場合には姓と名の間にスペースをとること。

(16)　「受付回数」欄について

ア　「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、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公費に係る処方箋の受付回数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の処方箋の受付回数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第１公費に係る処方箋の受付回数が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る処方箋の受付回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公費に係る処方箋の受付回数が第１公費に係る処方箋の受付回数と同じ場合は、第２公費に係る処方箋の受付回数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ　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交付された処方箋を同一日に受け付けた場合は、複数診療科に係るものであっても枚数にかかわらず受付回数は１回となること。ただし、歯科診療に係る処方箋とそれ以外の処方箋についてはこの限りでない。また、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤に係る調剤基本料を算定する調剤、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤並びに服薬情報等提供、在宅患者訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急時等共同指導、服用薬剤調整支援料、外来服薬支援及び退院時共同指導は、受付回数としては計上しないこと。

(17)　「医師番号」欄から「加算料」欄について

「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合であっても、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。感染症法と生活保護法との併用の場合は生活保護法に係る調剤が該当するものであること。

(18)　「医師番号」欄について

当該処方箋を発行した医師又は歯科医師の「保険医氏名」欄の該当番号を記載すること。ただし、処方箋を発行した医師又は歯科医師が１枚の明細書において１名の場合は、番号の記載を省略しても差し支えないこと。

(19)　「処方月日」欄について

処方箋が交付された月日を記載すること。

(20)　「調剤月日」欄について

保険薬剤師が調剤した月日を記載すること。

なお、「処方月日」欄の月と調剤した月とが同一の場合は、月の記載を省略しても差し支えないこと。

(21)　「処方」欄について

ア　所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあっては１剤１日分、湯薬にあっては内服薬に準じ１調剤ごとに１日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあっては１調剤分）ごとに調剤した医薬品名、用量（内服薬及び湯薬については、１日用量、

内服用滴剤、注射薬及び外用薬（ただし、湿布薬を除く。）については、投薬全量、屯服薬については１回用量及び投薬全量）、剤形及び用法（注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。）を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せて記載すること。また、湿布薬の用量については、湿布薬の枚数としての投薬全量を記載するとともに、湿布薬の枚数としての１日用量又は投与日数を併せて記載すること。

ただし、服用時点が同一であっても投薬日数が異なる内服薬に係る調剤及び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、それぞれ別の欄（線により区切られた部分をいう。以下同じ。）に記載すること。

イ　異なる調剤日に調剤を行った場合又は同一処方を異なった医師が発行した場合であっても、調剤数量以外の処方内容が同一である場合には１欄の記載のみで差し支えないこと。

ウ　医薬品名は原則として調剤した薬剤の名称、剤形及び含量を記載すること。

エ　剤形は「内服」、「内滴」、「屯服」、「浸煎」、「湯」、「注射」、「外用」と記載すること。

オ　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厚生（支）局長に届け出た保険薬局については、所定単位当たりの薬剤料が175円以下の場合は医薬品名、規格、用量の記載を省略しても差し支えないが、剤形及び用法は記載すること。

なお、次の場合は医薬品名、規格、用量、剤形、用法を記載するものであること。

（ア）　嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、自家製剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算及び計量混合調剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）を算定した場合

（イ）　同一処方箋により、２以上の医薬品を用いて内服薬を調剤した場合であって、別剤として調剤料を算定した場合

カ　特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針及び「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年３月厚生労働省告示第61号）の別表のＩに規定されている特定保険医療材料）を支給した場合は、他の処方とは別の欄に名称及びセット数等を記載すること。この場合、剤形は「材料」とすること。また、支給月日は「調剤月日」欄に、支給回数は「調剤数量」欄に、単位材料料は「単位薬剤料」欄に、材料料は「薬剤料」欄にそれぞれ記載すること。

キ　同一明細書の同一「処方」欄において、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、当該「処方」欄の公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。

ク　電子計算機の場合は、カタカナで記載しても差し支えないこと。

ケ　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６号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第３の２の(20)のカの(ウ)の例により「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。

(22)　「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の１単位（内服薬にあっては１剤１日分、湯薬にあっては内服薬に準じ１調剤ごとに１日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあっては１調剤分）当たりの薬剤料を記載すること。

なお、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、行を改めて公費負担医療に係る薬

剤料を記載し、当該薬剤料にアンダーラインを付すか、又はその左側に「＊」を付すこと。

(23)　「調剤数量」欄について

ア　「処方」欄記載の処方内容に係る調剤の単位数（内服薬及び湯薬にあっては投薬日数、内服用滴剤、浸煎薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあっては調剤回数）を調剤月日ごとに記載すること。

イ　分割調剤の場合は以下によること。

（ア）　長期投薬に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に 分 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、分 に代えて「Ｂ」と記載することも差し支えないものであること。

（イ）　後発医薬品に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に 試 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、試 に代えて「Ｔ」と記載することも差し支えないものであること。

（ウ）　医師の分割指示に係る分割調剤を行う場合は、単位数及び医の記号を付した総単位数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、医に代えて「Ｄ」と記載することも差し支えないものであること。

(24)　「調剤料」欄について

「処方」欄に掲げる調剤を行った際の調剤数量に応じた調剤料の点数を記載すること。ただし、調剤料が算定できない場合又は医師の指示による分割調剤の場合は、「０」を記載すること。

なお、内服薬及び湯薬について、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を同一薬局において行う場合には、第１回目の調剤から通算した日数に対応する調剤料から前回までに請求した調剤料の点数を減じた点数を記載すること。

(25)　「薬剤料」欄について

「処方」欄の所定単位当たりの薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数を記載すること。

(26)　「加算料」、「調剤基本料」、「時間外等加算」及び「薬学管理料」欄について

ア　通則

各欄又は「摘要」欄への調剤行為等の名称（以下この項において単に「名称」という。）、回数及び点数の記載方法は、次のイからオまでのとおりであること。また、名称、回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は、別表Ⅰ「調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」のとおりであること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、平成30年10月調剤分以降、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。

書面による請求を行う場合においては、名称について、別表Ⅱ「調剤行為名称等の略号一覧」に示す略号を使用して差し支えないこと。

イ　「加算料」欄について

（ア）　嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、自家製剤加算、計量混合調剤加算、予製剤加算又は無菌製剤処理加算を算定した場合は、当該名称を記載して加算点数（無菌製剤処理加算においては加算点数に日数を乗じた点数）の合計点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあっては「０」）を記載すること。

　また、一包化加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、同加算を算定する点数に対応する投薬日数が分かるように、原則として、当該日数が「調剤数量」欄に記載されている剤の欄に（当該日数の剤が複数ある場合は、いずれかの１欄にのみ）、一包化加算に係る点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあっては「０」）を記載すること。

　ただし、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、これに該当する場合であっても、これらの加算はどちらか１欄にのみ記載すること。

（イ）　一包化加算については、上記（ア）のほか、当該加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、一包化を行った全ての剤の「加算料」欄に名称を記載すること。

（ウ）　調剤基本料に対応する加算点数、夜間・休日等加算及び在宅患者調剤加算に係る点数については本欄には記載しないこと。

（エ）　電子計算機の場合は、麻 等の□を省略して記載しても差し支えないこと。以下、麻 等の略号を使用する場合について同様であること。

（オ）　１行で記載できない場合は、同欄において行を改めて記載しても差し支えないこと。

ウ　「調剤基本料」欄について

（ア）　医師の指示による分割調剤の場合を除き、「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公費に係る調剤基本料（地域支援体制加算の施設基準の届出を行った場合等にあっては、調剤基本料に地域支援体制加算、後発医薬品調剤体制加算１、後発医薬品調剤体制加算２若しくは後発医薬品調剤体制加算３又は区分番号00の注３若しくは注６を適用して算出した点数。）に処方箋受付回数を乗じた点数、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を行った場合は算定可能な分割調剤の回数に５点を乗じた点数及び在宅患者調剤加算の算定回数に15点を乗じた点数を合算した点数を記載すること。

　また、記載した点数の上部に該当する調剤基本料及びその加算等について、名称を記載すること。さらに、在宅患者調剤加算を算定した場合は名称及びその回数を記載すること。

　なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

（イ）　本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する調剤基本料及びその加算等の名称及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「調剤基本料」欄に記載すること。

エ　「時間外等加算」欄について

（ア）　調剤基本料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算若しくは時間外加算の特例又は調剤料に係る夜間・休日等加算（かかりつけ薬剤師包括管理料を基礎額とする場合を含む。）

を算定した場合（ただし、医師の指示による分割調剤の場合を除く。）は、名称を「保険」の項の上欄に記載すること。

（イ） 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の下欄、「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公費に係る時間外等の加算点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

オ 「薬学管理料」欄について

（ア） 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の上欄には、算定した薬学管理料（薬学管理料の加算を含む。以下同じ。）の名称と回数を下記により記載すること。

① 薬剤服用歴管理指導料を算定した場合は該当する名称をを記載してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算又は乳幼児服薬指導加算を算定した場合は、薬剤服用歴管理指導料の回数の次にそれぞれ名称及び回数を記載すること。

② かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算又は乳幼児服薬指導加算を算定した場合は、かかりつけ薬剤師指導料の回数の次に、それぞれ名称及び回数を記載すること。

③ かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

④ 外来服薬支援料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑤ 服用薬剤調整支援料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑥ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「１」、「２」又は「３」を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算又は乳幼児加算を算定した場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料の回数の次に併せてそれぞれ名称及び回数を記載すること。

⑦ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算又は乳幼児加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び回数を記載すること。

⑧ 在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算又は乳幼児加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び回数を記載すること。

⑨ 退院時共同指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑩ 服薬情報等提供料１又は服薬情報提供料２を算定した場合は、該当する名称及びその回数を記載すること。

⑪ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

（イ） 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の下欄、「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公費に係る薬学管理料の合計点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

（ウ） 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する薬学管理料又は加算の名称及び回

数を記載しても差し支えないが、合計点数は「薬学管理料」欄に記載すること。

(27)　「摘要」欄について

ア　介護保険に相当するサービスを行った場合に、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 の記号を付して居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の合計算定回数を記載すること。

イ　その他請求内容について特記する必要があればその事項を記載すること。

ウ　「摘要」欄に記載しきれない場合においては、「処方」欄下部の余白部分に必要事項を記載しても差し支えないこと。

(28)　「公費分点数」欄について

ア　「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る調剤報酬点数を記載することとするが、調剤報酬点数が「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

イ　医療保険と併用される公費負担医療において、医療保険単独の処方の場合は「公費分点数」欄には、「０」と記載すること。なお、公費負担医療の併用の場合も同様とすること。

ウ　「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬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調剤報酬点数を記載すること。なお、「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ調剤報酬点数の公費負担医療がある場合は、縦に区分すること及び調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

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。

(29)　「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

ア　「請求」欄には、「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公費に係る合計点数(分割調剤に係るものについては当該分割調剤の分割調剤技術料、薬剤料及び特定保険医療材料料の合計点数を、それ以外については「調剤報酬点数」欄、「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄の合計点数を計算し、それぞれ合算したものをいう。(30)において同じ。）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公費に係る合計点数の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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定

疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示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「一部負担金額」の項については、以下によること。

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」の字句を〇で囲み、「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」の字句を〇で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示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「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア）高額療養費が現物給付された者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。

（イ）　健康保険法施行令第43条第１項並びに同条第５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、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。

（ウ）　健康保険法施行令第43条第１項第２号ニ、国民健康保険法施行令第29条の４第１項第３号ニ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号ニに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。

（エ）　健康保険法施行令第43条第１項第２号ハに掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の４第１項第３号ハ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号ハに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。

（オ）　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」の字句を〇で囲み、「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」の字句を〇で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

（カ）　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」の字句を〇で囲み、「円」単位で減額される場合は、減額後の一部負担

金の金額を記載して「円」を〇で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

エ　「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第１公費及び第２公費に係る調剤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、「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合はウの(ア)により記載した額を、金額の記載を要しないものの場合は10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、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（高額療養費が現物給付された場合に限る。）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に限る。）と感染症法との併用の場合には、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、障害者総合支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用（高額療養費が現物給付された場合に限る。）の場合に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（高額療養費が現物給付された場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・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化された者に係るものを除く。）と感染症法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、難病法による特定医療又は肝炎治療特別促進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割相当の額（「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合は、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の場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の額。）を「一部負担金額」の項に記載すること。

(30)　その他

ア　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９項第１号又は同項第２号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長２」と記載すること。

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。

イ　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総合支援法の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、障害者総合支援法に係る分は「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）　生活保護法に係る処方箋受付回数は「受付回数」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「受付回数」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「受付回数」欄の「公費②」の項に記載すること。

（エ）　生活保護法に係る調剤基本料は「調剤基本料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「調剤基本料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「調剤基本料」欄の「公費②」の項に記載すること。

（オ）　生活保護法に係る調剤基本料の時間外等加算は「時間外等加算」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「時間外等加算」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「時間外等加算」欄の「公費②」の項に記載すること。

（カ）　生活保護法に係る薬学管理料は「薬学管理料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「薬学管理料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「薬学管理料」欄の「公費②」の項に記載すること。

（キ）「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、生活保護法に係る医師番号等を記載すること。

（ク）「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、右欄に障害者総合支援法に係る調剤報酬点数を記載することとするが、生活保護法に係る調剤報酬点数と同じものがある場合は、縦に２区分すること及び当該調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

（ケ）　生活保護法に係る合計点数は「請求」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は「請求」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る合計点数は「請求」欄の「公費②」の項に記載すること。

ウ　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５号又は第７号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「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。また、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５号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第３の２の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の調剤報酬請求項目と区別して記載すること。

エ　70歳以上で「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅣ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。

オ　70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅢ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。

カ　70歳以上で「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅠ又はⅡ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。

キ　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又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合には、「特記事項」欄に「二割」と記載すること。

ク　自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。

ケ　高齢者医療確保法第50条第２号に該当する者（65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が75歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が２分の１とならない場合）には、「摘要」欄に障害と記載すること。

コ　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５号の２又は第７号の２に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。

サ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

シ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。

ス　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

セ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。

ソ　70歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

タ　医師の分割指示に係る分割調剤を行った場合は、「医師番号」欄、「処方月日」欄及び「調剤月日」欄に当該分割調剤に係る医師番号、処方月日及び調剤月日を記載すること。また、「処方」欄に指示された分割回数及び当該分割調剤が何回目の分割調剤に相当するかを記載するほか、当該分割調剤における調剤基本料及びその加算等の名称及び点数、調剤料及びその加算の名称及び点数、薬学管理料及びその加算の名称及び点数を記載するとともに、分割調剤技術料（当該分割調剤における調剤基本料及びその加算等、調剤料及びその加算並びに薬学管理料の点数を合算し、当該合算点数を分割指示回数で除し、小数点以下第一位を四捨五入して得た点数をいう。）を併せて記載すること。

別表Ⅰ　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 （医科）

項番	区分	診療行為名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
1	A000	初診料	（初診の後、当該初診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年３月５日保医発0305第１号）別添１第１章第１部通則２のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001 820100002 820100003	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院 イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院 ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
			（注5のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を算定した場合） 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。		—
2	A000	初診料の妊婦加算等（注7、注10、注11の加算）	当該患者が妊婦である旨記載すること。	レセプト共通レコード「患者の状態001」又は820100348	妊婦
3	A001	再診料	（再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第１章第１部通則２のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001 820100002 820100003	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院 イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院 ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
			（同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合） 同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある旨を記載すること。	112008350 112016850 112008850 112015950 112016950 112017150	同日再診料 同日特定妥結率再診料 同日電話等再診料 電話等再診料（同一日複数科受診時の2科目） 同日電話等特定妥結率再診料 電話等特定妥結率再診料（同一日複数科受診時の2科目）
			（注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合） 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。		—
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「患者の状態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のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001 820100002 820100003	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院 イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院 ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
			（注5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「患者の状態001」又は820100348	妊婦
9	A003	オンライン診療料	特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料又は精神科在宅患者支援管理料のうち、当該患者が算定しているものを選択して記載するとともに、算定を開始した年月を記載すること。	820100006 820100007 820100008 820100009 820100010 820100011 820100012 820100013 820100014 820100015	特定疾患療養管理料算定患者 小児科療養指導料算定患者 てんかん指導料算定患者 難病外来指導管理料算定患者 糖尿病透析予防指導管理料算定患者 地域包括診療料算定患者 認知症地域包括診療料算定患者 生活習慣病管理料算定患者 在宅時医学総合管理料算定患者 精神科在宅患者支援管理料算定患者
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	（必要があって患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合） その医療上の必要性を記載すること。		—
			（患者の急性増悪により、療養病棟入院基本料を算定する病棟において、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合であって、療養病棟入院基本料の入院料Iを算定した場合） その医療上の必要性を記載すること。		—
			（回復期リハビリテーション入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する療養病棟において当該入院料に係る算定要件に該当しない患者について、療養病棟入院基本料の入院料Iを算定する場合） 非該当患者である旨を記載すること。		—
12	A101	療養病棟入院基本料の急性期患者支援療養病床初期加算又は在宅患者支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。		—
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○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	（必要があって患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合） その医療上の必要性を記載すること。		—
			（患者の急性増悪により、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病室において、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合であって、有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Eを算定した場合） その医療上の必要性を記載すること。		—
17	A109	有床診療所療養病床入院基本料の救急・在宅等支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。		—
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○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。		—
18	A204	地域医療支援病院入院診療加算	（当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合） 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。		—
19	A204-2	臨床研修病院入院診療加算	（当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合） 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。		—
20	A205の1	救急医療管理加算1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A205救急医療管理加算の（2）のアからケまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100016 820100017 820100018 820100019 820100020 820100021 820100022 820100023 820100024	ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急の手術、カテーテル治療等又はt－PA療法を必要とする状態
			（当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合） 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。		—

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
21	A205の2	救急医療管理加算2	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A205救急医療管理加算の(2)のアからケに準ずる重篤な状態について具体的に記載すること。		—
			(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。		—
22	A206	在宅患者緊急入院診療加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。		—
23	A207	診療録管理体制加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。		—
24	A212	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算	当該加算の算定開始日を記載すること。		—
25	A221-2	小児療養環境特別加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A221-2小児療養環境特別加算の(1)のア又はイに規定するもののうち、対象患者として該当するものを選択して記載すること。	820100025 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	(必要があっ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。		—
			（必要があっ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	（必要があっ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）。		—
			（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。		—
48	A309	特殊疾患病棟入院料	（必要があっ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 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）であった者が、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 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	（必要があっ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	（必要があっ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）。		—
			（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。		—
56	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、地域包括ケア入院医療管理が行われた場合	地域包括ケア入院医療管理を行う病室に入室した月日を記載すること。		—
			（必要があっ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 820100031 820100032 820100033 820100034 820100035 820100036 820100037 820100038 820100039 820100040 820100041 820100042	イ 通算対象入院料算定患者以外の患者 ロ 難病患者等入院診療加算を算定する患者 ハ 重症者等療養環境特別加算を算定する患者 ニ 厚生労働省告示に規定する難病患者等 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 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 ト ドレーン法等を実施している状態にある患者 チ 人工呼吸器を使用している状態にある患者 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 ヌ 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術患者 ル 15歳未満の患者 ヲ 小児慢性特定疾病児童等患者又は育成医療給付患者 ワ ロからヌまでに掲げる状態に準ずる状態にある患者
63	A	救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなす場合	死亡年月日及び死亡を確認した場所として、「処置室で死亡」、「手術室で死亡」、「処置室・手術室以外で死亡」の中から該当するものを選択して記載すること。 なお、「処置室・手術室以外で死亡」を選択した場合は、死亡を確認した場所を記載すること。	820100043 820100044 820100045	処置室で死亡 手術室で死亡 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<u>オ</u>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 820100047 820100048 820100049 820100050 820100051 820100052 820100053 820100054 820100055 820100056 820100057 820100058 820100059 820100060 820100061 820100062 820100063 820100391	（イ） 心疾患患者でジギタリス製剤を投与 （ロ） てんかん患者で抗てんかん剤を投与 （ハ） 気管支喘息等の患者でテオフィリン製剤を投与 （ニ） 不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与 （ホ） 統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与 （ヘ） 躁うつ病の患者でリチウム製剤を投与 （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 （チ） 臓器移植術を受けた患者で免疫抑制剤を投与 （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 （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 （ル） 悪性腫瘍の患者でメトトレキサートを投与 （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 （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 （カ） 片頭痛の患者でバルプロ酸ナトリウムを投与 （ヨ） イマチニブを投与 （タ） 留意事項通知に規定する患者でエベロリムスを投与 （レ） リンパ脈管筋腫症の患者でシロリムス製剤を投与 （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 オ 留意事項通知に規定する患者で抗生物質等を数日間以上投与
66	B001の2	特定薬剤治療管理料1の臓器移植加算	当該臓器移植を行った月日を記載すること。		—

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
67	B001の3	悪性腫瘍特異物質治療管理料	行った腫瘍マーカーの検査名を記載すること。		—
68	B001の4	小児特定疾患カウンセリング料	第1回目のカウンセリングを行った年月日を記載すること。		—
69	B001の10	入院栄養食事指導料	算定日を記載すること。		—
70	B001の12	心臓ペースメーカー指導管理料の導入期加算	ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー移植術、植込型除細動器移植術又は両室ペーシ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の12	心臓ペースメーカー指導管理料の植込型除細動器移行期加算	直近の算定年月及び使用開始日を記載すること。また、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部B001の12心臓ペースメーカー指導管理料の(5)の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植え込みまでの間使用
72	B001の12	心臓ペースメーカー指導管理料の遠隔モニタリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。		—
73	B001の14	高度難聴指導管理料のイ	人工内耳植込術を行った月日を記載すること。		—
74	B001の15	慢性維持透析患者外来医学管理料	(慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した場合) その必要性を記載すること。		—
			(本管理料を算定した月において、本管理料に包括されていないE001の1単純撮影(胸部を除く。)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ーマイクログロブリン検査 カ デフェロキサミンメシル酸塩投与患者のアルミニウムの検査
75	B001の16	喘息治療管理料1の重度喘息患者治療管理加算	当該加算に係る第1回目の治療管理を行った月日を記載すること。		—
76	B001の17	慢性疼痛疾患管理料	(当該患者に対し最初に当該管理料を算定した場合) 算定日を記載すること。		—
77	B001の23	がん患者指導管理料のロ	当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を記載すること。		—
78	B001の23	がん患者指導管理料のハ	当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を記載すること。		—
79	B001の26	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料の導入期加算	植込術を行った月日を記載すること。		—
80	B001の27	糖尿病透析予防指導管理料	ヘモグロビンA1cの値又は内服薬やインスリン製剤を使用している旨を記載すること。		—
81	B001の28	小児運動器疾患指導管理料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。		—
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第1部B001の28小児運動器疾患指導管理料の(6)により当該管理料を算定する場合) 初診時の年月日、年齢及び状態を記載すること。		—
82	B001の29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。		—
83	B001-2	小児科外来診療料	(院外処方せんを交付している者に対し、夜間緊急の受診等やむを得ない場合において院内投薬を行った場合) その理由を記載すること。		—
			(他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定しているため小児科外来診療料を算定しない場合) 他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定している旨記載すること。		—
84	B001-2-2	地域連携小児夜間・休日診療料	(病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合) その理由を詳細に記載すること。		—
85	B001-2-4	地域連携夜間・休日診療料	(病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合) その理由を詳細に記載すること。		—
86	B001-2-7	外来リハビリテーション診療料	算定日を記載すること。		—
87	B001-2-8	外来放射線照射診療料	算定日を記載すること。		—
			(所定点数の100分の50に相当する点数により算定する場合) 算定日を記載すること。		—
			(100分の50に相当する点数を算定したにもかかわらず、その後も治療を継続する場合) 治療を継続する医学的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	往診料の患家診療時間加算	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）のア又はイのうち、該当するものを記載すること。	820100072 820100073	ア　その診療科の医師でなければ困難な診療 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
			（「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（8）の規定により、他の保険医療機関からの求めがあった月から6月を超えて算定する場合） 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、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、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を使用している状態の患者の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100074 820100075 820100076 820100077 820100078 820100079 820100080 820100081 820100082 820100083 820100084 820100085 820100086 820100087 820100088 820100089 820100090 820100091 820100092 820100093	末期の悪性腫瘍 多発性硬化症 重症筋無力症 スモン 筋萎縮性側索硬化症 脊髄小脳変性症 ハンチントン病 進行性筋ジストロフィー症 パーキンソン病関連疾患（留意事項通知に規定するもの） 多系統萎縮症（留意事項通知に規定するもの） プリオン病 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 後天性免疫不全症候群 頸髄損傷の患者 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）の患家診療時間加算	診療時間を記載すること。		—
131	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（「1」に限る。）の在宅ターミナルケア加算	死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に行った往診又は訪問診療の日を記載すること。		—
			（当該患者が在宅以外で死亡した場合） 死亡前24時間以内に行った訪問診療の日時を記載すること。		—
132	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（「1」に限る。）の死亡診断加算	（「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン（平成29年９月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い、死亡診断加算のみを算定する場合） ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。		—
133	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 注9の規定により算定する場合（患家との距離が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）の患家診療時間加算	診療時間を記載すること。		—
136	C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）の在宅ターミナルケア加算	死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に行った往診又は訪問診療の日を記載すること。		—
			（当該患者が有料老人ホーム等以外で死亡した場合） 死亡前24時間以内に行った訪問診療の日時を記載すること。		—
137	C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）の死亡診断加算	（「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン（平成29年９月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い、死亡診断加算のみを算定する場合） ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。		—
138	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	当該月において往診又は訪問診療を行った日を記載すること。		—
			（単一建物診療患者が2人以上の場合） その人数を記載すること。		—
			（在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「同一建物居住者以外の場合」を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、A000初診料又はA001再診料又はA002外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合） その旨を記載すること。		—
			（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	介護職員等喀痰吸引等指示料	前回の指示書を交付した日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。		—
159	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料	（月2回以上算定した場合） 算定日を記載すること。		—
			（単一建物診療患者が2人以上の場合） その人数を記載すること。		—
			（1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合） 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100103 820100104 820100105 820100094	同居する同一世帯の患者が2人以上 管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下 当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下 ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所

項番	区分	診療行為名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
160	C009	在宅患者訪問栄養食事指導料	（単一建物診療患者が2人以上の場合） その人数を記載すること。		—
			（1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の 10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合） 「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）のア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　在宅自己連続携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（連続携行式腹膜灌流に限る。）を算定した場合） 算定した日を記載すること。		—
			（在宅自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。		—
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）のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	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 114046110 114010010 114010110 114010210 114015610 114005910 114046010 114006010 114007410	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） 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） 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） 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） 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） 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） 血糖自己測定器加算（20回以上）（1型糖尿病の患者を除く） 血糖自己測定器加算（30回以上）（1型糖尿病の患者を除く） 血糖自己測定器加算（40回以上）（1型糖尿病の患者を除く） 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ポカリン（NGAL）（尿）	（医学的必要性から4回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。		—
205	D002	尿沈渣（鏡検法）	（排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣（鏡検法）又は尿沈渣（フローサイトメトリー法）を同一日に併せて算定する場合） 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。		—
206	D002-2	尿沈渣（フローサイトメトリー法）	（排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣（鏡検法）又は尿沈渣（フローサイトメトリー法）を同一日に併せて算定する場合） 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。		—

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
207	D003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	D004-2の1	悪性腫瘍組織検査 1 悪性腫瘍遺伝子検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D004-2悪性腫瘍組織検査の(1)の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（フローサイトメトリー法）	（CCR4タンパク（フローサイトメトリー法）及びCCR4タンパクを併せて算定した場合） その理由及び医学的根拠を記載すること。		—
213	D006-11	FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査	本検査を必要と判断した理由を記載すること。		—
			（本検査を再度実施した場合） その理由を記載すること。		—
214	D006-12	EGFR遺伝子検査（血漿）	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。		—
215	D007の8	マンガン（Mn）	高カロリー静脈栄養法を開始した日を記載すること。		—
216	D008の16	脳性Na利尿ペプチド（BNP）	（脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）及び心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合） 各々の検査の実施日を記載すること。		—
217	D008の18	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）	（脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）及び心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合） 各々の検査の実施日を記載すること。		—
218	D008の23	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP－5b）	診断補助の実施日、6月以内の治療経過観察時の補助的指標の実施日又は治療方針の変更日を記載すること。		—
219	D008の25	低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）	（2回目を算定した場合） 前回算定日を記載すること。		—
220	D008の30	I型コラーゲン架橋C－テロペプチド－β異性体（β-CTX）	（2回目を算定した場合） 前回算定日を記載すること。		—
221	D008の39	抗IA－2抗体	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）の結果、陰性を確認した年月日を記載すること。		—
222	D008の43	心房性Na利尿ペプチド（ANP）	（脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）及び心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合） 各々の検査の実施日を記載すること。		—
223	D009の8	前立腺特異抗原(PSA)	（前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原(PSA)を2回以上算定する場合） 未確と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載すること。		—
224	D009の27	可溶性メソ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	サイトメガロウイルスpp65抗原定性	（高度細胞性免疫不全の患者に対して算定した場合） 当該検査が必要であった理由を記載すること。		—
230	D014の23	抗シトルリン化ペプチド抗体定性 抗シトルリン化ペプチド抗体定量	（関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定する場合） 「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載すること。		—

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
231	D014の24	抗LKM－1抗体	抗核抗体陰性を確認した年月日を記載すること。		—
232	D014の43	抗アクアポリン4抗体	（抗アクアポリン4抗体を再度実施した場合） 前回の検査実施日及び検査を再度実施する医学的な必要性を記載すること。		—
233	D014の44	抗HLA抗体（スクリーニング検査）	（1年に2回以上実施する場合） その理由及び医学的な必要性を記載すること。		—
234	D014の45	抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）	（抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に算定した場合） その理由及び医学的な必要性を記載すること。		—
235	D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	（排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣（鏡検法）又は尿沈渣（フローサイトメトリー法）を同一日に併せて算定する場合） 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。		—
236	D023の7	EBウイルス核酸定量	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D023微生物核酸同定・定量検査の(5)のア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。 ・アに該当する場合、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。	820100146 820100147	CIN1 CIN2
			（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。		—
241	D026	検体検査判断料	（入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において判断料を算定しない場合） 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他（労災、他保険等にて請求済み）」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100148 820100149 820100150	外来にて請求済み 入院にて請求済み その他（労災、他保険等にて請求済み）
242	D210-3	植込型心電図検査	心電図が記録されていた時間を記載すること。		—
243	D211-3	時間内歩行試験	過去の実施日を記載すること。		—
244	D211-4	シャトルウォーキングテスト	過去の実施日、在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針を記載すること。		—
245	D215-2 D215-3	肝硬度測定 超音波エラストグラフィー	（肝硬度測定又は超音波エラストグラフィーを3月に2回以上算定する場合） その理由及び詳細な医学的根拠を算定すること。		—
			（肝硬度測定及び超音波エラストグラフィーについて、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合） その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。		—
246	D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ	算定開始月日を記載すること。		—
247	D231-2	皮下連続式グルコース測定	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D231-2皮下連続式グルコース測定の(2)の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。	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ピー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ピーが困難と判断された患者
256	D	算定回数が複数月に1回のみとされている検査	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。		—
257	D	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合	（初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合） 当該検体採取が実施された日を記載すること。		—
258	D	「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合	（「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合） 次の例により「検選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他の検査と区別して記載すること。 〔記載例〕 末梢血液一般検査　21×1 末梢血液像(鏡検法)　25×1 （検選） AFP　1,070円×1		—
259	E	画像診断	撮影部位を記載すること。		—
260	E	時間外緊急院内画像診断加算	撮影開始日時を記載すること。		—
			（引き続き入院した場合） 引き続き入院した場合である旨記載すること。	820100129	引き続き入院
261	E102	核医学診断	（入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において当該点数を算定しない場合） 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他（労災、他保険等にて請求済み）」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100148 820100149 820100150	外来にて請求済み 入院にて請求済み その他（労災、他保険等にて請求済み）
262	E200	コンピューター断層撮影	（コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合） それぞれ初回の算定日を記載すること。		—
			（別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合） 画診共同と表示すること。		—
263	E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影	（コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合） それぞれ初回の算定日を記載すること。		—
			（別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合） 画診共同と表示すること。		—
264	E203	コンピューター断層診断	（入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において当該点数を算定しない場合） 「外来にて請求済み」、「入院にて請求済み」、「その他（労災、他保険等にて請求済み）」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100148 820100149 820100150	外来にて請求済み 入院にて請求済み その他（労災、他保険等にて請求済み）
265	F100 F400	処方料 処方箋料	（診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第5部第2節F100処方料の（3）のアの（イ）から（ニ）に定める内容に該当し、処方料又は処方せん料について「1」の点数を算定しない場合） その理由を記載すること。 （精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間の場合） 当該保険医療機関の初診日を記載すること。 （向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間の場合） 薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。 （臨時に投与した場合） 臨時の投与の開始日を記載すること。		—
			（複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合） その旨を記載すること。		—
			（臨時薬を追加投与し、その結果投与する内服薬が7種類以上となる場合） 臨時薬の投与の必要性を記載すること。ただし、病名によりその必要性が判断できる場合は、この限りでない。		—

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

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

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
289	H006	難病患者リハビリテーション料	対象疾患について、特掲診療料の施設基準等別表第十の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100159 820100075 820100076 820100160 820100077 820100078 820100161 820100162 820100163 820100079 820100164 820100165 820100166 820100167 820100080 820100168 820100169 820100299 820100170 820100171 820100172 820100084 820100173 820100174 820100175 820100176 820100177 820100085 820100086 820100087 820100088 820100089 820100090	ベーチェット病 多発性硬化症 重症筋無力症 全身性エリテマトーデス スモン 筋萎縮性側索硬化症 強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎 結節性動脈周囲炎 ビュルガー病 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 後縦靭帯骨化症 ハンチントン病 モヤモヤ病（ウィリス動脈輪閉塞症） ウェゲナー肉芽腫症 多系統萎縮症 広範脊柱管狭窄症 特発性大腿骨頭壊死症 混合性結合組織病 プリオン病 ギラン・バレー症候群 黄色靭帯骨化症 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選択して記載すること。	820100178 820100179 820100180 820100181 820100182 820100183 820100184 820100185	脳性麻痺の患者 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者 顎・口腔の先天異常の患者 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者 神経障害による麻痺及び後遺症の患者 言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者
292	H007-2	がん患者リハビリテーション料	算定単位数、実施日数及びがんの種類を記載すること。また、当該入院中に提供した治療の種類について、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の二の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100186 820100187 820100188 820100189 820100190 820100191 820100192 820100193	1　全身麻酔による手術が行われる予定又は行われたもの 2　放射線治療又は全身麻酔の手術が行われる予定又は行われたもの 3　リンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定又は行われたもの 4　骨軟部腫瘍等の患者で手術等が行われる予定又は行われたもの 5　原発性脳腫瘍等の患者で手術等が行われる予定又は行われたもの 6　血液腫瘍により化学療法等が行われる予定又は行われたもの 7　骨髄抑制を来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	I002	通院・在宅精神療法	（通院・在宅精神療法を退院後４週間以内の患者について算定した場合） 退院日を記載すること。		—
			（通院・在宅精神療法を初診の日に算定した場合） 診療に要した時間を記載すること。		—
			（通院・在宅精神療法の「１」のロ又は「２」のロ、ハを算定した場合） 診療に要した時間を記載すること。		—
296	I002	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	I002	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） 向精神薬投与患者の既投与薬と新導入薬の一時的併用の場合 （ハ） 臨時に投与した場合 （ニ） やむを得ず投与を行う場合（抗うつ薬又は抗精神病薬に限る）
299	I002-3の2	救急患者精神科継続支援料 2 入院中の患者以外	（電話等で指導等を行った月と算定する月が異なる場合） 当該指導等を行った月を記載すること。		—
300	I003	標準型精神分析療法	当該診療に要した時間を記載すること。		—
301	I003-2	認知療法・認知行動療法	初回の算定月日及び一連の治療における算定回数の合計を記載すること。		—
302	I004	心身医学療法	傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「（心身症）」と記載すること。 例「胃潰瘍（心身症）」		—
			（初診の日に心身医学療法を算定した場合） 診療に要した時間を記載すること。		—
303	I006-2	依存症集団療法	治療開始日を記載すること。		—
304	I008-2 I009 I010 I010-2	精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケア	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのうち最初に算定した年月日を記載すること。なお、最初に算定した日から3年を経過している場合は省略して差し支えないが、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であって、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。	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。	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
			（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。		—

項番	区分	診療行為名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
317	I016	精神科オンライン在宅管理料	精神科在宅患者支援管理料の算定を開始した年月を記載すること。		—
318	I	「制限回数を超えて行う診療」に係る精神科専門療法を実施した場合	次の例により「精選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他の精神科専門療法と区別して記載すること 〔記載例〕 精神科デイ・ケア(小規模)　590×５ （精選） 精神科デイ・ケア　5,900円×１		—
319	J001	熱傷処置	初回の処置を行った月日を記載すること。		—
320	J001-5	長期療養患者褥瘡等処置	（1年を超える入院の場合にあって創傷処置又は皮膚科軟膏処置の費用を算定する場合） 対象傷病名を記載すること。		—
321	J003 J003-2	局所陰圧閉鎖処置（入院） 局所陰圧閉鎖処置（入院外）	初回加算を算定した日を記載すること。		—
			（創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合） 併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置の対象部位をそれぞれ記載すること。		—
322	J007-2	硬膜外自家血注入	当該診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日及び撮影医療機関の名称等を症状詳記として添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。		—
323	J026-4	ハイフローセラピー	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果を記載すること。		—
324	J027	高気圧酸素治療	一連の治療における初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること。		—
			（高気圧酸素治療の「１」を算定した場合） 減圧症又は空気塞栓が発症した月日を記載すること。		—
			（高気圧酸素治療の「１」について、長時間加算を算定した場合） 高気圧酸素治療の実施時間を記載すること。		—
325	J038	人工腎臓	人工腎臓を算定した日を記載すること。		—
			（慢性維持透析以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合） その理由として「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第９部J038人工腎臓の（８）のアからエまで（エについては（イ）から（ヌ）まで）に規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100211 820100212 820100213 820100214 820100215 820100216 820100217 820100218 820100219 820100220 820100221 820100222 820100223	ア　急性腎不全の患者 イ　透析導入期（1月に限る。）の患者 ウ　血液濾過又は血液透析濾過を実施 エ　特別な管理が必要（イ　進行性眼底出血） エ　特別な管理が必要（ロ　重篤な急性出血性合併症） エ　特別な管理が必要（ハ　ヘパリン起因性血小板減少症） エ　特別な管理が必要（ニ　播種性血管内凝固症候群） エ　特別な管理が必要（ホ　敗血症） エ　特別な管理が必要（ヘ　急性膵炎） エ　特別な管理が必要（ト　重篤な急性肝不全） 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） 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） エ　特別な管理が必要（ヌ　麻酔による手術を実施した状態）
			（平成30年３月31日において診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第43号）による改正前の人工腎臓の算定の実績を有しない保険医療機関が人工腎臓を算定する場合） 平成30年３月31日において改正前の人工腎臓の算定実績を有していない旨記載すること。		—
326	J038	人工腎臓の導入期加算	導入の年月日を記載すること。		—
327	J038	人工腎臓の障害者等加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第９部J038人工腎臓の(18)のアからツまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100224 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
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)のアからツまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100224 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／μL以上となった日の２日後以降に実施した場合） その理由及び医学的根拠を記載すること。		—
331	J040	局所灌流	当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間（当該月に実施されたものに限る。）を記載すること。		—
332	J041	吸着式血液浄化法	当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間（当該月に実施されたものに限る。）を記載すること。		—
333	J041-2	血球成分除去療法	一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。		—
334	J042の1	連続携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	冷却痔処置	内痔核の重症度について、Ⅰ度又はⅡ度のうち該当するものを選択して記載すること。	820100242 820100243	重症度 1度 重症度 2度
340	J070-4	磁気による膀胱等刺激法	当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施日を記載すること。		—
341	J118-4	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	（歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）を継続して算定する場合） カンファレンスにおける歩行機能の改善効果等の検討結果について、その要点（5週間以内に実施される9回の処置の前後の結果を含む。）を症状詳記として添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。		—
342	J008等	180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者	（厚生労働大臣が定める状態にあるもの（「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成18年厚生労働省告示第498号）第九のトに該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合） 処置名を記載すること。		—
			（重度の肢体不自由者及び人工腎臓を実施している状態にある患者（同告示第九のニ又はリに該当する患者）） 「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の1	組織拡張器による再建手術 1　乳房（再建手術）の場合	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第10部K022の組織拡張器による再建手術の(2)のア又はイのうち該当するものを選択して「記載すること。	820100246 820100247	ア　留意事項通知に規定する一次再建 イ　留意事項通知に規定する二次再建
			（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。		—
348	K022の2	組織拡張器による再建手術 2　その他の場合	（一連の治療につき2回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。		—
349	K047	難治性骨折電磁波電気治療法	（観血的手術又は超音波骨折治療法等他の療養を行わず難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合） その詳細な理由を記載すること。		—
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。		—
350	K047-3	超音波骨折治療法	（四肢（手足を含む。）の骨折観血的手術を実施した後、3週間を超えて超音波骨折治療法を行った場合） その理由を記載すること。		—
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。		—
351	K096-2	体外衝撃波疼痛治療術	保存療法の開始日及び本治療を選択した医学的理由を記載すること。		—
			（2回目以降算定する場合） 前回算定日及びその理由を記載すること。		—
352	K268	緑内障手術 6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。		—
353	K280-2	網膜付着組織を含む硝子体切除術	当該術式を選択した理由を詳細に記載すること。		—
354	K282	水晶体再建術の注の加算	症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。		—
355	K474-3	乳腺腫瘍画像下ガイド下吸引術 2　MRIによるもの	実施した医学的必要性を記載すること。		—
356	K476-4	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第10部K476-4ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術の（2）のアからウまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100248 820100249 820100250	ア　留意事項通知に規定する一次一期的再建 イ　留意事項通知に規定する一次二期的再建 ウ　留意事項通知に規定する二次再建
357	K546 K547 K548 K549	経皮的冠動脈形成術 経皮的冠動脈粥腫切除術 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの） 経皮的冠動脈ステント留置術	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第10部K546経皮的冠動脈形成術の(1)から(4)、(6)、(7)、K547経皮的冠動脈粥腫切除術の（1）及び（2）、K548経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の（1）又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の(1)から(4)、(6)、(7)に該当する場合は、所定の事項を記載すること。		—
			（経皮的冠動脈形成術又は経皮的冠動脈ステント留置術の「3」その他のものを算定する場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第10部K546経皮的冠動脈形成術又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の（4）のアからウまでに該当する病変に対して手術を実施した場合は、アからウまでの中から該当するものを選択して記載するとともに、要件を満たす医学的根拠を記載すること。また、医学的な必要性からアからウまでに該当する病変以外の病変に対して実施した場合は、その詳細な理由を記載すること。	820100251 820100252 820100253	ア　一方向から造影して90%以上の狭窄病変 イ　安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変 ウ　検査を実施し機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変
358	K555	弁置換術 心臓弁再置換術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
359	K555-3	胸腔鏡下弁置換術 心臓弁再置換術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
360	K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術 心臓弁再置換術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
361	K560	大動脈瘤切除術 心臓弁再置換術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
362	K581	肺動脈閉鎖症手術 人工血管等再置換術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
363	K583	大血管転位症手術 人工血管等再置換術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
364	K584	修正大血管転位症手術 人工血管等再置換術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
365	K586	修正大血管転位症手術 人工血管等再置換術加算	前回手術日、術式及び保険医療機関名を記載すること。		—
366	K598 K599 K599-3	両心室ペースメーカー移植術 植込型除細動器移植術 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。		—
367	K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	（経皮的シャント拡張術・血栓除去術を2回以上算定した場合） 前回算定日を記載すること。		—

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
368	K656-2	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除術によるもの）	手術前のBMI、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を記載すること。		—
369	K664	胃瘻造設術	実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術又は腹腔鏡下胃瘻造設術の中から該当するものを選択して記載すること。	820100254 820100255 820100256	開腹による胃瘻造設術 経皮的内視鏡下胃瘻造設術 腹腔鏡下胃瘻造設術
370	K664-2	経皮経食道胃管挿入術（PTEG）	医学的な理由を記載すること。		—
371	K664-3	薬剤投与用胃瘻造設術	経胃瘻空腸投与が必要な理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。		—
372	K721-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術を算定した場合は、病変が以下のいずれに該当するかを選択して記載し、併せて病変の最大径を記載すること。 ア　最大径が2cm以上の早期癌 イ　最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍 ウ　最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌	820100257 820100258 820100259	ア　最大径が2cm以上の早期癌 イ　最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍 ウ　最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌
373	K740	直腸切除・切断術の人工肛門造設加算	一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。		—
374	K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術の人工肛門造設加算	一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。		—
375	K920の3	自己血貯血	貯血量、手術予定日（当該自己血貯血を入院外で行った場合又は当該自己血貯血を行った日が属する月と手術予定日が属する月とが異なる場合に限る。）を記載すること。		—
			（6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合） 患者の体重を記載すること。		—
376	K920の4	自己血輸血	（6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合） 患者の体重及び輸血量を記載すること。		—
377	K920の5	希釈式自己血輸血	（6歳未満の患者に対して希釈式自己血輸血を行った場合） 患者の体重及び輸血量を記載すること。		—
378	K923	術中術後自己血回収術	（12歳未満の患者に対して術中術後自己血回収術を行った場合） 患者の体重及び出血量を記載すること。		—
379	K939-5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施日を記載すること。		—
380	－	特定保険医療材料	「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成30年３月５日保医発0305第10号）Ⅰの２の008、009の(3)、010、Ⅰの３の010の(2)、021の(4)、031の(4)、033の(2)、040の(1)、061の(1)、065、066の(2)、069、070、071、094の(2)、129の(1)のイ、129の(2)のイ、133の(6)のア、133の(7)のア、133の(11)のア、146の(1)、146の(2)、146の(3)、146の(5)、149の(3)、150の(1)のア、150の(2)のウ、152の(2)、152の(5)、155の(2)、159の(3)、159の(4)、174の(3)、187の(3)、189の(2)、190の(2)、191の(2)、195の(2)に該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。また、同通知のⅣに規定する略称を使用しても差し支えないこと。なお、Ⅰの３の144の(2)、150の(1)のエ、150の(2)のウ、150の(3)のエ、186の(4)については、症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。また、Ⅰの３の193については、関連学会により発行される実施施設証明書の写しを、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／uL未満のものに限る。）の患者 テ　敗血症（SIRSを伴うものに限る。）の患者 ト　留意事項通知に規定するショック状態の患者 ナ　完全脊髄損傷（第5胸椎より高位のものに限る。）の患者 ニ　心肺補助を行っている患者 ヌ　人工呼吸を行っている患者 ネ　透析を行っている患者 ノ　大動脈内バルーンパンピングを行っている患者 ハ　BMI35以上の患者

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
383	L008-2	低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」	肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合は、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。		—
389	N002	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色について、肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合は、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。		—
390	N002	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の注2に規定する、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して標本作製を実施した場合の加算	対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N002免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の（8）の中から該当するものを選択して記載すること。	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
			（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。		—
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。	820100298	介護療養型老健施設入居者
			（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。		—

※「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。	820100300	健康診断の結果に基づき治療開始
			（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。		—
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月目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8　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、〇〇マンション、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。	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
			（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。		
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の算定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6　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	歯冠補綴時色調採得検査	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。 （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。		—

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っては1回当たりの、それ以外の注射にあっては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しきれない場合） 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	（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） 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。 （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） 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。		—

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
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。	820100303	1回目
			（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）のイからニ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、ロ又はハを選択した場合は、別途、詳細な理由（全身的な疾患の状態を含む。）を記載すること。	820100331 820100332 820100333 820100334	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 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 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。	820100303	1回目
			（2回目以降の場合） 1回目の実施年月を記載すること。		—
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。	820100303	1回目
			（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。	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。	820100303	1回目
			（2回目以降の場合） 前回実施月を記載すること。		—
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）	観血的手術加算	（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	抜歯手術	以下の理由以外により抜歯を中止した場合は、その他を選択し、その理由を記載すること。 （難抜歯加算の対象となる歯又は埋伏歯において完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した場合で抜歯料を算定した場合） 完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した旨を記載すること。 （抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合） 抜歯を中止と記載すること。	820100349 820100350 820100102	完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止 患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止 その他

項番	区分	診療行為 名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
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。		—
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	（顎炎又は顎骨骨髄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髄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	顎炎又は顎骨骨髄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掻爬術	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、（　）書きとする。 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適前に、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（又は試適）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（又は試適）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。	820100383	傷病名と歯数不一致

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
			（歯科鋳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Ｉ－2に掲げる略称を用いること。		
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10　う蝕歯無痛的窩洞形成加算	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。		—
118	M001-2	う蝕歯即時充填形成 注1　う蝕歯無痛的窩洞形成加算	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。		—
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歯に複数窩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鋳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。 （同一歯の複数の窩洞に対して、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） 同一歯の複数窩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。 （歯科鋳造用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。 （歯科鋳造用ニッケルクロム合金を用いた金属歯冠修復算定する場合） 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 同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復
125	M011	レジン前装金属冠	（歯科鋳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	小児保隙装置	装置の種類を記載すること。		—
129	M017	ポンティック	（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。 （犬歯のポンティ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ポンティック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。 （歯科鋳造用ニッケルクロム合金を用いたポンティ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	ポンティック（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。		—

項番	区分	診療行為名称等	記　載　事　項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
131	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について」別添2第2章第12部M018有床義歯の（13）のハ又は二に該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ニの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359 820100360	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 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	鋳造鉤	（歯科鋳造用ニッケルクロム合金を用いた鋳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　鋳造バー	（歯科鋳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　オクルーザル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　ホッツ床
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。		—
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。		—

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
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、1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	鋳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	鋳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	Ｎｉ－前装ＭＣ
3	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄	M020	鋳造用ニッケルクロム合金を用いた鋳造鉤を算定した場合	Ｎｉ－ＣＩ
4	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄	M023	鋳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（Ｎｉ）

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用液剤」、「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用液剤 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臨時の投薬が行われ、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。

別表Ⅱ　診療行為名称等の略号一覧（医科）

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1	A000	初診料の注2、注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関において、他の保険医療機関等からの文書による紹介がない初診の場合	初減	「初診」欄
2	A000	初診料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合	初妥減	「初診」欄
3	A000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合	複初	「初診」欄
4	A000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合（初診料の注2、注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合）	複初減	「初診」欄
5	A000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合（初診料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合）	複初妥減	「初診」欄
6	A000	時間外加算の特例を算定した場合	特	「初診」欄
7	A000	小児科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	小特夜	「初診」欄
8	A000	小児科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	小特休	「初診」欄
9	A000	小児科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	小特深	「初診」欄
10	A000	産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	産特夜	「初診」欄
11	A000	産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	産特休	「初診」欄
12	A000	産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	産特深	「初診」欄
13	A000	夜間・早朝等加算を算定した場合	夜早	「初診」欄
14	A001	再診料の注2に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合	再妥減	「再診」欄
15	A001	再診料の注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	複再	「再診」欄
16	A001	再診料の注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（再診料の注2に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合）	複再妥減	「再診」欄
17	A001	夜間・早朝等加算を算定した場合	夜早	「再診」欄
18	A001	時間外対応加算1を算定した場合	時外1	「再診」欄
19	A001	時間外対応加算2を算定した場合	時外2	「再診」欄
20	A001	時間外対応加算3を算定した場合	時外3	「再診」欄
21	A001	明細書発行体制等加算を算定した場合	明	「再診」欄
22	A001	地域包括診療加算1を算定した場合	再包1	「再診」欄
23	A001	地域包括診療加算2を算定した場合	再包2	「再診」欄
24	A001	認知症地域包括診療加算1を算定した場合	再認包1	「再診」欄
25	A001	認知症地域包括診療加算2を算定した場合	再認包2	「再診」欄
26	A001	地域包括診療加算又は認知症地域包括診療加算の薬剤適正使用連携加算を算定した場合	薬適連	「再診」欄
27	A001 A002	時間外加算の特例を算定した場合	特	「再診」欄
28	A001 A002	小児科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	小特夜	「再診」欄
29	A001 A002	小児科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	小特休	「再診」欄
30	A001 A002	小児科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	小特深	「再診」欄
31	A001 A002	産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	産特夜	「再診」欄
32	A001 A002	産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	産特休	「再診」欄
33	A001 A002	産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	産特深	「再診」欄
34	A002	外来診療料の注2又は注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合	外診減	「再診」欄
35	A002	外来診療料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合	外診妥減	「再診」欄
36	A002	外来診療料の注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	複外診	「再診」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
37	A002	外来診療料の注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（外来診療料の注2又は注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合）	複外診減	「再診」欄
38	A002	外来診療料の注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（外来診療料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合）	複外診妥減	「再診」欄
39	A003	オンライン診療料を算定した場合	オン診	「再診」欄
40	第2部通則5	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	特別	「入院」欄
41	第2部通則6	「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の場合	超過	「入院」欄
42	第2部通則6	「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（離島等所在保険医療機関以外）の場合	標欠7	「入院」欄
43	第2部通則6	「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（離島等所在保険医療機関）の場合	標欠5	「入院」欄
44	第2部通則8	管理栄養士の配置について基準を満たせない場合の経過措置に該当する場合	経措	「入院」欄
45	第2部通則8	医科点数表第1章第2部通則第8号により、当該保険医療機関内に、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が1名以上配置されている場合	40減	「入院」欄
46	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料1）を算定した場合	急一般1	「入院」欄
47	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料2）を算定した場合	急一般2	「入院」欄
48	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料3）を算定した場合	急一般3	「入院」欄
49	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料4）を算定した場合	急一般4	「入院」欄
50	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料5）を算定した場合	急一般5	「入院」欄
51	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料6）を算定した場合	急一般6	「入院」欄
52	A100	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料の急性期一般入院料7）を算定した場合	急一般7	「入院」欄
53	A100	一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料の地域一般入院料1）を算定した場合	地一般1	「入院」欄
54	A100	一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料の地域一般入院料2）を算定した場合	地一般2	「入院」欄
55	A100	一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料の地域一般入院料3）を算定した場合	地一般3	「入院」欄
56	A100	一般病棟入院基本料の特別入院基本料等を算定した場合	一般特別	「入院」欄
57	A100	一般病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料を算定した場合	一般夜特	「入院」欄
58	A100	一般病棟入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	一般夜看特定減	「入院」欄
59	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料A）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例A	「入院」欄
60	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料B）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例B	「入院」欄
61	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料C）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例C	「入院」欄
62	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料D）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例D	「入院」欄
63	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料E）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例E	「入院」欄
64	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料F）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例F	「入院」欄
65	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料G）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例G	「入院」欄
66	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料H）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例H	「入院」欄
67	A100 A104の1 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院料1（入院料I）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例I	「入院」欄
68	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料1の入院料A）を算定した場合	療1A	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
69	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料1の入院料B）を算定した場合	療1B	「入院」欄
70	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料1の入院料C）を算定した場合	療1C	「入院」欄
71	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料1の入院料D）を算定した場合	療1D	「入院」欄
72	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料1の入院料E）を算定した場合	療1E	「入院」欄
73	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料1の入院料F）を算定した場合	療1F	「入院」欄
74	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料1の入院料G）を算定した場合	療1G	「入院」欄
75	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料1の入院料H）を算定した場合	療1H	「入院」欄
76	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料1の入院料I）を算定した場合	療1I	「入院」欄
77	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料2の入院料A）を算定した場合	療2A	「入院」欄
78	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料2の入院料B）を算定した場合	療2B	「入院」欄
79	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料2の入院料C）を算定した場合	療2C	「入院」欄
80	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料2の入院料D）を算定した場合	療2D	「入院」欄
81	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料2の入院料E）を算定した場合	療2E	「入院」欄
82	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料2の入院料F）を算定した場合	療2F	「入院」欄
83	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料2の入院料G）を算定した場合	療2G	「入院」欄
84	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料2の入院料H）を算定した場合	療2H	「入院」欄
85	A101	療養病棟入院基本料（療養病棟入院料2の入院料I）を算定した場合	療2I	「入院」欄
86	A101	療養病棟入院基本料の特別入院基本料等を算定した場合	療特	「入院」欄
87	A101	療養病棟入院基本料の注12に規定する点数を算定した場合	療減	「入院」欄
88	A102	結核病棟入院基本料（7対1入院基本料）を算定した場合	結7	「入院」欄
89	A102	結核病棟入院基本料（10対1入院基本料）を算定した場合	結10	「入院」欄
90	A102	結核病棟入院基本料（13対1入院基本料）を算定した場合	結13	「入院」欄
91	A102	結核病棟入院基本料（15対1入院基本料）を算定した場合	結15	「入院」欄
92	A102	結核病棟入院基本料（18対1入院基本料）を算定した場合	結18	「入院」欄
93	A102	結核病棟入院基本料（20対1入院基本料）を算定した場合	結20	「入院」欄
94	A102	結核病棟入院基本料の特別入院基本料等を算定した場合	結特	「入院」欄
95	A102	結核病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料を算定した場合	結夜特	「入院」欄
96	A102	結核病棟入院基本料の重症患者割合特別入院基本料を算定した場合	重割特	「入院」欄
97	A102	結核病棟入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	結夜看特定減	「入院」欄
98	A103	精神病棟入院基本料（10対1入院基本料）を算定した場合	精10	「入院」欄
99	A103	精神病棟入院基本料（13対1入院基本料）を算定した場合	精13	「入院」欄
100	A103	精神病棟入院基本料（15対1入院基本料）を算定した場合	精15	「入院」欄
101	A103	精神病棟入院基本料（18対1入院基本料）を算定した場合	精18	「入院」欄
102	A103	精神病棟入院基本料（20対1入院基本料）を算定した場合	精20	「入院」欄
103	A103	精神病棟入院基本料の特別入院基本料等を算定した場合	精特	「入院」欄
104	A103	精神病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料を算定した場合	精夜特	「入院」欄
105	A103	精神病棟入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	精夜看特定減	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
106	A104	特定機能病院入院基本料の一般病棟（7対1入院基本料）を算定した場合	特ー7	「入院」欄
107	A104	特定機能病院入院基本料の一般病棟（10対1入院基本料）を算定した場合	特ー10	「入院」欄
108	A104	特定機能病院入院基本料の結核病棟（7対1入院基本料）を算定した場合	特結7	「入院」欄
109	A104	特定機能病院入院基本料の結核病棟（10対1入院基本料）を算定した場合	特結10	「入院」欄
110	A104	特定機能病院入院基本料の結核病棟（13対1入院基本料）を算定した場合	特結13	「入院」欄
111	A104	特定機能病院入院基本料の結核病棟（15対1入院基本料）を算定した場合	特結15	「入院」欄
112	A104	特定機能病院入院基本料の精神病棟（7対1入院基本料）を算定した場合	特精7	「入院」欄
113	A104	特定機能病院入院基本料の精神病棟（10対1入院基本料）を算定した場合	特精10	「入院」欄
114	A104	特定機能病院入院基本料の精神病棟（13対1入院基本料）を算定した場合	特精13	「入院」欄
115	A104	特定機能病院入院基本料の精神病棟（15対1入院基本料）を算定した場合	特精15	「入院」欄
116	A105	専門病院入院基本料（7対1入院基本料）を算定した場合	専7	「入院」欄
117	A105	専門病院入院基本料（10対1入院基本料）を算定した場合	専10	「入院」欄
118	A105	専門病院入院基本料（13対1入院基本料）を算定した場合	専13	「入院」欄
119	A105	専門病院入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	専夜看特定減	「入院」欄
120	A106	障害者施設等入院基本料（7対1入院基本料）を算定した場合	障7	「入院」欄
121	A106	障害者施設等入院基本料（10対1入院基本料）を算定した場合	障10	「入院」欄
122	A106	障害者施設等入院基本料（13対1入院基本料）を算定した場合	障13	「入院」欄
123	A106	障害者施設等入院基本料（15対1入院基本料）を算定した場合	障15	「入院」欄
124	A106	障害者施設等入院基本料（7対1入院基本料届出病棟で医療区分2の患者）を算定した場合	2障7	「入院」欄
125	A106	障害者施設等入院基本料（7対1入院基本料届出病棟で医療区分1の患者）を算定した場合	1障7	「入院」欄
126	A106	障害者施設等入院基本料（10対1入院基本料届出病棟で医療区分2の患者）を算定した場合	2障10	「入院」欄
127	A106	障害者施設等入院基本料（10対1入院基本料届出病棟で医療区分1の患者）を算定した場合	1障10	「入院」欄
128	A106	障害者施設等入院基本料（13対1入院基本料届出病棟で医療区分2の患者）を算定した場合	2障13	「入院」欄
129	A106	障害者施設等入院基本料（13対1入院基本料届出病棟で医療区分1の患者）を算定した場合	1障13	「入院」欄
130	A106	障害者施設等入院基本料（15対1入院基本料届出病棟で医療区分2の患者）を算定した場合	2障15	「入院」欄
131	A106	障害者施設等入院基本料（15対1入院基本料届出病棟で医療区分1の患者）を算定した場合	1障15	「入院」欄
132	A106	障害者施設等入院基本料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	障夜看特定減	「入院」欄
133	A108	有床診療所入院基本料1を算定した場合	診1	「入院」欄
134	A108	有床診療所入院基本料2を算定した場合	診2	「入院」欄
135	A108	有床診療所入院基本料3を算定した場合	診3	「入院」欄
136	A108	有床診療所入院基本料4を算定した場合	診4	「入院」欄
137	A108	有床診療所入院基本料5を算定した場合	診5	「入院」欄
138	A108	有床診療所入院基本料6を算定した場合	診6	「入院」欄
139	A109	有床診療所療養病床入院基本料Aを算定した場合	診療A	「入院」欄
140	A109	有床診療所療養病床入院基本料Bを算定した場合	診療B	「入院」欄
141	A109	有床診療所療養病床入院基本料Cを算定した場合	診療C	「入院」欄
142	A109	有床診療所療養病床入院基本料Dを算定した場合	診療D	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
143	A109	有床診療所療養病床入院基本料Eを算定した場合	診療E	「入院」欄
144	A109	有床診療所療養病床入院基本料の特別入院基本料を算定した場合	診療特	「入院」欄
145	A100 A104 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、退院が特定の時間帯に集中していることにより、減算された入院基本料を算定した場合	午前減	「入院」欄
146	A100 A104 A105	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、入院日及び退院日が特定の日に集中していることにより、減算された入院基本料を算定した場合	土日減	「入院」欄
147	A100 A104 A105	一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料）、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は専門病院入院基本料（7対1、10対1）について、ADL維持向上等体制加算を算定した場合	ADL	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
148	A100 A102 A103 A106	一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は障害者施設等入院基本料について、月平均夜勤時間72時間の要件を満たさない場合	夜減	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
149	A100 A101 A106 A108 A109	一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所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ている患者について、重症児（者）受入連携加算を算定した場合	重受連	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
150	A100	一般病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算を算定した場合	病初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
151	A104 A105	特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、看護必要度加算1を算定した場合	看必1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
152	A104 A105	特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、看護必要度加算2を算定した場合	看必2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
153	A100 A104 A105	特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、看護必要度加算3を算定した場合	看必3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
154	A101 A109	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の褥瘡対策加算1又は2を算定した場合	褥対1、褥対2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
155	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を算定した場合	急支援療初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
156	A101	療養病棟入院基本料の在宅患者支援療養病床初期加算を算定した場合	在支援療初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
157	A103 A104	精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料の重度認知症加算を算定した場合	重認	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
158	A103	精神病棟入院基本料を算定している患者について、救急支援精神病棟初期加算を算定した場合	精初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
159	A103 A312	精神療養病棟入院料及び精神病棟入院基本料を算定している患者について、精神保健福祉士配置加算を算定した場合	精福	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
160	A105	専門病院入院基本料の13対1入院基本料を算定する病棟で、一般病棟看護必要度評価加算を算定した場合	専看評	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
161	A106	障害者施設等入院基本料の看護補助加算を算定した場合	看補	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
162	A106	障害者施設等入院基本料の夜間看護体制加算を算定した場合	障夜看	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
163	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所一般病床初期加算を算定した場合	有一初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
164	A108	有床診療所入院基本料の夜間緊急体制確保加算を算定した場合	有緊	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
165	A108	有床診療所入院基本料の医師配置加算1を算定した場合	有医1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
166	A108	有床診療所入院基本料の医師配置加算2を算定した場合	有医2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
167	A108	有床診療所入院基本料の看護配置加算1を算定した場合	有看1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
168	A108	有床診療所入院基本料の看護配置加算2を算定した場合	有看2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
169	A108	有床診療所入院基本料の夜間看護配置加算1を算定した場合	有夜看1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
170	A108	有床診療所入院基本料の夜間看護配置加算2を算定した場合	有夜看2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
171	A108	有床診療所入院基本料の看護補助配置加算1を算定した場合	有補1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
172	A108	有床診療所入院基本料の看護補助配置加算2を算定した場合	有補2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
173	A108 A109	有床診療所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ている患者について、看取り加算を算定した場合（在宅療養支援診療所以外の場合）	看取	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
174	A108 A109	有床診療所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ている患者について、看取り加算を算定した場合（在宅療養支援診療所の場合）	看取在支	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
175	A108	有床診療所入院基本料の介護連携加算1又は2を算定した場合	介連1、介連2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
176	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を算定した場合	有療初	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
177	A109	栄養管理実施加算を算定した場合	栄管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
178	A200	総合入院体制加算1を算定した場合	総入体1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
179	A200	総合入院体制加算2を算定した場合	総入体2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
180	A200	総合入院体制加算3を算定した場合	総入体3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
181	A204	地域医療支援病院入院診療加算を算定した場合	地入診	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
182	A204-2	臨床研修病院入院診療加算を算定した場合	臨修	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
183	A205	救急医療管理加算1を算定した場合	救医1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
184	A205	救急医療管理加算2を算定した場合	救医2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
185	A205	救急医療管理加算の乳幼児加算を算定した場合	乳救医	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
186	A205	救急医療管理加算の小児加算を算定した場合	小救医	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
187	A205-2	超急性期脳卒中加算を算定した場合	超急	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
188	A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算を算定した場合	妊搬	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
189	A206	在宅患者緊急入院診療加算を算定した場合	在緊	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
190	A207	診療録管理体制加算1を算定した場合	録管1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
191	A207	診療録管理体制加算2を算定した場合	録管2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
192	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（15対1）を算定した場合	医1の15	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
193	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（20対1）を算定した場合	医1の20	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
194	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（25対1）を算定した場合	医1の25	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
195	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（30対1）を算定した場合	医1の30	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
196	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（40対1）を算定した場合	医1の40	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
197	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（50対1）を算定した場合	医1の50	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
198	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（75対1）を算定した場合	医1の75	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
199	A207-2	医師事務作業補助体制加算1（100対1）を算定した場合	医1の100	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
200	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（15対1）を算定した場合	医2の15	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
201	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（20対1）を算定した場合	医2の20	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
202	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（25対1）を算定した場合	医2の25	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
203	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（30対1）を算定した場合	医2の30	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
204	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（40対1）を算定した場合	医2の40	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
205	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（50対1）を算定した場合	医2の50	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
206	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（75対1）を算定した場合	医2の75	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
207	A207-2	医師事務作業補助体制加算2（100対1）を算定した場合	医2の100	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
208	A207-3	25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）を算定した場合	急25上	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
209	A207-3	25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）を算定した場合	急25	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
210	A207-3	50対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	急50	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
211	A207-3	75対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	急75	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
212	A207-3	夜間30対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	夜30	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
213	A207-3	夜間50対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	夜50	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
214	A207-3	夜間100対1急性期看護補助体制加算を算定した場合	夜100	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
215	A207-3	急性期看護補助体制加算の夜間看護体制加算を算定した場合	急夜看	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
216	A207-4	看護職員夜間12対1配置加算1を算定した場合	看職12夜1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
217	A207-4	看護職員夜間12対1配置加算2を算定した場合	看職12夜2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
218	A207-4	看護職員夜間16対1配置加算1を算定した場合	看職16夜1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
219	A207-4	看護職員夜間16対1配置加算2を算定した場合	看職16夜2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
220	A208	乳幼児加算を算定した場合	乳	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
221	A208	幼児加算を算定した場合	幼	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
222	A210	難病等特別入院診療加算を算定した場合	難入	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
223	A210	二類感染症患者入院診療加算を算定した場合	二感入	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
224	A211	特殊疾患入院施設管理加算を算定した場合	特疾	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
225	A212	超重症児（者）入院診療加算を算定した場合	超重症	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
226	A212	準超重症児（者）入院診療加算を算定した場合	準超重症	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
227	A212	救急・在宅重症児（者）受入加算を算定した場合	救在重受	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
228	A213	看護配置加算を算定した場合	看配	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
229	A214	看護補助加算1を算定した場合	補1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
230	A214	看護補助加算2を算定した場合	補2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
231	A214	看護補助加算3を算定した場合	補3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
232	A214	夜間75対1看護補助加算を算定した場合	夜75補	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
233	A214	看護補助加算の夜間看護体制加算を算定した場合	夜看補	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
234	A219	療養環境加算を算定した場合	環境	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
235	A220	HIV感染者療養環境特別加算を算定した場合	感染特	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
236	A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算の「1」個室加算を算定した場合	個室	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
237	A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算の「2」陰圧室加算を算定した場合	陰圧	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
238	A221	重症者等療養環境特別加算を算定した場合	重境	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
239	A221-2	小児療養環境特別加算を算定した場合	小環特	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
240	A222	療養病棟療養環境加算1を算定した場合	療環1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
241	A222	療養病棟療養環境加算2を算定した場合	療環2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
242	A222-2	療養病棟療養環境改善加算1を算定した場合	療改1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
243	A222-2	療養病棟療養環境改善加算2を算定した場合	療改2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
244	A223	診療所療養病床療養環境加算を算定した場合	診環	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
245	A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算を算定した場合	診環改	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
246	A224	無菌治療室管理加算1を算定した場合	無菌1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
247	A224	無菌治療室管理加算2を算定した場合	無菌2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
248	A225	放射線治療病室管理加算を算定した場合	放室	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
249	A226	重症皮膚潰瘍管理加算を算定した場合	重皮潰	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
250	A226-2	緩和ケア診療加算を算定した場合	緩和	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
251	A226-2	緩和ケア診療加算の小児加算を算定した場合	小緩和	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
252	A226-2	緩和ケア診療加算の個別栄養食事管理加算を算定した場合	栄養緩和	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
253	A226-2	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された緩和ケア診療加算を算定した場合	緩和地域	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
254	A226-3	有床診療所緩和ケア診療加算を算定した場合	診緩和	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
255	A227	精神科措置入院診療加算を算定した場合	精措	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
256	A227-2	精神科措置入院退院支援加算を算定した場合	精退	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
257	A228	精神科応急入院施設管理加算を算定した場合	精応	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
258	A229	精神科隔離室管理加算を算定した場合	精隔	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
259	A230	精神病棟入院時医学管理加算を算定した場合	精医管	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
260	A230-2	精神科地域移行実施加算を算定した場合	精移	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
261	A230-3	精神科身体合併症管理加算を算定した場合	精身	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
262	A230-4	精神科リエゾンチーム加算を算定した場合	精リエ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
263	A231-2	強度行動障害入院医療管理加算を算定した場合	強行	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
264	A231-3	重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定した場合	重アル	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
265	A231-4	摂食障害入院医療管理加算を算定した場合	摂障	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
266	A232の1	がん診療連携拠点病院加算を算定した場合	がん診	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
267	A232の2	小児がん拠点病院加算を算定した場合	小児がん	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
268	A233-2	栄養サポートチーム加算を算定した場合	栄サ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
269	A233-2	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された栄養サポートチーム加算を算定した場合	栄サ地域	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
270	A233-2	歯科医師連携加算を算定した場合	歯連	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
271	A234	医療安全対策加算1を算定した場合	安全1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
272	A234	医療安全対策加算2を算定した場合	安全2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
273	A234	医療安全対策地域連携加算1を算定した場合	安全地連1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
274	A234	医療安全対策地域連携加算2を算定した場合	安全地連2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
275	A234-2	感染防止対策加算1を算定した場合	感防1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
276	A234-2	感染防止対策加算2を算定した場合	感防2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
277	A234-2	感染防止対策地域連携加算を算定した場合	感防連	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
278	A234-2	抗菌薬適正使用支援加算を算定した場合	抗菌支援	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
279	A234-3	患者サポート体制充実加算を算定した場合	患サポ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
280	A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定した場合	褥ハイ	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
281	A236	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定した場合	褥ハ地域	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
282	A236-2	ハイリスク妊娠管理加算を算定した場合	ハイ妊娠	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
283	A237	ハイリスク分娩管理加算を算定した場合	ハイ分娩	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
284	A238-6	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した場合	精救紹	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
285	A238-7	精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定した場合	精救受	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
286	A240	総合評価加算を算定した場合	総評	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
287	A242	呼吸ケアチーム加算を算定した場合	呼ケア	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
288	A243	後発医薬品使用体制加算1を算定した場合	後使1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
289	A243	後発医薬品使用体制加算2を算定した場合	後使2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
290	A243	後発医薬品使用体制加算3を算定した場合	後使3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
291	A243	後発医薬品使用体制加算4を算定した場合	後使4	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
292	A244	病棟薬剤業務実施加算1を算定した場合	病薬実1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
293	A244	病棟薬剤業務実施加算2を算定した場合	病薬実2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
294	A245	データ提出加算1を算定した場合	デ提1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
295	A245	データ提出加算2を算定した場合	デ提2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
296	A245	提出データ評価加算を算定した場合	デ評	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
297	A246	入退院支援加算1を算定した場合	入退支1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
298	A246	入退院支援加算2を算定した場合	入退支2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
299	A246	入退院支援加算3を算定した場合	入退支3	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
300	A246	地域連携診療計画加算を算定した場合	地連診計	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
301	A246	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された入退院支援加算2を算定した場合	入退支地域	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
302	A246	小児加算を算定した場合	入退支小	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
303	A246	入院時支援加算を算定した場合	入退入	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
304	A247	認知症ケア加算1を算定した場合	認ケア1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
305	A247	認知症ケア加算2を算定した場合	認ケア2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
306	A247	認知症ケア加算1の100分の60に相当する点数を算定した場合	認ケア1減	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
307	A247	認知症ケア加算2の100分の60に相当する点数を算定した場合	認ケア2減	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
308	A248	精神疾患診療体制加算1を算定した場合	精疾診1	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
309	A248	精神疾患診療体制加算2を算定した場合	精疾診2	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
310	A249	精神科急性期医師配置加算を算定した場合	精急医配	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
311	A250	薬剤総合評価調整加算を算定した場合	薬総評加	「入院」欄 「入院基本料・加算」の項
312	A300	救命救急入院料1を算定した場合	救命1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
313	A300	救命救急入院料2を算定した場合	救命2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
314	A300	救命救急入院料3を算定した場合	救命3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
315	A300	救命救急入院料3の広範囲熱傷特定集中治療管理料を算定した場合	救命3熱	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
316	A300	救命救急入院料4を算定した場合	救命4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
317	A300	救命救急入院料4の広範囲熱傷特定集中治療管理料を算定した場合	救命4熱	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
318	A300	救命救急入院料の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	精診初	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
319	A300	救命救急入院料の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若しくはBである場合	A救	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
320	A300	救命救急入院料の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若しくはBである場合	B救	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
321	A300	救命救急入院料の救急体制充実加算1を算定した場合	救充1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
322	A300	救命救急入院料の救急体制充実加算2を算定した場合	救充2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
323	A300	救命救急入院料の救急体制充実加算3を算定した場合	救充3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
324	A300	救命救急入院料の高度救命救急センターである場合	高救	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
325	A300	救命救急入院料の急性薬毒物中毒に係る加算を算定した場合	薬救	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
326	A300	救命救急入院料の小児加算を算定した場合	小児	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
327	A301	特定集中治療室管理料1を算定した場合	特集1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
328	A301	特定集中治療室管理料2を算定した場合	特集2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
329	A301	特定集中治療室管理料2の広範囲熱傷特定集中治療管理料を算定した場合	特集2熱	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
330	A301	特定集中治療室管理料3を算定した場合	特集3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
331	A301	特定集中治療室管理料4を算定した場合	特集4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
332	A301	特定集中治療室管理料4の広範囲熱傷特定集中治療管理料を算定した場合	特集4熱	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
333	A301	特定集中治療室管理料の小児加算を算定した場合	小児	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
334	A301	特定集中治療室管理料の早期離床・リハビリテーション加算を算定した場合	早離床リ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
335	A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料1を算定した場合	ハイ1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
336	A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料2を算定した場合	ハイ2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
337	A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定した場合	脳ケア	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
338	A301-4	小児特定集中治療室管理料を算定した場合	小特集	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
339	A302	新生児特定集中治療室管理料1を算定した場合	新集1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
340	A302	新生児特定集中治療室管理料2を算定した場合	新集2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
341	A303	総合周産期特定集中治療室管理料「1」母体・胎児集中治療室管理料を算定した場合	産集母	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
342	A303	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を算定した場合	産集新	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
343	A303-2	新生児治療回復室入院医療管理料を算定した場合	新治回	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
344	A305	一類感染症患者入院医療管理料を算定した場合	感入管	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
345	A306	特殊疾患入院医療管理料を算定した場合	特入管	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
346	A306	特殊疾患入院医療管理料（重度の意識障害で医療区分2の患者）を算定した場合	2特入管	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
347	A306	特殊疾患入院医療管理料（重度の意識障害で医療区分1の患者）を算定した場合	1特入管	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
348	A306 A309 A317	特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は特定一般病棟入院料の重症児（者）受入連携加算を算定した場合	重受連	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
349	A307	小児入院医療管理料1を算定した場合	小入管1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
350	A307	小児入院医療管理料2を算定した場合	小入管2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
351	A307	小児入院医療管理料3を算定した場合	小入管3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
352	A307	小児入院医療管理料4を算定した場合	小入管4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
353	A307	小児入院医療管理料5を算定した場合	小入管5	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
354	A307	小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5の重症児受入体制加算を算定した場合	重受体	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
355	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定した場合	復リ入1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
356	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定した場合	復リ入2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
357	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料3を算定した場合	復リ入3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
358	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定した場合	復リ入4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
359	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定した場合	復リ入5	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
360	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料6を算定した場合	復リ入６	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
361	A308	回復期リハビリテーション病棟入院基本料の休日リハビリテーション提供体制加算を算定した場合	休リハ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
362	A308	回復期リハビリテーション病棟入院基本料のリハビリテーション充実加算を算定した場合	充リハ	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
363	A308	回復期リハビリテーション病棟入院基本料の体制強化加算1を算定した場合	強リハ1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
364	A308	回復期リハビリテーション病棟入院基本料の体制強化加算2を算定した場合	強リハ2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
365	A308-3	地域包括ケア病棟入院料1を算定した場合	地包1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
366	A308-3	地域包括ケア病棟入院料2を算定した場合	地包2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
367	A308-3	地域包括ケア病棟入院料3を算定した場合	地包3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
368	A308-3	地域包括ケア病棟入院料4を算定した場合	地包4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
369	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料1を算定した場合	地包管1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
370	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料2を算定した場合	地包管2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
371	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料3を算定した場合	地包管3	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
372	A308-3	地域包括ケア入院医療管理料4を算定した場合	地包管4	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
373	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア病棟入院料1を算定した場合	包病1地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
374	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア病棟入院料2を算定した場合	包病2地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
375	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア病棟入院料3を算定した場合	包病3地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
376	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア病棟入院料4を算定した場合	包病4地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
377	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア入院医療管理料1を算定した場合	包入1地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
378	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア入院医療管理料2を算定した場合	包入2地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
379	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア入院医療管理料3を算定した場合	包入3地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
380	A308-3	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された地域包括ケア入院医療管理料4を算定した場合	包入4地域	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
381	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の看護職員配置加算を算定した場合	包看職	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
382	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の看護補助者配置加算を算定した場合	包看補	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
383	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を算定した場合	包急支援療初	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
384	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の在宅患者支援病床初期加算を算定した場合	包在支援療初	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
385	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の看護職員夜間配置加算を算定した場合	包看職夜配	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
386	A308-3	地域包括ケア病棟入院料について、夜間看護体制特定日減算により減算した場合	包夜看特定減	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
387	A309	特殊疾患病棟入院料1を算定した場合	特疾1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
388	A309	特殊疾患病棟入院料2を算定した場合	特疾2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
389	A309	特殊疾患病棟入院料1（重度の意識障害で医療区分2の患者）を算定した場合	2特疾1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
390	A309	特殊疾患病棟入院料1（重度の意識障害で医療区分1の患者）を算定した場合	1特疾1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
391	A309	特殊疾患病棟入院料2（重度の意識障害で医療区分2の患者）を算定した場合	2特疾2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
392	A309	特殊疾患病棟入院料2（重度の意識障害で医療区分1の患者）を算定した場合	1特疾2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
393	A310	緩和ケア病棟入院料1を算定した場合	緩和1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
394	A310	緩和ケア病棟入院料2を算定した場合	緩和2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
395	A310	緩和ケア病棟入院料の緩和ケア病棟緊急入院初期加算を算定した場合	緩和緊入	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
396	A311	精神科救急入院料1を算定した場合	精救1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
397	A311	精神科救急入院料2を算定した場合	精救2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
398	A311 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又は精神科救急・合併症入院料の院内標準診療計画加算を算定した場合	精院計	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
399	A311 A311-2 A311-3 A312 A318	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、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料の統合失調症の患者に対する非定型抗精神病薬加算を算定した場合	非精	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
400	A311 A311-3	精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の看護職員夜間配置加算を算定した場合	精看職夜配	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
401	A311-2	精神科急性期治療病棟入院料1を算定した場合	精急1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
402	A311-2	精神科急性期治療病棟入院料2を算定した場合	精急2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
403	A311-3	精神科救急・合併症入院料を算定した場合	精合	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
404	A311-4	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した場合	児春	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
405	A312	精神療養病棟入院料を算定した場合	精療	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
406	A312	精神科療養病棟入院料の退院支援加算2を算定した場合	精療退支	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
407	A312 A318	精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算1を算定した場合	重症1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
408	A312 A318	精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算2を算定した場合	重症2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
409	A314	認知症治療病棟入院料1を算定した場合	認知1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
410	A314	認知症治療病棟入院料2を算定した場合	認知2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
411	A314	認知症治療病棟入院料の退院支援加算2を算定した場合	認退支	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
412	A314	認知症治療病棟入院料の認知症夜間対応加算を算定した場合	認夜	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
413	A317	特定一般病棟入院料1を算定した場合	特般1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
414	A317	特定一般病棟入院料2を算定した場合	特般2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
415	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1が行われた場合	包1	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
416	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2が行われた場合	包2	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
417	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、療養病棟入院料1（入院料A）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例A	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
418	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、療養病棟入院料1（入院料B）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例B	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
419	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、療養病棟入院料1（入院料C）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例C	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
420	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、療養病棟入院料1（入院料D）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例D	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
421	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、療養病棟入院料1（入院料E）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例E	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
422	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、療養病棟入院料1（入院料F）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例F	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
423	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、療養病棟入院料1（入院料G）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例G	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
424	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、療養病棟入院料1（入院料H）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例H	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
425	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、療養病棟入院料1（入院料I）の例により算定する入院料を算定した場合	療1例I	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
426	A317	特定一般病棟入院料の救急・在宅等支援病床初期加算を算定した場合	病初	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
427	A317	特定一般病棟入院料の一般病棟看護必要度評価加算を算定した場合	一看評	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
428	A318	地域移行機能強化病棟入院料を算定した場合	地移	「入院」欄 「特定入院料・その他」の項
429	－	90日を超える期間一般病棟に入院している患者であっ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20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者）のうち、同別表第四の第三号（重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等）に該当する場合	重	「入院」欄
430	－	90日を超える期間一般病棟に入院している患者であっ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20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者）のうち、同別表第四の第十二号に該当するものとして退院支援状況報告書の届出を行っている場合	退支	「入院」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
431	A400の1	短期滞在手術等基本料1を算定した場合	短手1	「その他」欄
432	A400の2	短期滞在手術等基本料2を算定した場合	短手2	「入院」欄
433	A400の3	短期滞在手術等基本料3を算定した場合	短手3	「入院」欄
434	通則	オンライン医学管理料を算定した場合	オン管	「医学管理」欄
435	B000	特定疾患療養管理料を算定した場合	特	「医学管理」欄
436	B001の1	ウイルス疾患指導料を算定した場合	ウ	「医学管理」欄
437	B001の2	特定薬剤治療管理料1を算定した場合	薬1	「医学管理」欄
438	B001の2	特定薬剤治療管理料2を算定した場合	薬2	「医学管理」欄
439	B001の3	悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合	悪	「医学管理」欄
440	B001の4	小児特定疾患カウンセリング料を算定した場合	小児特定	「医学管理」欄
441	B001の5	小児科療養指導料を算定した場合	小児療養	「医学管理」欄
442	B001の5	小児科療養指導料の人工呼吸器導入時相談支援加算を算定した場合	人呼支援	「医学管理」欄
443	B001の6	てんかん指導料を算定した場合	てんかん	「医学管理」欄
444	B001の7	難病外来指導管理料を算定した場合	難病	「医学管理」欄
445	B001の7	難病外来指導管理料の人工呼吸器導入時相談支援加算を算定した場合	人呼支援	「医学管理」欄
446	B001の8	皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)を算定した場合	皮膚(Ⅰ)	「医学管理」欄
447	B001の8	皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)を算定した場合	皮膚(Ⅱ)	「医学管理」欄
448	B001の9	外来栄養食事指導料を算定した場合	外栄	「医学管理」欄
449	B001の10	入院栄養食事指導料1を算定した場合	入栄1	「医学管理」欄
450	B001の10	入院栄養食事指導料2を算定した場合	入栄2	「医学管理」欄
451	B001の11	集団栄養食事指導料を算定した場合	集栄	「医学管理」欄
452	B001の12	心臓ペースメーカー指導管理料を算定した場合	ペ	「医学管理」欄
453	B001の12	心臓ペースメーカー指導管理料の導入期加算を算定した場合	導入期	「医学管理」欄
454	B001の13	在宅療養指導料を算定した場合	在宅指導	「医学管理」欄
455	B001の14	高度難聴指導管理料(入院)を算定した場合	高難	「医学管理」欄
456	B001の14	高度難聴指導管理料(外来)を算定した場合	高度難聴	「医学管理」欄
457	B001の15	慢性維持透析患者外来医学管理料を算定した場合	慢透	「医学管理」欄
458	B001の15	慢性維持透析患者外来医学管理料の腎代替療法実績加算を算定した場合	腎代替	「医学管理」欄
459	B001の16	喘息治療管理料1を算定した場合	喘息1	「医学管理」欄
460	B001の16	喘息治療管理料2を算定した場合	喘息2	「医学管理」欄
461	B001の17	慢性疼痛疾患管理料を算定した場合	疼痛	「医学管理」欄
462	B001の18	小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合	小児悪腫	「医学管理」欄
463	B001の20	糖尿病合併症管理料を算定した場合	糖	「医学管理」欄
464	B001の21	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料を算定した場合	耳鼻	「医学管理」欄
465	B001の22	がん性疼痛緩和指導管理料を算定した場合	がん	「医学管理」欄
466	B001の22	がん性疼痛緩和指導管理料を算定している患者に対して小児加算を算定した場合	小児	「医学管理」欄
467	B001の23	がん患者指導管理料イを算定した場合	が指イ	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
468	B001の23	がん患者指導管理料ロを算定した場合	が指ロ	「医学管理」欄
469	B001の23	がん患者指導管理料ハを算定した場合	が指ハ	「医学管理」欄
470	B001の24	外来緩和ケア管理料を算定した場合	外緩	「医学管理」欄
471	B001の24	外来緩和ケア管理料を算定している患者に対して小児加算を算定した場合	小児	「医学管理」欄
472	B001の24	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された外来緩和ケア管理料を算定した場合	緩ケ地域	「医学管理」欄
473	B001の25	移植後患者指導管理料の臓器移植後の場合を算定した場合	臓移	「医学管理」欄
474	B001の25	移植後患者指導管理料の造血幹細胞移植後の場合を算定した場合	造移	「医学管理」欄
475	B001の26	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料を算定した場合	植ポ	「医学管理」欄
476	B001の26	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料の導入期加算を算定した場合	導入期	「医学管理」欄
477	B001の27	糖尿病透析予防指導管理料を算定した場合	透予	「医学管理」欄
478	B001の27	糖尿病透析予防指導管理料の高度腎機能障害患者指導加算を算定した場合	腎機能	「医学管理」欄
479	B001の27	医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された糖尿病透析予防指導管理料を算定した場合	透予地域	「医学管理」欄
480	B001の28	小児運動器疾患指導管理料を算定した場合	小運動	「医学管理」欄
481	B001の29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料を算定した場合	乳腺ケア	「医学管理」欄
482	B001-2	小児科外来診療料の「１」院外処方の「イ」初診を算定した場合	児外初	「医学管理」欄
483	B001-2	小児科外来診療料の「１」院外処方の「ロ」再診を算定した場合	児外再	「医学管理」欄
484	B001-2	小児科外来診療料の「２」院内処方の「イ」初診を算定した場合	児内初	「医学管理」欄
485	B001-2	小児科外来診療料の「２」院内処方の「ロ」再診を算定した場合	児内再	「医学管理」欄
486	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の時間外加算を算定した場合	外	「医学管理」欄
487	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の休日加算を算定した場合	休	「医学管理」欄
488	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の深夜加算を算定した場合	深	「医学管理」欄
489	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の時間外加算の特例を算定した場合	特	「医学管理」欄
490	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の小児科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	特夜	「医学管理」欄
491	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の小児科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	特休	「医学管理」欄
492	B001-2	小児科外来診療料において初診料、再診料又は外来診療料の小児科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	特深	「医学管理」欄
493	B001-2	小児科外来診療料の小児抗菌薬適正使用支援加算を算定した場合	小抗菌	「医学管理」欄
494	B001-2-2	地域連携小児夜間・休日診療料を算定した場合	地域小児	「医学管理」欄
495	B001-2-3	乳幼児育児栄養指導料を算定した場合	乳栄	「医学管理」欄
496	B001-2-4	地域連携夜間・休日診療料を算定した場合	地域夜休	「医学管理」欄
497	B001-2-5	院内トリアージ実施料を算定した場合	トリ	「医学管理」欄
498	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料を算定した場合	救搬	「医学管理」欄
499	B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料の救急搬送看護体制加算を算定した場合	救搬看	「医学管理」欄
500	B001-2-7	外来リハビリテーション診療料1を算定した場合	外リ1	「医学管理」欄
501	B001-2-7	外来リハビリテーション診療料2を算定した場合	外リ2	「医学管理」欄
502	B001-2-8	外来放射線照射診療料を算定した場合	外放	「医学管理」欄
503	B001-2-8	外来放射線照射診療料の100分の50に相当する点数を算定した場合	外放減	「医学管理」欄
504	B001-2-9	地域包括診療料1を算定した場合	地包1	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
505	B001-2-9	地域包括診療料2を算定した場合	地包2	「医学管理」欄
506	B001-2-9	地域包括診療料の薬剤適正使用連携加算を算定した場合	薬適連	「医学管理」欄
507	B001-2-10	認知症地域包括診療料1を算定した場合	認地包1	「医学管理」欄
508	B001-2-10	認知症地域包括診療料2を算定した場合	認地包2	「医学管理」欄
509	B001-2-10	認知症地域包括診療料の薬剤適正使用連携加算を算定した場合	薬適連	「医学管理」欄
510	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「１」院外処方の「イ」初診を算定した場合	児か外初	「医学管理」欄
511	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「１」院外処方の「ロ」再診を算定した場合	児か外再	「医学管理」欄
512	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「２」院内処方の「イ」初診を算定した場合	児か内初	「医学管理」欄
513	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の「２」院内処方の「ロ」再診を算定した場合	児か内再	「医学管理」欄
514	B001-2-11	小児かかりつけ診療料の小児抗菌薬適正使用支援加算を算定した場合	小抗菌	「医学管理」欄
515	B001-3	生活習慣病管理料の「１」保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合を算定した場合	生外	「医学管理」欄
516	B001-3	生活習慣病管理料の「２」１以外の場合を算定した場合	生内	「医学管理」欄
517	B001-3-2	ニコチン依存症管理料を算定した場合	ニコ	「医学管理」欄
518	B001-3-2	ニコチン依存症管理料の100分の70に相当する点数を算定した場合	ニコ減	「医学管理」欄
519	B001-4	手術前医学管理料を算定した場合	手前	「医学管理」欄
520	B001-5	手術後医学管理料を算定した場合	手後	「医学管理」欄
521	B001-6	肺血栓塞栓症予防管理料を算定した場合	肺予	「医学管理」欄
522	B001-7	リンパ浮腫指導管理料を算定した場合	リ	「医学管理」欄
523	B001-8	臍ヘルニア圧迫指導管理料を算定した場合	臍ヘ	「医学管理」欄
524	B001-9	療養・就労両立支援指導料を算定した場合	就労	「医学管理」欄
525	B001-9	療養・就労両立支援指導料の相談体制充実加算を算定した場合	就労相談	「医学管理」欄
526	B002	開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合	開Ⅰ	「医学管理」欄
527	B003	開放型病院共同指導料(Ⅱ)を算定した場合	開Ⅱ	「医学管理」欄
528	B004	退院時共同指導料1を算定した場合	退共1	「医学管理」欄
529	B004	退院時共同指導料1を算定している患者に対して特別管理指導加算を算定した場合	特管	「医学管理」欄
530	B005	退院時共同指導料2を算定した場合	退共2	「医学管理」欄
531	B005	退院時共同指導料2の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して指導を行った場合	2者共	「医学管理」欄
532	B005	退院時共同指導料2の多機関共同指導加算を算定した場合	多共	「医学管理」欄
533	B005-1-2	介護支援等連携指導料を算定した場合	介連	「医学管理」欄
534	B005-1-3	介護保険リハビリテーション移行支援料を算定した場合	介リ支	「医学管理」欄
535	B005-4	ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定した場合	ハイⅠ	「医学管理」欄
536	B005-5	ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)を算定した場合	ハイⅡ	「医学管理」欄
537	B005-6	がん治療連携計画策定料の「１」を算定した場合	がん策1	「医学管理」欄
538	B005-6	がん治療連携計画策定料の「２」を算定した場合	がん策2	「医学管理」欄
539	B005-6-2	がん治療連携指導料を算定した場合	がん指	「医学管理」欄
540	B005-6-3	がん治療連携管理料の「１」を算定した場合	がん管1	「医学管理」欄
541	B005-6-3	がん治療連携管理料の「２」を算定した場合	がん管2	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
542	B005-6-3	がん治療連携管理料の「３」を算定した場合	がん管３	「医学管理」欄
543	B005-6-4	外来がん患者在宅連携指導料を算定した場合	外がん連	「医学管理」欄
544	B005-7	認知症専門診断管理料の「１」を算定した場合	認管１	「医学管理」欄
545	B005-7	認知症専門診断管理料の「２」を算定した場合	認管２	「医学管理」欄
546	B005-7-2	認知症療養指導料1を算定した場合	認指１	「医学管理」欄
547	B005-7-2	認知症療養指導料2を算定した場合	認指２	「医学管理」欄
548	B005-7-2	認知症療養指導料3を算定した場合	認指３	「医学管理」欄
549	B005-7-3	認知症サポート指導料を算定した場合	認サ	「医学管理」欄
550	B005-8	肝炎インターフェロン治療計画料を算定した場合	肝計	「医学管理」欄
551	B005-9	排尿自立指導料を算定した場合	排自	「医学管理」欄
552	B005-10	ハイリスク妊産婦連携指導料1を算定した場合	ハイ妊連１	「医学管理」欄
553	B005-10	ハイリスク妊産婦連携指導料2を算定した場合	ハイ妊連２	「医学管理」欄
554	B006	救急救命管理料を算定した場合	救	「医学管理」欄
555	B006-3	退院時リハビリテーション指導料を算定した場合	退リハ	「医学管理」欄
556	B007	退院前訪問指導料を算定した場合	退前	「医学管理」欄
557	B007-2	退院後訪問指導料を算定した場合	退後	「医学管理」欄
558	B007-2	退院後訪問指導料の訪問看護同行加算を算定した場合	退訪同	「医学管理」欄
559	B008	薬剤管理指導料の「１」を算定した場合	薬管１	「医学管理」欄
560	B008	薬剤管理指導料の「２」を算定した場合	薬管２	「医学管理」欄
561	B008	薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻加	「医学管理」欄
562	B008-2	薬剤総合評価調整管理料を算定した場合	薬総評管	「医学管理」欄
563	B009	診療情報提供料（Ⅰ）を算定した場合	情Ⅰ	「医学管理」欄
564	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の「注7」に規定する加算を算定した場合	情Ⅰ退	「医学管理」欄
565	B009	診療情報提供料（Ⅰ）のハイリスク妊婦紹介加算を算定した場合	情Ⅰ妊	「医学管理」欄
566	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の認知症専門医療機関紹介加算を算定した場合	情Ⅰ認紹	「医学管理」欄
567	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の認知症専門医療機関連携加算を算定した場合	情Ⅰ認連	「医学管理」欄
568	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の精神科医連携加算を算定した場合	情Ⅰ精	「医学管理」欄
569	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の肝炎インターフェロン治療連携加算を算定した場合	情Ⅰ肝	「医学管理」欄
570	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の歯科医療機関連携加算加算を算定した場合	情Ⅰ歯	「医学管理」欄
571	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の地域連携診療計画加算を算定した場合	情地連診	「医学管理」欄
572	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の療養情報提供加算を算定した場合	情療養	「医学管理」欄
573	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の検査・画像情報提供加算を算定した場合	情検画	「医学管理」欄
574	B009-2	電子的診療情報評価料を算定した場合	電診情評	「医学管理」欄
575	B010	診療情報提供料（Ⅱ）を算定した場合	情Ⅱ	「医学管理」欄
576	B010-2	診療情報連携共有料を算定した場合	情共	「医学管理」欄
577	B011-3	薬剤情報提供料を算定した場合	薬情	「医学管理」欄
578	B011-3	薬剤情報提供料の手帳記載加算を算定した場合	手帳	「医学管理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
579	B011-4	医療機器安全管理料を算定した場合	医機安	「医学管理」欄
580	B012	傷病手当金意見書交付料を算定した場合	傷	「医学管理」欄
581	B012	傷病手当金意見書交付料を遺族等に対して意見書を交付した場合	相続	「医学管理」欄
582	B013	療養費同意書交付料を算定した場合	療	「医学管理」欄
583	B014	退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合	退薬	「医学管理」欄
584	C000	在宅療養支援診療所の保険医が往診を行った場合	在支援	「在宅」欄
585	C000	在宅療養支援病院の保険医が往診を行った場合	在支病	「在宅」欄
586	C000 C001	特別往診料を算定した場合 患家との直線距離が16kmを超えた場合又は海路の場合であって、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料を算定した場合	特	「在宅」欄
587	C000 C005 C005-1-2	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を行った場合 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	「在宅」欄
588	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）「1」の同一建物居住者以外の場合を算定した場合	（Ⅰ）1在宅	「在宅」欄
589	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）「1」の同一建物居住者の場合を算定した場合	（Ⅰ）1同一	「在宅」欄
590	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）「2」の同一建物居住者以外の場合を算定した場合	（Ⅰ）2在宅	「在宅」欄
591	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）「2」の同一建物居住者の場合を算定した場合	（Ⅰ）2同一	「在宅」欄
592	C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定した場合	（Ⅱ）	「在宅」欄
593	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、（Ⅱ）の厚生労働大臣が定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合	難病	「在宅」欄
594	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、（Ⅱ）の乳幼児加算を算定した場合	乳	「在宅」欄
595	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の在宅ターミナルケア加算イ又はロを算定した場合 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算を算定した場合	（Ⅰ）タ在、（Ⅰ）タ施 （Ⅱ）タ	「在宅」欄
596	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、（Ⅱ）の酸素療法加算を算定した場合	タ酸	「在宅」欄
597	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、（Ⅱ）の看取り加算を算定した場合	看取	「在宅」欄
598	C001 C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、（Ⅱ）の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	急性	「在宅」欄
599	C002	在宅時医学総合管理料の処方箋を交付した場合	在医総管外	「在宅」欄
600	C002	在宅時医学総合管理料の処方箋を交付していない場合	在医総管内	「在宅」欄
601	C002	在宅時医学総合管理料の処方箋を交付した場合であって、100分の80に相当する点数を算定した場合	在医総管外減	「在宅」欄
602	C002	在宅時医学総合管理料の処方箋を交付していない場合であって、100分の80に相当する点数を算定した場合	在医総管内減	「在宅」欄
603	C002-2	施設入居時等医学総合管理料の処方箋を交付した場合	施医総管外	「在宅」欄
604	C002-2	施設入居時等医学総合管理料の処方箋を交付していない場合	施医総管内	「在宅」欄
605	C002-2	施設入居時等医学総合管理料の処方箋を交付した場合であって、100分の80に相当する点数を算定した場合	施医総管外減	「在宅」欄
606	C002-2	施設入居時等医学総合管理料の処方箋を交付していない場合であって、100分の80に相当する点数を算定した場合	施医総管内減	「在宅」欄
607	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の頻回訪問加算を算定した場合	頻訪加算	「在宅」欄
608	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の在宅移行早期加算を算定した場合	在宅移行	「在宅」欄
609	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の継続診療加算を算定した場合	継続診療	「在宅」欄
610	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算を算定した場合	包括支援	「在宅」欄
611	C003	在宅がん医療総合診療料を算定した場合	在医総	「在宅」欄
612	C004	救急搬送診療料を算定した場合	搬送診療	「在宅」欄
613	C004	救急搬送診療料の長時間加算を算定した場合	搬送診療長	「在宅」欄
614	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合	訪問看護 訪問看護(同一)	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
615	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の厚生労働大臣の定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合	訪問看護難病 訪問看護難病(同一)	「在宅」欄
616	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の急性増悪等により頻回な訪問看護を必要とする患者に対して行った場合	訪問看護急性 訪問看護急性(同一)	「在宅」欄
617	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	訪問看護専門 訪問看護専門(同一)	「在宅」欄
618	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は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を算定した場合	複	「在宅」欄
619	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の緊急訪問看護加算を算定した場合	訪問看護緊急 訪問看護緊急(同一)	「在宅」欄
620	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の長時間訪問看護・指導加算を別に厚生労働大臣が定める者に算定した場合	訪問看護別定長時 訪問看護別定長時(同一)	「在宅」欄
621	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の長時間訪問看護・指導加算を別に厚生労働大臣が定める者以外の者に算定した場合	訪問看護長時 訪問看護長時(同一)	「在宅」欄
622	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の乳幼児加算を算定した場合	訪問看護乳 訪問看護乳(同一)	「在宅」欄
623	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護加算(保健師、助産師又は看護師)を算定した場合	複訪看看	「在宅」欄
624	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護加算(准看護師)を算定した場合	複訪看准	「在宅」欄
625	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護加算(看護補助者)を算定した場合(別に厚生労働大臣が定める場合を除く。)	複訪看補ハ	「在宅」欄
626	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護加算(看護補助者)を算定した場合(別に厚生労働大臣が定める場合)	複訪看補ニ	「在宅」欄
627	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料の在宅患者連携指導加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者連携指導加算	訪問看護連携 訪問看護連携(同一)	「在宅」欄
628	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料の在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合	訪問看護カン 訪問看護カン(同一)	「在宅」欄
629	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定した場合(在宅で死亡した患者)	タ在 同タ在	「在宅」欄
630	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定した場合(特別養護老人ホーム等で死亡した患者)	タ施 同タ施	「在宅」欄
631	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅移行管理加算を算定した場合	移	「在宅」欄
632	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅移行管理重症者加算を算定した場合	移重症	「在宅」欄
633	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の夜間・早朝訪問看護加算を算定した場合	夜早	「在宅」欄
634	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の深夜訪問看護加算を算定した場合	深	「在宅」欄
635	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は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を算定した場合	訪問看護看介 訪問看護看介(同一)	「在宅」欄
636	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料又は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を算定した場合	訪問看護特地 訪問看護特地(同一)	「在宅」欄
637	C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定した場合	訪問点滴	「在宅」欄
638	C005-2	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	訪点	「在宅」欄
639	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問リハビリテーションを行った場合	訪問リ在宅	「在宅」欄
640	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問リハビリテーションを行った場合	訪問リ同一	「在宅」欄
641	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の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	「在宅」欄
642	C007	訪問看護指示料を算定した場合	訪問指示	「在宅」欄
643	C007	訪問看護指示料の特別訪問看護指示加算を算定した場合	特別指示	「在宅」欄
644	C007	訪問看護指示料の衛生材料等提供加算を算定した場合	衛材提供	「在宅」欄
645	C007-2	介護職員等喀痰吸引等指示料を算定した場合	喀痰指示	「在宅」欄
646	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合	訪問薬剤	「在宅」欄
647	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻加	「在宅」欄
648	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳幼	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
649	C009	在宅患者訪問栄養食事指導料を算定した場合	訪問栄養	「在宅」欄
650	C010	在宅患者連携指導料を算定した場合	在宅連携	「在宅」欄
651	C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した場合	在宅緊急	「在宅」欄
652	C012	在宅患者共同診療料の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	在共	「在宅」欄
653	C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定した場合	在褥	「在宅」欄
654	C100	退院前在宅療養指導管理料を算定した場合	前	「在宅」欄
655	C100	退院前在宅療養指導管理料の乳幼児加算を算定した場合	乳幼	「在宅」欄
656	C101	在宅自己注射指導管理料を算定した場合	注	「在宅」欄
657	C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定した場合	在小血糖	「在宅」欄
658	C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定した場合	在妊糖	「在宅」欄
659	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合	灌	「在宅」欄
660	C102-2	在宅血液透析指導管理料を算定した場合	在透	「在宅」欄
661	C103	在宅酸素療法指導管理料を算定した場合	酸	「在宅」欄
662	C103	在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算を算定した場合	遠モニ	「在宅」欄
663	C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定した場合	中	「在宅」欄
664	C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合	経	「在宅」欄
665	C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料を算定した場合	小経	「在宅」欄
666	C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合	半固形	「在宅」欄
667	C106	在宅自己導尿指導管理料を算定した場合	尿	「在宅」欄
668	C107	在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合	人	「在宅」欄
669	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1を算定した場合	持呼1	「在宅」欄
670	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定した場合	持呼2	「在宅」欄
671	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を算定した場合	遠モニ	「在宅」欄
672	C108	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定した場合	在悪	「在宅」欄
673	C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定した場合	在悪共	「在宅」欄
674	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定した場合	寝	「在宅」欄
675	C110	在宅自己疼痛管理指導管理料を算定した場合	疼	「在宅」欄
676	C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料を算定した場合	振	「在宅」欄
677	C110-2 C110-3	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料又は在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の導入期加算を算定した場合	導入期	「在宅」欄
678	C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料を算定した場合	迷	「在宅」欄
679	C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料を算定した場合	仙	「在宅」欄
680	C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料を算定した場合	肺	「在宅」欄
681	C112	在宅気管切開患者指導管理料を算定した場合	気	「在宅」欄
682	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定した場合	難皮	「在宅」欄
683	C116	在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料を算定した場合	植心非拍	「在宅」欄
684	C117	在宅経腸投薬指導管理料を算定した場合	経腸投	「在宅」欄
685	C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料を算定した場合	電場	「在宅」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
686	C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料を算定した場合	洗腸	「在宅」欄
687	C150	血糖自己測定器加算を算定した場合	注糖	「在宅」欄
688	C151	注入器加算を算定した場合	入	「在宅」欄
689	C152	間歇注入シリンジポンプ加算を算定した場合	間	「在宅」欄
690	C152-2	持続血糖測定器加算を算定した場合	持血	「在宅」欄
691	C152-3	経腸投薬用ポンプ加算を算定した場合	経腸ポ	「在宅」欄
692	C153	注入器用注射針加算を算定した場合	針	「在宅」欄
693	C154	紫外線殺菌器加算を算定した場合	紫	「在宅」欄
694	C155	自動腹膜灌流装置加算を算定した場合	自腹	「在宅」欄
695	C156	透析液供給装置加算を算定した場合	透液	「在宅」欄
696	C157	酸素ボンベ加算を算定した場合	ボ	「在宅」欄
697	C157 C159	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	携	「在宅」欄
698	C158	酸素濃縮装置加算を算定した場合	濃	「在宅」欄
699	C159	液化酸素装置加算を算定した場合	液	「在宅」欄
700	C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算を算定した場合	呼	「在宅」欄
701	C160	在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算を算定した場合	輸	「在宅」欄
702	C161	注入ポンプ加算を算定した場合	注ポ	「在宅」欄
703	C161	注入ポンプ加算（在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料）を算定した場合	悪ポ	「在宅」欄
704	C162	在宅経管栄養法用栄養管セット加算を算定した場合	管	「在宅」欄
705	C163	特殊カテーテル加算の「１」を算定した場合	カ	「在宅」欄
706	C163	特殊カテーテル加算の「２」を算定した場合	バ	「在宅」欄
707	C164	人工呼吸器加算のうち、陽圧式人工呼吸器を使用した場合	陽呼	「在宅」欄
708	C164	人工呼吸器加算のうち、鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合	鼻呼	「在宅」欄
709	C164	人工呼吸器加算のうち、陰圧式人工呼吸器を使用した場合	陰呼	「在宅」欄
710	C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「１」を算定した場合	持呼加1	「在宅」欄
711	C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「２」を算定した場合	持呼加2	「在宅」欄
712	C166	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算を算定した場合	携ポ	「在宅」欄
713	C167	疼痛等管理用送信器加算を算定した場合	疼信	「在宅」欄
714	C168	携帯型精密輸液ポンプ加算を算定した場合	肺ポ	「在宅」欄
715	C168-2	携帯型精密ネブライザー加算を算定した場合	精ネ	「在宅」欄
716	C169	気管切開患者用人工鼻加算を算定した場合	気鼻	「在宅」欄
717	C170	排痰補助装置加算を算定した場合	排痰	「在宅」欄
718	C171	在宅酸素療法材料加算を算定した場合	酸材	「在宅」欄
719	C171-2	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算を算定した場合	持材	「在宅」欄
720	D005	特殊染色加算を算定した場合	特染	「検査・病理」欄
721	D009の6	前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原(PSA)を2回以上算定した場合	未確	「検査・病理」欄
722	D014の21	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回以上算定した場合	未確	「検査・病理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
723	D018	嫌気性培養加算を算定した場合	嫌培	「検査・病理」欄
724	D025	基本的検体検査実施料を算定した場合	基検	「検査・病理」欄
725	D026	尿・糞便等検査判断料を算定した場合	判尿	「検査・病理」欄
726	D026	血液学的検査判断料を算定した場合	判血	「検査・病理」欄
727	D026	生化学的検査(Ⅰ)判断料を算定した場合	判生Ⅰ	「検査・病理」欄
728	D026	生化学的検査(Ⅱ)判断料を算定した場合	判生Ⅱ	「検査・病理」欄
729	D026	免疫学的検査判断料を算定した場合	判免	「検査・病理」欄
730	D026	微生物学的検査判断料を算定した場合	判微	「検査・病理」欄
731	D026	検体検査管理加算(Ⅰ)を算定した場合	検管Ⅰ	「検査・病理」欄
732	D026	検体検査管理加算(Ⅱ)を算定した場合	検管Ⅱ	「検査・病理」欄
733	D026	検体検査管理加算(Ⅲ)を算定した場合	検管Ⅲ	「検査・病理」欄
734	D026	検体検査管理加算(Ⅳ)を算定した場合	検管Ⅳ	「検査・病理」欄
735	D026	国際標準検査管理加算を算定した場合	国標	「検査・病理」欄
736	D026	遺伝カウンセリング加算を算定した場合	遺伝	「検査・病理」欄
737	D026	骨髄像診断加算を算定した場合	骨診	「検査・病理」欄
738	D027	基本的検体検査判断料を算定した場合	判基	「検査・病理」欄
739	D205	呼吸機能検査等判断料を算定した場合	判呼	「検査・病理」欄
740	D206	血管内超音波加算を算定した場合	血超	「検査・病理」欄
741	D206	血管内光断層撮影加算を算定した場合	血光断	「検査・病理」欄
742	D206	冠動脈血流予備能測定検査加算を算定した場合	冠血予	「検査・病理」欄
743	D206	血管内視鏡検査加算を算定した場合	血内	「検査・病理」欄
744	D206	心腔内超音波検査加算を算定した場合	心超	「検査・病理」欄
745	D215-2	肝硬度測定を3月に2回以上算定した場合	複肝	「検査・病理」欄
746	D215-3	超音波エラストグラフィーを3月に2回以上算定した場合	複エ	「検査・病理」欄
747	D217	大腿骨同時撮影加算を算定した場合	腿撮	「検査・病理」欄
748	D238	脳波検査判断料を算定した場合	判脳	「検査・病理」欄
749	D241	神経・筋検査判断料を算定した場合	判神	「検査・病理」欄
750	D256	広角眼底撮影加算を算定した場合	広眼	「検査・病理」欄
751	D294	ラジオアイソトープ検査判断料を算定した場合	判ラ	「検査・病理」欄
752	D306 D308 D310 D312 D313	粘膜点墨法加算を算定した場合	墨	「検査・病理」欄
753	D306 D308 D313	狭帯域光強調加算を算定した場合	狭光	「検査・病理」欄
754	D415	経気管肺生検法のガイドシース加算を算定した場合	ガ	「検査・病理」欄
755	D415	経気管肺生検法のCT透視下気管支鏡検査加算を算定した場合	CT気	「検査・病理」欄
756	第1節 第1款通則1	時間外緊急院内検査加算を算定した場合	緊検	「検査・病理」欄
757	第1節 第1款通則3	外来迅速検体検査加算を算定した場合	外迅検	「検査・病理」欄
758	第3節内視鏡検査通則1	超音波内視鏡検査加算を算定した場合	超内	「検査・病理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
759	第4部	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	電画	「画像診断」欄
760	第4部	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	「画像診断」欄
761	第4部通則3	時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合	緊画	「画像診断」欄
762	第4部通則4	写真診断について、画像診断管理加算1を算定した場合	写画1	「画像診断」欄
763	第4部通則4	基本的エックス線診断について、画像診断管理加算1を算定した場合	基画1	「画像診断」欄
764	第4部通則4	核医学診断について、画像診断管理加算1を算定した場合	核画1	「画像診断」欄
765	第4部通則4	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	コ画1	「画像診断」欄
766	第4部通則5	核医学診断について、画像診断管理加算2を算定した場合	核画2	「画像診断」欄
767	第4部通則5	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	コ画2	「画像診断」欄
768	第4部通則5	核医学診断について、画像診断管理加算3を算定した場合	核画3	「画像診断」欄
769	第4部通則5	コンピューター断層診断について、画像診断管理加算3を算定した場合	コ画3	「画像診断」欄
770	E004	基本的エックス線診断料を算定した場合	基エ	「画像診断」欄
771	F100	特定疾患処方管理加算1を算定した場合	特処1	「投薬」欄
772	F100	特定疾患処方管理加算2を算定した場合	特処2	「投薬」欄
773	F100	抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合	抗悪	「投薬」欄
774	F100	外来後発医薬品使用体制加算1を算定した場合	外後使1	「投薬」欄
775	F100	外来後発医薬品使用体制加算2を算定した場合	外後使2	「投薬」欄
776	F100	外来後発医薬品使用体制加算3を算定した場合	外後使3	「投薬」欄
777	F100	向精神薬調整連携加算を算定した場合	向調連	「投薬」欄
778	F200	初診料の注2、注3又は外来診療料の注2、注3を算定する保険医療機関において投与期間が30日以上の処方をし、薬剤料を所定点数の合計の100分の40に相当する点数で算定した場合 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	減	「投薬」欄
779	F200	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、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬を4種類以上投与した場合であって、薬剤料（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係るものに限る。）を所定点数の100分の80に相当する点数で算定した場合	精減	「投薬」欄
780	F500	院内製剤加算を算定した場合	院	「投薬」欄
781	－	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	薬評	「投薬」欄
782	F400	特定疾患処方管理加算1を算定した場合	特処1	「その他」欄
783	F400	特定疾患処方管理加算2を算定した場合	特処2	「その他」欄
784	F400	抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合	抗悪	「その他」欄
785	F400	一般名処方加算1を算定した場合	一般1	「その他」欄
786	F400	一般名処方加算2を算定した場合	一般2	「その他」欄
787	F400	向精神薬調整連携加算を算定した場合	向調連	「その他」欄
788	第6部通則6	外来化学療法加算1の外来化学療法加算Aを算定した場合	化1A	「注射」欄
789	第6部通則6	外来化学療法加算1の外来化学療法加算Bを算定した場合	化1B	「注射」欄
790	第6部通則6	外来化学療法加算2の外来化学療法加算Aを算定した場合	化2A	「注射」欄
791	第6部通則6	外来化学療法加算2の外来化学療法加算Bを算定した場合	化2B	「注射」欄
792	G004 G005	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	血漿	「注射」欄
793	G020	無菌製剤処理料の「1」を算定した場合	菌1	「注射」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
794	G020	無菌製剤処理料の「２」を算定した場合	菌２	「注射」欄
795	G020	無菌製剤処理料の「１」を算定した場合であって、閉鎖式接続器具を使用した場合	菌１器具	「注射」欄
796	G100	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	その他薬剤	「注射」欄
797	－	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	薬評	「注射」欄
798	H000 H001 H001-2 H002 H003	早期リハビリテーション加算を算定した場合	早リ加	「その他」欄
799	H000 H001 H001-2 H002 H003	初期加算を算定した場合	初期	「その他」欄
800	H001 H001-2 H002	脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料の100分の90に相当する点数により算定した場合	リ減	「その他」欄
801	H003-2	リハビリテーション総合計画評価料の「１」を算定した場合	リハ総評１	「その他」欄
802	H003-2	リハビリテーション総合計画評価料の「２」を算定した場合	リハ総評２	「その他」欄
803	H003-3	リハビリテーション計画提供料の「１」を算定した場合	リハ提１	「その他」欄
804	H003-3	リハビリテーション計画提供料の「２」を算定した場合	リハ提２	「その他」欄
805	H003-4	目標設定等支援・管理料の「１」を算定した場合	目標支管１	「その他」欄
806	H003-4	目標設定等支援・管理料の「２」を算定した場合	目標支管２	「その他」欄
807	H006	短期集中リハビリテーション実施加算を算定した場合	短リ加	「その他」欄
808	H007-4	リンパ浮腫複合的治療料の「１」を算定した場合	リ複治１	「その他」欄
809	H007-4	リンパ浮腫複合的治療料の「２」を算定した場合	リ複治２	「その他」欄
810	I001 I002 I011	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	家族	「その他」欄
811	I002 I002-2	通院・在宅精神療法又は精神科継続外来支援・指導料の特定薬剤副作用評価加算を算定した場合	副評	「その他」欄
812	I002-2	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	精外療加	「その他」欄
813	I008-2	入院中の患者に精神科ショート・ケアを算定した場合	他精シ	「その他」欄
814	I008-2 I009 I010 I010-2 I015	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・ケア又は重度認知症患者デイ・ケア料の早期加算を算定した場合	早	「その他」欄
815	I009	入院中の患者に精神科デイ・ケアを算定した場合	他精デ	「その他」欄
816	I009 I010 I010-2	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100分の90に相当する点数を算定した場合	精長減	「その他」欄
817	I010-2	精神科デイ・ナイト・ケアの疾患別等診療計画加算を算定した場合	疾計	「その他」欄
818	I011-2	精神科退院前訪問指導料の必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合	複職	「その他」欄
819	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)を算定した場合	精訪看Ⅰ	「その他」欄
820	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を算定した場合	精訪看Ⅲ	「その他」欄
821	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の急性増悪により頻回な精神科訪問看護を必要とする患者に対して行った場合	精訪看Ⅰ急性	「その他」欄
822	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の急性増悪により頻回な精神科訪問看護を必要とする患者に対して行った場合	精訪看Ⅲ急性	「その他」欄
823	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅰ複訪看看	「その他」欄
824	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅲ複訪看看	「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
825	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅰ複訪看准	「その他」欄
826	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅲ複訪看准	「その他」欄
827	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅰ複訪看補	「その他」欄
828	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合	精訪看Ⅲ複訪看補	「その他」欄
829	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の長時間精神科訪問看護・指導加算を算定した場合	精訪看Ⅰ長時	「その他」欄
830	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の長時間精神科訪問看護・指導加算を算定した場合	精訪看Ⅲ長時	「その他」欄
831	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の夜間・早朝訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅰ夜早	「その他」欄
832	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の夜間・早朝訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅲ夜早	「その他」欄
833	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の深夜訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅰ深	「その他」欄
834	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の深夜訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅲ深	「その他」欄
835	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の精神科緊急訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅰ緊急	「その他」欄
836	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の精神科緊急訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅲ緊急	「その他」欄
837	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の精神科複数回訪問加算を算定した場合	精訪看Ⅰ複	「その他」欄
838	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の精神科複数回訪問加算を算定した場合	精訪看Ⅲ複	「その他」欄
839	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の看護・介護職員連携強化加算を算定した場合	精訪看Ⅰ看介	「その他」欄
840	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の看護・介護職員連携強化加算を算定した場合	精訪看Ⅲ看介	「その他」欄
841	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)の特別地域訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅰ特地	「その他」欄
842	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の特別地域訪問看護加算を算定した場合	精訪看Ⅲ特地	「その他」欄
843	I012-2	精神科訪問看護指示料を算定した場合	精訪指示	「その他」欄
844	I012-2	精神科訪問看護指示料の衛生材料等提供加算を算定した場合	衛材提供	「その他」欄
845	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を算定した場合	精特指示	「その他」欄
846	I013	抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」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	持精	「その他」欄
847	I013	抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「2」治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定した場合	治統	「その他」欄
848	I015	重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合	認デイ	「その他」欄
849	I015	重度認知症患者デイ・ケア料の夜間ケア加算を算定した場合	夜ケ	「その他」欄
850	I016	精神科重症患者早期集中支援管理料を算定した場合	精早支	「その他」欄
851	第9部通則5 第10部通則12 第11部通則3	処置、手術又は麻酔の時間外加算を算定した場合	外	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
852	第9部通則5 第10部通則12 第11部通則3	処置、手術又は麻酔の休日加算を算定した場合	休	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
853	第9部通則5 第10部通則12 第11部通則3	処置、手術又は麻酔の深夜加算を算定した場合	深	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
854	第9部通則5 第10部通則12 第11部通則3	処置、手術又は麻酔の時間外加算の特例を算定した場合	特外	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
855	第10部通則14	「複数手術に係る費用の特例を定める件」(平成30年厚生労働省告示第72号)に規定する複数手術を同時に行った場合	(併施)	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
856	第10部通則7	手術の1,500グラム未満の児加算を算定した場合	未満	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
857	第10部通則8 第11部通則2	手術の幼児(3歳以上6歳未満)加算を算定した場合 麻酔の幼児(1歳以上3歳未満)加算を算定した場合	幼	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
858	第11部通則2	麻酔の未熟児加算を算定した場合	未	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
859	第9部第1節 第10部通則7 第11部通則2	処置の新生児加算を算定した場合 手術の新生児(1,500グラム未満の児を除く)加算を算定した場合 麻酔の新生児加算を算定した場合	新	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
860	第9部第1節 第10部通則8	処置の乳幼児（6歳未満）加算を算定した場合 手術の乳幼児（3歳未満）加算を算定した場合	乳幼	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
861	第9部第1節 第11部通則2	処置の乳児加算を算定した場合 麻酔の乳児加算を算定した場合	乳	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
862	J038	人工腎臓の透析液水質確保加算を算定した場合	水	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
863	J038 J038-2	人工腎臓又は持続緩徐式血液濾過の障害者等加算を算定した場合	障	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
864	－	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 90日を超える期間一般病棟に入院している患者であっ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20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者）のうち、同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	洗浄	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
865	－	90日を超える期間一般病棟に入院している患者であっ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20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者）のうち、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	頻回	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
866	K014	皮膚移植術（生体・培養）を行った場合	膚	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
867	K514-6	生体部分肺移植術を行った場合	肺	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
868	K697-5	生体部分肝移植を行った場合	肝	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
869	K780-2	生体腎移植術を行った場合	腎	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
870	K920-2	輸血管理料Ⅰを算定した場合	輸管Ⅰ	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
871	K920-2	輸血管理料Ⅱを算定した場合	輸管Ⅱ	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
872	K922	造血幹細胞移植のうち同種移植を行った場合	造	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
873	L009	麻酔管理料（Ⅰ）を算定した場合	麻管Ⅰ	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
874	L010	麻酔管理料（Ⅱ）を算定した場合	麻管Ⅱ	「処置」欄又は 「手術・麻酔」欄
875	第12部	放射線治療料を算定した場合	放	「その他」欄
876	第12部通則3	小児放射線治療加算（新生児）を算定した場合	新	「その他」欄
877	第12部通則3	小児放射線治療加算（3歳未満の乳幼児（新生児を除く））を算定した場合	乳幼	「その他」欄
878	第12部通則3	小児放射線治療加算（3歳以上6歳未満の幼児）を算定した場合	幼児	「その他」欄
879	第12部通則3	小児放射線治療加算（6歳以上15歳未満の小児）を算定した場合	小児	「その他」欄
880	M000	放射線治療管理料を算定した場合	放管	「その他」欄
881	M000-2	放射性同位元素内用療法管理料を算定した場合	放内	「その他」欄
882	M001	体外照射の画像誘導放射線治療加算を算定した場合	画誘	「その他」欄
883	M001	体外照射の体外照射呼吸性移動対策加算を算定した場合	体呼	「その他」欄
884	M001-3	定位放射線治療呼吸性移動対策加算を算定した場合	定呼	「その他」欄
885	M004	密封小線源治療に当たって、気管・気管支用アプリケータを使用した場合	気アプ	「その他」欄
886	M004	密封小線源治療に当たって、食道アプリケータを使用した場合	食アプ	「その他」欄
887	N002	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製について、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	4免	「検査・病理」欄
888	N006	病理診断料の組織診断料を算定した場合	判組診	「検査・病理」欄
889	N006	病理診断料の細胞診断料を算定した場合	判細診	「検査・病理」欄
890	N006	病理診断管理加算1を算定した場合	病管1	「検査・病理」欄
891	N006	病理診断管理加算2を算定した場合	病管2	「検査・病理」欄
892	N007	病理判断料を算定した場合	判病判	「検査・病理」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
893	第3章	施設入所者自己腹膜灌流薬剤料を算定した場合	灌薬	「在宅」欄
894	第3章	施設入所者共同指導料を算定した場合	施設指導	「その他」欄

※　略号については、複初 等と四角囲みをし記載することとするが、電子計算機の場合は、□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。

※　入院料の略号の記載欄等については、以下のとおりであること。

項　番	記載欄等
46～144、177～180、182、187、188、190～219、224、228～234、238、240～245、249～251、254、257、259～268、270～272、275～277、279、280、282～300、304～311	入院基本料種別欄
312～317、335～347、349～353、355～360、365～372、386～394、396、397、401～405、409、410、413、414、417～425、428	「特定入院料・その他」の項
44、45、145、146、148	入院基本料種別欄 に記載する略号の後
415、416	特定入院料の種別の略号の後
上記以外	「摘要」欄

別表Ⅱ　診療行為名称等の略号一覧（歯科）

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
1	A000	初診料に係る時間外加算の特例を算定した場合 ※電子計算機の場合は全体の「その他」欄に表示	特	初診 「時間外」の文字の上※
2	A000	特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合	訪問（特別）	「摘要」欄
3	A002	再診料に係る時間外加算の特例を算定した場合 ※電子計算機の場合は全体の「その他」欄に表示	特	再診 「時間外」の文字の上※
4	A002	特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合	訪問（特別）	「摘要」欄
5	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した場合	周計	管理・リハ 「その他」欄
6	B000-6	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）の手術前	周前（Ⅰ）	管理・リハ 「その他」欄
7	B000-6	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）の手術後	周後（Ⅰ）	管理・リハ 「その他」欄
8	B000-7	周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の手術前	周前（Ⅱ）	管理・リハ 「その他」欄
9	B000-7	周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の手術後	周後（Ⅱ）	管理・リハ 「その他」欄
10	B000-8	周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）	周（Ⅲ）	管理・リハ 「その他」欄
11	B002	歯科特定疾患療養管理料を算定した場合	特疾管	全体 「その他」欄
12	B002	歯科特定疾患療養管理料に係る共同療養指導計画加算を算定した場合	共計	全体 「その他」欄
13	B003	特定薬剤治療管理料を算定した場合	薬	全体 「その他」欄
14	B004	悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合	悪	全体 「その他」欄
15	B004-2	手術前医学管理料を算定した場合	手前	全体 「その他」欄
16	B004-3	手術後医学管理料を算定した場合	手後	全体 「その他」欄
17	B004-6-2	歯科治療総時医療管理料を算定した場合	医管	管理・リハ 「その他」欄
18	B005	開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合	開Ⅰ	全体 「その他」欄
19	B006	開放型病院共同指導料(Ⅱ)を算定した場合	開Ⅱ	全体 「その他」欄
20	B006-3-4	療養・就労両立支援指導料を算定した場合	就労	全体 「その他」欄
21	B007	退院前訪問指導料を算定した場合	退前	全体 「その他」欄
22	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」を算定した場合	薬管1	全体 「その他」欄
23	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」を算定した場合	薬管2	全体 「その他」欄
24	B008	薬剤管理指導料に係る麻薬管理指導加算を算定した場合	麻加	全体 「その他」欄
25	B008-2	薬剤総合評価調整管理料を算定した場合	薬総評管	全体 「その他」欄
26	B009	診療情報提供料（Ⅰ）を算定した場合	情Ⅰ	全体 「その他」欄
27	B009	診療情報提供料（Ⅰ）に係る退院患者の紹介の加算を算定した場合	情Ⅰ加1	全体 「その他」欄
28	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の基本診療料に係る歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療料を算定している患者の紹介に係る加算（区分B009　注6）を算定した場合	情Ⅰ加2	全体 「その他」欄
29	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の基本診療料に係る歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療料を算定している患者の紹介に係る加算（区分B009　注7）を算定した場合	情Ⅰ加3	全体 「その他」欄
30	B009	診療情報提供料（Ⅰ）に係る検査・画像情報提供加算の「イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合」を算定した場合	情Ⅰ加4イ	全体 「その他」欄
31	B009	診療情報提供料（Ⅰ）に係る検査・画像情報提供加算の「ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合」を算定した場合	情Ⅰ加4ロ	全体 「その他」欄
32	B009-2	電子的診療情報評価料を算定した場合	電診情評	全体 「その他」欄
33	B010	診療情報提供料（Ⅱ）を算定した場合	情Ⅱ	全体 「その他」欄
34	B011	診療情報連携共有料	情供	全体 「その他」欄
35	B012	傷病手当金意見書交付料を算定した場合	傷	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
36	B013-3	広範囲顎骨支持型補綴物管理料を算定した場合	特イ管	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
37	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療1を算定した場合	歯訪1	全体 「その他」欄
38	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療2を算定した場合	歯訪2	全体 「その他」欄
39	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療3を算定した場合	歯訪3	全体 「その他」欄
40	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算（イの（1）同一建物居住者以外の場合）を算定した場合	訪補助イ（1）	全体 「その他」欄
41	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算（イの（2）同一建物居住者の場合）を算定した場合	訪補助イ（2）	全体 「その他」欄
42	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算（ロの（1）同一建物居住者以外の場合）を算定した場合	訪補助ロ（1）	全体 「その他」欄
43	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算（ロの（2）同一建物居住者の場合）を算定した場合	訪補助ロ（2）	全体 「その他」欄
44	C000	区分番号C000の注13に規定する歯科訪問診療料「イ 初診時」を算定した場合	歯訪診（初）	全体 「その他」欄
45	C000	区分番号C000の注13に規定する歯科訪問診療料「ロ 再診時」を算定した場合	歯訪診（再）	全体 「その他」欄
46	C000	歯科訪問診療に係る在宅歯科医療推進加算を算定した場合	在推進	全体 「その他」欄
47	C000	歯科訪問診療に係る歯科訪問診療移行加算を算定した場合	訪移行	全体 「その他」欄
48	C000	特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合	訪問（特別）	「摘要」欄
49	C000	歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して歯科訪問診療を行い、周術期等口腔機能管理及び周術期等口腔機能管理に伴う治療行為を行った場合	周術期等連携	「摘要」欄
50	C000	同一の患家において2人以上の患者を診察(診療時間が20分以上の場合に限る。)し、患者の1人に対して歯科訪問診療1を算定する場合	同一世帯（1）	「摘要」欄
51	C001	訪問歯科衛生指導料（1　単一建物診療患者が1人の場合）を算定した場合	訪衛指1	全体 「その他」欄
52	C001	訪問歯科衛生指導料（2　単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合）を算定した場合	訪衛指2	全体 「その他」欄
53	C001	訪問歯科衛生指導料（3　1及び2以外の場合）を算定した場合	訪衛指3	全体 「その他」欄
54	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合	歯在管	全体 「その他」欄
55	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る文書提供加算を算定した場合	文	全体 「その他」欄
56	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅総合医療加算を算定した場合	歯総管	全体 「その他」欄
57	C001-3 C001-5	歯科疾患在宅療養管理料又は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る栄養サポートチーム連携加算1を算定した場合	NST1	全体 「その他」欄
58	C001-3 C001-5	歯科疾患在宅療養管理料又は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る栄養サポートチーム連携加算2を算定した場合	NST2	全体 「その他」欄
59	C001-4-2	在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した場合	在歯管	全体 「その他」欄
60	C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した場合	訪問口腔リハ	全体 「その他」欄
61	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係るかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算を算定した場合	か強診	全体 「その他」欄
62	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科診療所加算1を算定した場合	歯援診1	全体 「その他」欄
63	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科診療所加算2を算定した場合	歯援診2	全体 「その他」欄
64	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を算定した場合	小訪問口腔リハ	全体 「その他」欄
65	C003	在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合	訪問薬剤	全体 「その他」欄
66	C003	在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る麻薬加算を算定した場合	麻	全体 「その他」欄
67	C004	退院前在宅療養指導管理料を算定した場合	前	全体 「その他」欄
68	C005	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定した場合	在悪	全体 「その他」欄
69	D010	歯冠補綴時色調採得検査を算定した場合	色調	「摘要」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
70	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能1イ（前）	X線・検査 「その他」欄
71	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能1ロ（前）	X線・検査 「その他」欄
72	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能1イ（後）	X線・検査 「その他」欄
73	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能1ロ（後）	X線・検査 「その他」欄
74	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能2イ（前）	X線・検査 「その他」欄
75	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「ロ 咬合圧測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能2ロ（前）	X線・検査 「その他」欄
76	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能2イ（後）	X線・検査 「その他」欄
77	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「ロ 咬合圧測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能2ロ（後）	X線・検査 「その他」欄
78	D011-2	咀嚼能力検査を算定した場合	咀嚼	X線・検査 「その他」欄
79	D011-3	咬合圧検査を算定した場合	咬合圧	X線・検査 「その他」欄
80	D012	舌圧検査を算定した場合	舌圧	X線・検査 「その他」欄
81	D013	精密触覚機能検査を算定した場合	精密触覚	X線・検査 「その他」欄
82	第4部通則4	画像診断において時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合	緊画	X線・検査 「その他」欄
83	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「イ 歯科エックス線撮影」を算定した場合	電	X線・検査 「その他」欄
84	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ロ 歯科パノラマ断層撮影」を算定した場合	パ電	X線・検査 「その他」欄
85	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ハ 歯科用3次元エックス線断層撮影」を算定した場合	CT電	X線・検査 「その他」欄
86	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ニ その他」を算定した場合	他電	X線・検査 「その他」欄
87	第4部通則6	区分番号E000（1のイ及び3に係るものを除く。）及びE200について歯科画像診断管理加算1を算定した場合	画診加1	X線・検査 「その他」欄
88	第4部通則7	区分番号E000（3に係るものに限る。）又は医科点数表の区分番号E203について歯科画像診断管理加算2を算定した場合	画診加2	X線・検査 「その他」欄
89	第4部通則8 第4部通則9	遠隔画像診断を行った場合	遠画診	X線・検査 「その他」欄
90	E100	歯科エックス線撮影の全顎撮影（デジタル撮影）を算定した場合	全デジ	X線・検査 「その他」欄
91	E100	歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）を算定した場合	単デジ	X線・検査 「その他」欄
92	E100	歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）を算定した場合	パデジ	X線・検査 「その他」欄
93	E100	歯科用3次元エックス線断層撮影を算定した場合	歯CT	X線・検査 「その他」欄
94	E200	基本的エックス線診断料を算定した場合	基エ	X線・検査 「その他」欄
95	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算1を算定した場合	外後使1	全体 「その他」欄
96	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算2を算定した場合	外後使2	全体 「その他」欄
97	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算3を算定した場合	外後使3	全体 「その他」欄
98	F100 F400	処方料及び処方せん料に係る特定疾患処方管理加算を算定した場合であって、処方期間が28日以上の場合	特処長	全体 「その他」欄
99	F100 F400	処方料及び処方せん料に係る特定疾患処方管理加算を算定した場合であって、処方期間が28日未満の場合	特処	全体 「その他」欄
100	F200	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	薬評	「摘要」欄
101	F200	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	減	「摘要」欄 薬剤名の前
102	F400	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	処方せん	投薬・注射 余白
103	F400	処方せん料に係る一般名処方加算1を算定した場合	一般名処方加算1	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
104	F400	処方せん料に係る一般名処方加算2を算定した場合	一般名処方加算2	全体 「その他」欄
105	F500	調剤技術基本料を算定した場合	調基	全体 「その他」欄
106	F500	調剤技術基本料に係る院内製剤加算を算定した場合	院	全体 「その他」欄
107	第6部通則6	区分番号G001からG005及びG006について外来化学療法加算1の外来化学療法加算Aを算定した場合	化1A	「摘要」欄
108	第6部通則6	区分番号G001からG005及びG006について外来化学療法加算1の外来化学療法加算Bを算定した場合	化1B	「摘要」欄
109	第6部通則6	区分番号G001からG005及びG006について外来化学療法加算2の外来化学療法加算Aを算定した場合	化2A	「摘要」欄
110	第6部通則6	区分番号G001からG005及びG006について外来化学療法加算2の外来化学療法加算Bを算定した場合	化2B	「摘要」欄
111	G004 G005	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	血漿	「摘要」欄
112	G020	無菌製剤処理料1を算定した場合	菌1	「摘要」欄
113	G020	無菌製剤処理料2を算定した場合	菌2	「摘要」欄
114	G020	無菌製剤処理料1の「イ 閉鎖式接続器具を使用した場合」を算定した場合	菌1器具	「摘要」欄
115	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	リハ選	「摘要」欄
116	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「2 舌接触補助床の場合」を算定した場合	歯リハ1（2）	全体 「その他」欄
117	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「3 その他の場合」を算定した場合	歯リハ1（3）	全体 「その他」欄
118	I004	失活歯髄切断を算定した場合	失切	処置・手術 「その他」欄
119	I005	歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内に抜髄を行った場合	抜温	処置・手術 「その他」欄
120	I005	直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に抜髄を行った場合	抜直	処置・手術 「その他」欄
121	I005 I008	抜髄及び根管充填を同時に行った場合	抜髄即充	処置・手術 「その他」欄
122	I006 I008	感染根管処置及び根管充填を同時に行った場合	感根即充	処置・手術 「その他」欄
123	I006	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	消炎拡大	処置・手術 「その他」欄
124	I007	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	根貼	処置・手術 「その他」欄
125	I010	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	P処（糖）	「摘要」欄
126	I017	口腔内装置1を算定した場合	OAp1	処置・手術 「その他」欄
127	I017	口腔内装置2を算定した場合	OAp2	処置・手術 「その他」欄
128	I017	口腔内装置3を算定した場合	OAp3	処置・手術 「その他」欄
129	I017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置1を算定した場合	OSAS－OAp1	処置・手術 「その他」欄
130	I017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2を算定した場合	OSAS－OAp2	処置・手術 「その他」欄
131	I017-1-3	舌接触補助床を製作又は旧義歯を用いた場合	PAP	処置・手術 「その他」欄
132	I017-1-4	術後即時顎補綴装置を製作した場合	術後即時顎補綴装置	処置・手術 「その他」欄
133	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「イ　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合」を算定した場合	OAp調（イ）	処置・手術 「その他」欄
134	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「ロ　歯ぎしりに対する口腔内装置の場合」を算定した場合	OAp調（ロ）	処置・手術 「その他」欄
135	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「ハ　イ及びロ以外の場合」を算定した場合	OAp調（ハ）	処置・手術 「その他」欄
136	I017-2	口腔内装置調整・修理の「2　口腔内装置修理」を算定した場合	OAp修	処置・手術 「その他」欄
137	I029	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術前に周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛（前）	処置・手術 「その他」欄
138	I029	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術後に周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛（後）	処置・手術 「その他」欄
139	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛（Ⅲ）	処置・手術 「その他」欄
140	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置2を行った場合	術口衛2	処置・手術 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
141	I029-2	在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した場合	在口衛	処置・手術 「その他」欄
142	I029-3	口腔粘膜処置を算定した場合	口処	処置・手術 「その他」欄
143	第9部通則10	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者に対し、医科点数表の区分番号L008、L002又はL004を伴う手術を算定した場合	感	処置・手術 「その他」欄
144	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」を算定した場合	根切顕微	処置・手術 「その他」欄
145	J053 J087 J087-2	区分番号J053（2及び3）、J087及びJ087－2において内視鏡下加算を算定した場合	内	処置・手術 「その他」欄
146	J109	広範囲顎骨支持型装置埋入手術を算定した場合	特イ術	処置・手術 「その他」欄
147	J110	広範囲顎骨支持型装置掻爬術を算定した場合	特イ掻	処置・手術 「その他」欄
148	J200-4-2	レーザー機器加算	レーザー機器加算	処置・手術 「その他」欄
149	K002	吸入鎮静法を算定した場合	IS	麻酔 「その他」欄
150	K003	静脈内鎮静法を算定した場合	静鎮	麻酔 「その他」欄
151	M000-3	広範囲顎骨支持型補綴診断料を算定した場合	特イ診	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
152	M002	支台築造「1 間接法」「ロ ファイバーポストを用いた場合」を算定した場合	ファイバー（間）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
153	M002	支台築造「2 直接法」「イ ファイバーポストを用いた場合」を算定した場合	ファイバー（直）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
154	M005	脱離した歯冠修復物の再装着を算定した場合	再装	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
155	M005	脱離又は修理したブリッジを再装着した場合	Br再装	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
156	M010 M017	歯科鋳造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復を算定した場合	14K	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
157	M015	レジンインレーを算定した場合	RIn	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
158	M016-2	小児保隙装置を算定した場合	保隙	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
159	M017-2	高強度硬質レジンブリッジを算定した場合	HRBr	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
160	M021-2	コンビネーション鉤を算定した場合	コンビCl	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
161	M025-2	広範囲顎骨支持型補綴を算定した場合	特イ補	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
162	M029 M030	有床義歯修理又は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	歯技工2	「摘要」欄
163	M030	軟質材料を用いた有床義歯内面適合法を算定した場合	床適合（軟）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
164	M041	広範囲顎骨支持型補綴物修理を算定した場合	特イ修	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
165	－	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の療養担当手当を算定した場合	療担手当	全体 「その他」欄
166	－	患者が要介護者又は要支援者の場合に、介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合	介	「摘要」欄

別表Ⅱ　調剤行為名称等の略号一覧

項番	区分	項目	略称	記載欄
1	区分番号01	嚥下困難者用製剤加算を算定した場合	困	「加算料」欄
2	区分番号01	一包化加算を算定した場合	包	「加算料」欄
3	区分番号01	麻薬加算を算定した場合	麻	「加算料」欄
4	区分番号01	向精神薬加算を算定した場合	向	「加算料」欄
5	区分番号01	覚醒剤原料加算を算定した場合	覚原	「加算料」欄
6	区分番号01	毒薬加算を算定した場合	毒	「加算料」欄
7	区分番号01	調剤料に係る時間外加算を算定した場合	時	「加算料」欄
8	区分番号01	調剤料に係る休日加算を算定した場合	休	「加算料」欄
9	区分番号01	調剤料に係る深夜加算を算定した場合	深	「加算料」欄
10	区分番号01	調剤料に係る時間外加算の特例を算定した場合	特	「加算料」欄
11	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合	自	「加算料」欄
12	区分番号01	計量混合調剤加算を算定した場合	計	「加算料」欄
13	区分番号01	予製剤加算を算定した場合	予	「加算料」欄
14	区分番号01	無菌製剤処理加算を算定した場合	菌	「加算料」欄
15	区分番号00	調剤基本料1の場合	基A	「調剤基本料」欄
16	区分番号00	調剤基本料2の場合	基B	「調剤基本料」欄
17	区分番号00	調剤基本料3のイの場合	基C	「調剤基本料」欄
18	区分番号00	調剤基本料3のロの場合	基D	「調剤基本料」欄
19	区分番号00	特別調剤基本料の場合	基E	「調剤基本料」欄
20	区分番号00	注3に該当する場合	妥減	「調剤基本料」欄
21	区分番号00	地域支援体制加算を算定した場合	地支	「調剤基本料」欄
22	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算1を算定した場合	後A	「調剤基本料」欄
23	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算2を算定した場合	後B	「調剤基本料」欄
24	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算3を算定した場合	後C	「調剤基本料」欄
25	区分番号00	注6に該当する場合	後減	「調剤基本料」欄
26	区分番号01	在宅患者調剤加算を算定した場合	在	「調剤基本料」欄
27	区分番号00	調剤基本料に係る時間外加算を算定した場合	時	「時間外等加算」欄
28	区分番号00	調剤基本料に係る休日加算を算定した場合	休	「時間外等加算」欄
29	区分番号00	調剤基本料に係る深夜加算を算定した場合	深	「時間外等加算」欄
30	区分番号00	調剤基本料に係る時間外加算の特例を算定した場合	特	「時間外等加算」欄
31	区分番号01	調剤料に係る夜間・休日等加算を算定した場合	夜	「時間外等加算」欄
32	区分番号10	調剤基本料1を算定する保険薬局において、薬剤服用歴管理指導料(41点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参した患者に対する算定	薬A	「薬学管理料」欄
33	区分番号10	調剤基本料1を算定する保険薬局において、薬剤服用歴管理指導料(53点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参していない患者に対する算定	薬B	「薬学管理料」欄
34	区分番号10	調剤基本料1を算定する保険薬局において、薬剤服用歴管理指導料(53点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参した患者以外の患者に対する算定	薬C	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
35	区分番号10	調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局において、薬剤服用歴管理指導料の注1ただし書き(53点)により算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参した患者に対する算定	薬他A	「薬学管理料」欄
36	区分番号10	調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局において、薬剤服用歴管理指導料の注1ただし書き(53点)により算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参していない患者に対する算定	薬他B	「薬学管理料」欄
37	区分番号10	調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局において、薬剤服用歴管理指導料の注1ただし書き(53点)により算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参した患者以外の患者に対する算定	薬他C	「薬学管理料」欄
38	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料3(41点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参した患者に対する算定	薬3A	「薬学管理料」欄
39	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料3(41点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参していない患者に対する算定	薬3B	「薬学管理料」欄
40	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料3(41点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参した患者以外の患者に対する算定	薬3C	「薬学管理料」欄
41	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例(13点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参した患者に対する算定	薬特A	「薬学管理料」欄
42	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例(13点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参していない患者に対する算定	薬特B	「薬学管理料」欄
43	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例(13点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参した患者以外の患者に対する算定	薬特C	「薬学管理料」欄
44	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
45	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のイを算定した場合	防A	「薬学管理料」欄
46	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のロを算定した場合	防B	「薬学管理料」欄
47	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特定薬剤管理指導加算を算定した場合	特管	「薬学管理料」欄
48	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の乳幼児服薬指導加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
49	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合	薬指	「薬学管理料」欄
50	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
51	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のイを算定した場合	防A	「薬学管理料」欄
52	区分番号10	かかりつけ薬剤師指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のロを算定した場合	防B	「薬学管理料」欄
53	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算を算定した場合	特管	「薬学管理料」欄
54	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の乳幼児服薬指導加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
55	区分番号13の3	かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合	薬包	「薬学管理料」欄
56	区分番号14の2	外来服薬支援料を算定した場合	支	「薬学管理料」欄
57	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料を算定した場合	剤調	「薬学管理料」欄
58	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料1を算定した場合	訪A	「薬学管理料」欄
59	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料2を算定した場合	訪B	「薬学管理料」欄
60	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料3を算定した場合	訪C	「薬学管理料」欄
61	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
62	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
63	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合	緊訪	「薬学管理料」欄
64	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
65	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
66	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合	緊共	「薬学管理料」欄
67	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
68	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
69	区分番号15の4	退院時共同指導料を算定した場合	退共	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
70	区分番号15の5	服薬情報等提供料1を算定した場合	服A	「薬学管理料」欄
71	区分番号15の5	服薬情報等提供料2を算定した場合	服B	「薬学管理料」欄
72	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1を算定した場合	在防A	「薬学管理料」欄
73	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料2を算定した場合	在防B	「薬学管理料」欄

※略称については、麻 等と四角囲みをし記載することとするが、電子計算機の場合は、□を省略しても差し支えないこと。

別紙２

診療録等の記載上の注意事項

第１　一般的事項

１　診療録、歯科診療録及び処方箋（以下「診療録等」という。）の様式については、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和32年厚生省令第15号）によるものであること。保険薬局に分割調剤を指示する場合は、様式第二号の二を用いる（ただし、平成30年９月30日までの間は、なお従前の例によることができる）こと。

２　処方箋の用紙は、Ａ列５番を標準とすること。なお、診療録及び歯科診療録の用紙については、用紙の大きさに特段の定めはないが、Ａ列４番とすることが望ましいものであること。

３　医療保険単独の者に係る診療録等については公費負担医療に係る欄は空欄のままとし、公費負担医療単独の者に係る診療録等については療養の給付に係る欄は空欄のままとして差し支えないこと。

４　公費負担医療に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのは公費負担医療の担当医療機関と、「保険医氏名」とあるのは公費負担医療の担当医氏名と読み替えるものであること。

第２　診療録等の記載上の注意事項（共通）

１　「公費負担者番号」欄について

（１）　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「保険者番号、公費負担者番号・公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領（以下「設定要領」という。）の第２を参照）。

（２）　１種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、当該公費負担医療に係る分は左上部の該当欄に記載すること（以下左上部の該当欄に記載される公費負担医療を「第１公費」という。）。

（３）　２種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、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に係る分は右下部の該当欄（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第２公費」という。）。

（４）　公費負担医療単独の場合は、左上部の該当欄に記載すること。

（５）　公費負担医療のみが２種併用される場合は、第１公費に係るものは左上部の該当欄に、第２公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

　なお、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総合支援法の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、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・被保険者手帳の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は左上部の該当欄に、障害者総合支援法に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

（６）　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が変更となった場合は、変更前の公費負担医療に係る分は第１公費とし、変更後の公費負担医療に係る分は第２公費として取り扱うものとすること。

　なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

２　「公費負担医療の受給者番号」欄について

（１）　医療券等に記入されている受給者番号７桁を記載すること（別添２「設定要領」の第３を参照）。

（２）　その他は、１の（２）から（６）までと同様であること。

３　「保険者番号」欄について

（１）　設定された保険者番号８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）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

（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。

（３）　月の途中において保険者番号の変更があった場合は「備考」欄に変更後の保険者番号を記載すること。

４　「被保険者証・被保険者手帳」欄の「記号・番号」欄（処方箋にあっては、「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄）について

健康保険被保険者証、国民健康被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「被保険者証等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。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。

第３　診療録の記載上の注意事項

１　「受診者」欄について

（１）　「氏名」欄には、受診者の姓名を記載すること。

（２）　「生年月日」及び「性別」欄には、受診者の生年月日を記載するとともに、性別の該当するものを〇で囲むこと。

（３）　「住所」欄には、受診者の住所及び電話番号を記載すること。

なお、電話番号については記載を省略しても差し支えないこと。

（４）　「職業」欄には、受診者の職種名を記載すること。

なお、業務上の疑いがない場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

（５）　「被保険者との続柄」欄には、被保険者と受診者との続柄を記載すること。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

２　「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について

被保険者証等の有効期限を記載すること。

３　「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載すること。

４　「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

５　「事業所（船舶所有者）」欄について

（１）　「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

（２）　「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の名称を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略し

ても差し支えないこと。

６　「保険者」欄について

（１）　「所在地」欄には、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

（２）　「名称」欄には、被保険者が管掌されている保険者名を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

７　「傷病名」欄について

傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成28年４月28日付保発0428第14号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。）別添３に規定する傷病名を用いること。

８　「職務」欄について

（１）　「上」には、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に〇で囲むこと。

（２）　「外」には、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に〇で囲むこと。

９　「開始」欄について

受診者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載すること。

10　「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載すること。

11　「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について該当するものを〇で囲むこと。

12　「労務不能に関する意見」欄について

（１）　「意見書に記入した労務不能期間」欄には被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載すること。

（２）　「意見書交付」欄には、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載すること。

13　「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載すること。

14　「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合には、当該傷病名及び当該傷病原因を記載すること。

15　「備考」欄について

保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載すること。

16　「既往症・原因・主要症状・経過等」欄について

受診者の病歴、受診に係る傷病の原因、傷病に関する主要症状及び受診中の経過等について必要な事項を記載すること。

17　「処方・手術・処置等」欄について

受診者に対し行った診療行為について内容を記載すること。

18　「診療の点数等」欄について

（１）　「月日」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載すること。

（２）　「種別」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った診療行為名を記載し、算定した点数を記載すること。

なお、「月日」欄と「種別」欄の配置を縦横逆にしても差し支えないこと。

（３）　「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数の合計を記載すること。

（４）　「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載すること。

（５）　「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

（６）　「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。

（７）　「備考」欄について

療養の給付等につき算定した点数の計等を記載すること。

19　その他

様式第１号（１）の２及び（１）の３を一葉にまとめること、（１）の３の記載事項を上下２欄に分けること等は差し支えないこと。

第４　歯科診療録の記載上の注意事項

１　「受診者」欄について

（１）　「氏名」欄は、受診者の姓名を記載する。

（２）　「生年月日」及び「性別」欄は、受診者の生年月日を記載し、該当する性別を〇で囲む。

（３）　「住所」欄は、受診者の住所及び電話番号を記載する。

なお、電話番号は、記載を省略して差し支えない。

（４）　「職業」欄は、受診者の職種名を記載する。

なお、業務上の疑いがない場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

（５）　「被保険者との続柄」欄は、被保険者と受診者との続柄を記載する。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

２　「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について

被保険者証等の有効期限を記載する。

３　「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載する。

４　「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

５　「事業所（船舶所有者）」欄について

（１）　「所在地」欄は、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

（２）　「名称」欄は、被保険者の勤務する事業所の名称の記載を原則とするが、当該事業所の本社等

の名称の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

６　「保険者」欄について

（１）　「所在地」欄は、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

（２）　「名称」欄は、被保険者が管掌されている保険者名の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

７　「部位」欄について

傷病のある部位をそれぞれ記載する。

ただし、同一傷病名は、同一欄に一括して記載して差し支えない。

８　「傷病名」欄について

傷病名は、わが国で通常用いられている傷病名を記載する。

９　「職務」欄について

（１）　「上」は、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に〇で囲む。

（２）　「外」は、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に〇で囲む。

10　「開始」欄について

被保険者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載する。

11　「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載する。

12　「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について、「治ゆ」「死亡」「中止」のうち該当するものを記載する。なお、予め「治ゆ」「死亡」「中止」を印刷し、該当するものを〇で囲むことにより記載しても差し支えない。

13　「上　右　左　下　欄について」

（１）　予め歯の配列図等を印刷して差し支えない。

（２）　必要がある場合、口腔診察の所見等を記載する。

14　「〔主訴〕その他摘要」欄について

主訴及び参考となる事項を記載する。

15　「労務不能に関する意見」欄について

（１）　「意見書に記入した労務不能期間」欄は、被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載する。

（２）　「意見書交付」欄は、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載する。

16　「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載する。

17　「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合は、当該傷病名及び当該傷病原因を記載する。

18　「備考」欄について

保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載する。

19　「月日」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載する。

20　「療法・処置」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに療法及び処置について必要な事項を記載する。

21　「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数を記載する。

22　「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載する。

23　「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載する。

24　「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載する。

25　その他

「受診者」欄を右欄に配置換えをする等は差し支えない。

第５　処方箋の記載上の注意事項

１　「患者」欄について

（１）　氏名

投薬を受ける者の姓名を記載すること。

（２）　生年月日

投薬を受ける者の生年月日を記載すること。

（３）　男・女

投薬を受ける者の性別について該当するものを〇で囲むこと。

（４）　区分

該当するものを〇で囲むこと。

２　「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厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

３　「電話番号」欄について

保険医療機関の電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

４　「保険医氏名㊞」欄について

処方箋を発行した保険医（以下「処方医」という。）が署名するか、又は処方医の姓名を記載し、押印すること。

４の２　「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」欄について

「都道府県番号」欄には、保険医療機関の所在する都道府県番号２桁（診療報酬明細書に記載する都道府県番号と同様の番号）を記載すること。「点数表番号」欄には、医科は１を、歯科は３を記載すること。「医療機関コード」欄には、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（診療報酬明細書に記載する医療機関コードと同様の番号）を記載すること。また、健康保険法第63条第３項第２号及び第３号に規定する医療機関については、「医療機関コード」欄に「9999999」の

７桁を記載すること。

５　「交付年月日」欄について

患者に処方箋を交付した年月日を記載すること。

６　「処方箋の使用期間」欄について

（１）　交付の日を含めて４日以内の場合は、記載する必要がないこと。

（２）　患者の長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合に、交付の日を含めて３日以内又は交付の日を含めて４日を超えた日より調剤を受ける必要がある場合には、年月日を記載すること。この場合において、当該処方箋は当該年月日の当日まで有効であること。

（３）　様式第二号の二に基づく処方箋（以下「分割指示に係る処方箋」という。）の場合は、分割の１回目に係る使用期限を記載することとし、当該使用期限が交付の日を含めて４日以内の場合は、記載する必要がないこと。

７　「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

（１）　医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名（屋号）を付加しないこと。

なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、２以上の規格単位がある場合には、当該規格単位を併せて記載すること。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

（２）　分量は、内服薬については１日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については１回分量を記載すること。

（３）　用法及び用量は、１回当たりの服用（使用）量、１日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。特に湿布薬については、１回当たりの使用量及び１日当たりの使用回数 、又は投与日数を必ず記載すること。

なお、分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数（回数）を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数（回数）を付記すること。

（４）　特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針又は「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年３月厚生労働省告示第61号）の別表のＩに規定されている特定保険医療材料）を保険薬局より支給させる場合は名称及びセット数等を記載すること。

（５）　処方医が処方箋に記載した医薬品の一部又はすべてについて後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。

（６）　処方医が処方箋に記載した医薬品のうち（５）に基づいて「変更不可」欄に「✓」又は「×」

を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形（※）の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

※　類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。

ア　錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ　散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）

ウ　液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

（７）　なお、内服薬の処方箋への記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」（平成22年１月29日付医政発0129第３号・薬食発0129第５号）も参考にされたい。

８　「備考」欄について

（１）　保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。

（２）　麻薬を処方する場合には、麻薬取締法第27条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。

（３）　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、その理由を記載すること。

（４）　未就学者である患者の場合は「６歳」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者の場合は「高一」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって７割給付の患者の場合は「高７」と記載すること。

（５）　処方医が、処方箋に記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

なお 、後発医薬品を処方する際に、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載する場合においては、その理由を記載すること。

（６）　入院中の患者以外の患者に対する処方について、患者の服薬管理が困難である等の理由により、保険薬局に分割調剤を指示する場合には、分割の回数及び当該分割ごとの調剤日数を記載すること。

なお、この場合において、保険薬局に指示しておくべき事項等があれば具体的に記載すること。

（７）　１処方につき70枚を超えて湿布薬を投与する場合は、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。

（８）　保険薬局が調剤時に患者の残薬を確認した際に、当該保険薬局に対して、「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」すること又は「保険医療機関へ情報提供」することを指示する場合には、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載すること。

（９）　地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は地域包括診療料若しくは認知症地域包

括診療料を算定している患者について、保険薬局に対してその旨を情報提供するに当たって、処方箋への書面の添付によらない場合には、当該加算を算定している旨を本欄に記載すること。

９　「分割指示に係る処方箋」について

（１）　分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に相当するかを右上の所要欄に記載すること。

（２）　別紙の発行保険医療機関情報には、保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載すること。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載すること。

10　その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方箋に以下の事項を記載すること。

（１）　「調剤済年月日」欄について

処方箋が調剤済となった場合の年月日を記載すること。その調剤によって、当該処方箋が調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方箋に記載すること。

（２）　「保険薬局の所在地及び名称」欄について

保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

（３）　「保険薬剤師氏名　㊞」欄について

調剤を行った保険薬剤師が署名するか又は保険薬剤師の姓名を記載し、押印すること。

（４）　その他次の事項を「備考」欄又は「処方」欄に記入すること。

ア　処方箋を交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方箋に記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容

イ　医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容

（５）　分割指示に係る処方箋に基づき調剤した場合は、別紙の「受付保険薬局情報」欄に保険薬局の所在地、名称、保険薬剤氏名及び調剤年月日を記入すること。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えないこと。

別添１

診療報酬請求書等一覧表

区分			様式番号
診療報酬請求書	医科・歯科、入院・入院外併用（国保の被保険者及び後期高齢者を除く）		様式第１（１）
	医科、入院外　（　〃　）		〃（２）
	歯科、入院外　（　〃　）		〃（３）
	医科・歯科　（国保の被保険者に限る）		様式第６
	医科、歯科　（後期高齢者に限る）		様式第８
診療報酬明細書	算定告示別表第１（医科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（医科の例による場合）	入院 入院外	様式第２（１） 様式第２（２）
	算定告示別表第２（歯科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（歯科の例による場合）	―	様式第３
調剤報酬請求書	（国保の被保険者及び後期高齢者を除く）		様式第４
	（国保の被保険者に限る）		様式第７
	（後期高齢者に限る）		様式第９
調剤報酬明細書	算定告示別表第３（調剤）	―	様式第５

別添２

保険者番号、公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領

第１　保険者番号

１　保険者番号は、次のように法別番号２桁、都道府県番号２桁、保険者(市町村)別番号３桁、検証番号１桁、計８桁の算用数字を組み合わせたものとする。ただし、国民健康保険（退職者医療を除く。）の保険者番号については、都道府県番号２桁、保険者(市町村)別番号３桁、検証番号１桁、計６桁の算用数字を組み合わせたものとする。

２　法別番号は、医療保険制度の各区分ごとに別表１の(１)に定める番号とする。

３　都道府県番号は、４の保険者等の所在地の都道府県ごとに別表２に定める番号とする。

なお、コードについては、都道府県ごと左に掲げるコード（例：北海道の場合「01」）から設定することとし、当該コードにおいて設定可能な保険者別番号がなくなり次第、右に掲げるコード（例：北海道の場合「51」）を設定することとする。

４　保険者(市町村)別番号は、協会管掌健康保険にあっては協会の都道府県支部ごとに厚生労働省保険局が、船員保険にあっては厚生労働省保険局が、国民健康保険にあっては国民健康保険事業を行う市町村又は国民健康保険組合ごとに都道府県が、また、組合管掌健康保険にあっては健康保険組合(社会保険診療報酬支払基金に対して支払を行う従たる事務所を含む。)ごとに地方厚生（支）局が、後期高齢者医療にあっては後期高齢者医療広域連合が、共済組合及び自衛官等の療養の給付にあっては各主管官庁が定める番号とする。

５　検証番号は、次により算出した番号とする。

（１）　法別番号、都道府県番号及び保険者別番号の各数に末尾の桁を起点として順次２と１を乗じる。

（２）　(１)で算出した積の和を求める。ただし、積が２桁となる場合は、１桁目と２桁目の数字の和とする。

（３）　10と(２)で算出した数字の下１桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、１の位の数が０のときは検証番号を０とする。

例

法別番号	都道府県番号	保険者(市町村)別番号	
０　６	１　３	０　４　⑧	← 起点
×　×	×　×	×　×　×	
２　１	２　１	２　１　２	

０ ＋ ６ ＋ ２ ＋ ３ ＋ ０ ＋ ４ ＋ （１ ＋ ６）＝ 22

○10－２＝ ８ ---------- 検証番号

６　保険者番号の管理は、厚生労働省保険局、都道府県知事、地方厚生（支）局、後期高齢者医療広域連合又は主管官庁において行うものとし、保険者番号の設定変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとする。ただし、国民健康保険にあっては、都道府県知事から所在地の国民健康保険団体連合会及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとし、後期高齢者医療にあっては、後期高齢者広域連合から社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に対して速やかに連絡するものとする。

第２　公費負担者番号

１　公費負担者番号は、次のように法別番号２桁、都道府県番号２桁、実施機関番号３桁、検証番号１桁、計８桁の算用数字を組み合わせたものとする。

２　法別番号は、公費負担医療制度の種類ごとに別表１の(３)に定める番号とする。

３　都道府県番号は、４の公費負担医療実施機関の所在地の都道府県ごとに、別表２に定める番号とする。

　なお、コードについては、都道府県ごと左に掲げるコード（例：北海道の場合「01」）から設定することとし、当該コードにおいて設定可能な実施機関番号がなくなり次第、右に掲げるコード（例：北海道の場合「51」）を設定することとする。

４　実施機関番号は、公費負担医療制度の種類ごとに公費負担医療主管行政庁又は公費負担医療実施機関が定める。

５　検証番号は、第１の５の例により定める。

６　公費負担者番号の管理は、各公費負担医療に係る第２の４の実施機関番号設定者において行うこと

とし、公費負担者番号の設定変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

第３　公費負担医療の受給者番号

１　公費負担医療の受給者番号は、次のように受給者区分６桁、検証番号１桁、計７桁の算用数字を組み合わせたものとする。

２　受給者区分は、各公費負担医療の受給者ごとに公費負担医療主管行政庁若しくは公費負担医療実施機関が定める。

３　検証番号は、第１の５の例により定める。

第４　医療機関コード及び薬局コード

１　医療機関コード及び薬局コード（以下「医療機関等コード」という。）は、次のように郡市区番号２桁、医療機関（薬局）番号４桁、検証番号１桁、計７桁の算用数字を組み合わせたものとする。

２　郡市区番号は、都道府県ごとに、郡、市及び区を単位として、地方厚生（支）局長が定めるものとする。ただし、独立行政法人国立病院機構等の各施設を一般の医療機関等と区別する必要があるときは、地方厚生（支）局長において郡市区番号にかえて、これらを１単位とした２桁の番号を定めても差し支えないものとする。

３　医療機関(薬局)番号は、医療機関について、医科にあっては1,000から2,999、歯科にあっては3,000から3,999、薬局にあっては4,000から4,999の一連番号を前記２の郡市区ごとに、地方厚生（支）局長がこれを定めるものとする。ただし、４桁の医療機関(薬局)番号のうち、中２桁又は下２桁が90となる番号は欠番とするものとする。

なお、医科と歯科が併設される医療機関にあっては、医科、歯科それぞれの医療機関番号を定める

ものとする。

4　同一の医療機関及び薬局において、保険医療機関、保険薬局並びに公費負担医療を担当する医療機関及び薬局のうち、２以上の指定を受けているものについては、同一の医療機関等コードを付すものとする。

5　検証番号は、次により算出した番号とする。

（1）　都道府県番号、点数表番号、郡市区番号及び医療機関番号の各数に末尾の桁を起点として順次２と１を乗じる。この場合の都道府県番号は別表２に定める番号とし、また、点数表番号は医科１、歯科３、薬局４とするものとする。

（2）　（1）で算出した積の和を求める。ただし、積が２桁となる場合は１桁目と２桁目の数字の和とするものとする。

（3）　10と（2）で算出した数字の下１桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、１の位の数が０のときは検証番号を０とする。

例

都道府県番号		点数表番号	郡市区番号		医療機関（薬局）番号				
３	４	１	０	７	１	２	３	⑥	←起点
×	×	×	×	×	×	×	×	×	
２	１	２	１	２	１	２	１	２	

６＋４＋２＋０＋（１＋４）＋１＋４＋３＋（１＋２）＝ 28

○10－８＝ $\boxed{2}$ ---------- 検証番号

○医療機関等コード　　07、1236、２

6　医療機関等コードの管理は、地方厚生（支）局長において行うものとし、医療機関等コードの変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

別表１

法別番号及び制度の略称表

（１）

	区分		法別番号	制度の略称
社会保険制度	全国健康保険協会管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）		０１	（協会）
	船員保険		０２	（船）
	日雇特例被保険者の保険	○一般療養（法第129条、第131条及び第140条関係）	０３	（日）
		○特別療養費（法第145条関係）	０４	（日　特）又は（特）
	組合管掌健康保険		０６	（組）
	防衛省職員給与法による自衛官等の療養の給付（法第22条関係）		０７	（自）
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付		３９	（高）
	国家公務員共済組合		３１	（共）
	地方公務員等共済組合		３２	
	警察共済組合		３３	
	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		３４	
	特定健康保険組合		６３	（退）
	国家公務員特定共済組合		７２	
	地方公務員等特定共済組合		７３	
	警察特定共済組合		７４	
	公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		７５	

（注）　63・72～75は、特例退職被保険者、特例退職組合員及び特例退職加入者に係る法別番号である。

（２）

	区分	法別番号
※	国民健康保険法による退職者医療	６７

※　国民健康保険制度

（３）

	区分		法別番号	制度の略称
公費負担医	戦傷病者特別援護法による	○療養の給付（法第10条関係）	１３	－
		○更生医療（法第20条関係）	１４	－
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○認定疾病医療（法第10条関係）	１８	－
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○新感染症の患者の入院(法第37条関係)	２９	－
	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による医療の実施に係る医療の給付（法第81条関係）		３０	－
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○結核患者の適正医療（法第37条の２関係）	１０	（感37の２）
		○結核患者の入院（法第37条関係）	１１	（結核入院）
	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による	○措置入院（法第29条関係）	２０	（精29）
	障害者総合支援法による	○精神通院医療（法第５条関係）	２１	（精神通院）
		○更生医療（法第５条関係）	１５	－
		○育成医療（法第５条関係）	１６	－
		○療養介護医療（法第70条関係）及び基準該当療養介護医療（法第71条関係）	２４	－
	麻薬及び向精神薬取締法による入院措置（法第58条の８関		２２	－

	係）			
療	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○一類感染症等の患者の入院（法第37条関係）	２８	（感染症入院）
制	児童福祉法による	○療育の給付（法第20条関係）	１７	－
		○肢体不自由児通所医療（法第21条の5の29関係）及び障害児入所医療（法第24条の20関係）	７９	－
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○一般疾病医療費（法第18条関係）	１９	－
	母子保健法による養育医療（法第20条関係）		２３	－
	児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援（法第19条の２関係）		５２	－
	難病の患者に対する医療等に関する法律による	○特定医療（法第５条関係）	５４	－
度	特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康影響による治療研究費		５１	－
	肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付		３８	－
	児童福祉法の措置等に係る医療の給付		５３	－
	石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給（法第４条関係）		６６	－
	特定Ｂ型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措置法による定期検査費及び母子感染症防止医療費の支給（法		６２	－

	第12条第１項及び第13条第１項関係）		
	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第14条第４項に規定する医療支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律附則第４条第２項において準用する場合を含む。）	２５	―
	生活保護法による医療扶助（法第15条関係）	１２	（生保）

別表２

都道府県番号表

都道府県名	コード	都道府県名	コード	都道府県名	コード
北海道	01又は51	石川	17又は67	岡山	33又は83
青森	02又は52	福井	18又は68	広島	34又は84
岩手	03又は53	山梨	19又は69	山口	35又は85
宮城	04又は54	長野	20又は70	徳島	36又は86
秋田	05又は55	岐阜	21又は71	香川	37又は87
山形	06又は56	静岡	22又は72	愛媛	38又は88
福島	07又は57	愛知	23又は73	高知	39又は89
茨城	08又は58	三重	24又は74	福岡	40又は90
栃木	09又は59	滋賀	25又は75	佐賀	41又は91
群馬	10又は60	京都	26又は76	長崎	42又は92
埼玉	11又は61	大阪	27又は77	熊本	43又は93
千葉	12又は62	兵庫	28又は78	大分	44又は94
東京	13又は63	奈良	29又は79	宮崎	45又は95
神奈川	14又は64	和歌山	30又は80	鹿児島	46又は96
新潟	15又は65	鳥取	31又は81	沖縄	47又は97
富山	16又は66	島根	32又は82		