

「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）

別紙

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

「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。以下「一般記載要領」という。）別紙 1 の I と同様であること。

II 診療報酬明細書（様式第 10）の記載要領

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

次に掲げるものを除き、一般記載要領別紙 1 の II 第 3 の 1 の（1）、（2）、（4）及び（9）と同様であること。

- （1） 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 件の診療報酬明細書（以下「明細書」という。）に併せて記載すること。
- （2） 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証若しくは後期高齢者の資格確認書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、月の途中にかかわらず上記変更が生じ、別の明細書を作成する場合、変更前の明細書の「出来高部分」欄及び変更後の明細書の「包括評価部分」欄にその旨（例 社本より国保 ○年○月○日）を記載すること。また、変更後の明細書に変更前の明細書の「患者基礎情報」欄及び「包括評価部分」欄の内容を記載すること。

2 明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるものを除き、一般記載要領別紙 1 の II 第 3 の 2 の（1）から（9）まで、（11）から（13）まで、（21）から（23）まで及び（25）から（27）までと同様であること。なお、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項にあっては、入院分の記載に係る例によること。

- （1） 「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。
- （2） 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について
「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄には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（平成 20 年厚生労働省告示第 93 号）別表 19 に掲げる「診断群分類番号」並びに「傷病名」、「手術名」、「手術・処置等 1」、「手術・処置等 2」、「定義副傷病」及び「重症度等」の内容のうち該当するもの全て記載すること。
- （3） 「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について
「傷病名」欄には診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名（医療

資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名)」及びその対応する ICDコード（5桁まで（5桁目が存在しない場合は4桁まで、4桁目が存在しない場合は3桁まで）。以下同じ。）を記載すること。「副傷病名」欄には、「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」（令和8年3月18日保医発0318第4号）（以下「留意事項通知」という。）の別添2定義テーブルに掲げる「定義副傷病」名及びその対応するICDコードを記載すること。

なお、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こども家庭庁長官及び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こども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（令和6年4月22日保発0422第2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。）の別添3に規定する傷病名を用いること。また、別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（令和8年3月27日医療課事務連絡）（以下「傷病名コードの統一の推進について」という。）に取りまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

(4) 「今回入院年月日」欄について

入院年月日（DPC算定対象とならない病棟（以下「対象外病棟」という。）からDPC算定対象となる病棟等に転棟した場合は転棟年月日）を和暦により記載すること。また、退院時には診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定することとなった場合は当該入院の年月日を記載すること。

なお、留意事項通知の第3の1の(7)に規定する同一傷病等での再入院があった場合（以下「同一傷病等での再入院」という。）には前回入院と一連の入院とみなした入院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした入院年月日を記載し、併せて「出来高部分」欄に「特別」と記載すること。

(5) 「今回退院年月日」欄について

退院年月日を和暦により記載すること。ただし、診断群分類点数表等による診療報酬額の算定を終了する場合には、当該終了日を記載すること。

なお、同一傷病等での再入院があった場合には、前回入院と一連の入院とみなした退院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした退院年月日を記載し、併せて「出来高部分」欄に「特別」と記載すること。

(6) 「診療実日数」欄について

① 「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。

② 診療実日数は、入院日数を記載することとし、入退院日は、それぞれ1日として数えること。なお、同一傷病等での再入院があった場合には、当該退院日の翌日から再入院の前日までの日数は含めないこと。

(7) 「転帰」欄について

当該患者の退院時における転帰については、以下の左に掲げる状態に応じ、右の番号及び状態を記載すること。

医療資源を最も投入した傷病が治癒したと判断される場合	1 治癒
医療資源を最も投入した傷病が軽快したと判断される場合	2 軽快
医療資源を最も投入した傷病が寛解したと判断される場合	3 寛解
医療資源を最も投入した傷病が不変と判断される場合	4 不変
医療資源を最も投入した傷病が増悪したと判断される場合	5 増悪
医療資源を最も投入した傷病による死亡の場合	6 死亡
医療資源を最も投入した傷病以外による死亡の場合	7 外死亡
DPC算定対象となる病棟等以外又は入院日Ⅲを 超えている等に該当し対象外となった場合	9 その他

(8) 「傷病情報」欄について

① 「傷病情報」欄については、次のア及びイに掲げる事項については必ず記載し、ウからオまでに掲げる事項については該当がある場合は順次記載すること。

ア 「主傷病名」

医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として1つ記載すること。

イ 「入院の契機となった傷病名」

今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を1つ記載すること。

ウ 「医療資源を2番目に投入した傷病名」

医療資源を2番目に投入した傷病名を記載すること。

エ 「入院時併存傷病名」

入院時に併存している傷病名（重要なものから最大4つまで記載すること。ただし、3つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

オ 「入院後発症傷病名」

入院後に発症した傷病名（重要なものから最大4つまで記載すること。ただし、3つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

② 心身医学療法を算定する場合にあつては、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。なお、この際のICDコードは、身体的傷病に対応するコードによること。

③ 「転帰」欄に「7 外死亡」と記載した場合には、死亡診断書に記入した死因を記載すること。その際、傷病名の前に「死因」と明記すること。

(注) 「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、診断群分類区分の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は、記載する必要があること。この場合「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、当月分の出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、重要なものからそれぞれ最大4つまで記載すること。

なお、退院時処方投与の原因となった傷病については、当該傷病名欄に記載可能な傷病名数の範囲において、処方内容に配慮しつつ、重要なものから記載すること。

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こども家庭庁長官及び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こども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に規定する傷

病名を用いるとともに、併せてICDコードを用いること。さらに、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」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。

(9) 「入退院情報」欄について

「入退院情報」欄については、次に掲げる事項について、該当がある場合は記載すること。

① 「DPC算定対象とならない病棟の移動の有無」について

対象外病棟へ転棟又は対象外病棟からDPC算定対象となる病棟等へ転棟した場合は、「有」と記載すること。

② 「前回退院年月日」について

当該医療機関において入院歴がある場合は、前回の退院年月日を和暦で記載すること。

なお、同一傷病等での再入院があった場合には前回入院を一連の入院とみなし、それ以前の退院年月日を記載すること。

③ 「前回同一傷病での入院の有無」について

当該医療機関において、今回入院時の入院契機病名と前回入院時に最も医療資源を投入した傷病名が同一（診断群分類の上2桁が同一）である場合に「有」を記載すること。

(10) 「診療関連情報」欄について

診断群分類区分を決定するために必要な以下の事項を定義テーブルの定めに従い記載すること。

① 入院時年齢、出生時体重、120170 早産、切迫早産においては「入院時の妊娠週数」、120260 分娩の異常においては「分娩時出血量」、JCS (Japan Coma Scale) 及び Burn Index (記載例)

※120170 早産、切迫早産の場合
例)

妊娠週数 32

② 手術、手術・処置等1、手術・処置等2について、名称（医科点数表において区分・名称が定められている場合にあっては、その区分及び名称）及び実施日（実施予定として診断群分類区分を決定した場合には実施予定日）

なお、手術・処置等1及び手術・処置等2において、同一の処置等が複数回実施された場合には、実施日に代え、当該入院における処置等の開始日を記載すること。

③ 診断群分類点数表における重症度等に該当する場合にあっては、重症度等

なお、010060 脳梗塞においては「発症時期」、040080 肺炎等においては「市中肺炎への該当の有無」及び「A-DROP スコア」、050030 急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞、050050 狭心症、慢性虚血性心疾患、050130 心不全及び160800 股関節・大腿近位の骨折においては「他の病院・診療所の病棟からの転院・転院以外」、060300 肝硬変（胆汁性肝硬変を含む。）においては「Child-Pugh 分類」を記載すること。

(記載例)

※040080 肺炎等の場合

例1)

市中肺炎かつ15歳以上65歳未満

A-DROPスコア 0

例2)

入院時年齢：20歳

市中肺炎

A-DROPスコア 0

(11) 「包括評価部分」欄について

- ① 「包括評価部分」欄については、診断群分類点数表等に基づき、各月の算定式を記載すること。
(記載例参照)
- ② 入院月が複数月ある場合は、退院するまでの各月診療分を全て記載すること。
- ③ 退院月に適用する診断群分類区分が入院中の診断群分類区分と異なる場合は、退院月の「診療分」の下段に「調整分」と記載し、当該調整に係る調整点数を月毎に記載すること。その上で、退院月の診療分と調整分の合計点数を「〇月請求分」として記載すること。
- ④ 診療報酬改定日以降の診療報酬明細書については、診療報酬改定日以前の請求月分までの算定式の記載を省略して差し支えないこと。
- ⑤ 外泊した場合は、「外泊」と記載し、外泊した日を記載すること。また、連続した2日を超える場合は、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。なお、算定に当たっては、「出来高部分」欄に記載すること。
- ⑥ 同一傷病等での再入院については、「7日以内の再入院までの日 〇日～〇日」、転棟した後の再転棟については、「再転棟までの日 〇日～〇日」と記載すること。なお、当該診療年月の月末日に退院(転棟)した後、翌月7日以内に当該傷病名による再入院又は翌月に再転棟を行う予定がある場合には、「翌月再入院(転棟)予定あり」と記載すること。

(記載例)

※ 入院日Ⅰ以下：入Ⅰ

入院日Ⅰを超えて入院日Ⅱ以下：入Ⅱ

入院日Ⅱを超えて入院日Ⅲ以下：入Ⅲ

1点未満については四捨五入

例1：脳腫瘍 頭蓋内腫瘍摘出術等 手術・処置等2 1あり 定義副傷病 あり

(6月3日入院、8月4日退院の場合)の例(8月診療分)

1	93	6月診療分	
		入Ⅰ	$3,461 \times 23 = \text{小計} \dots a$
		入Ⅱ	$2,510 \times 5 = \text{小計} \dots b$
		$(a+b) \times 6 \text{月医療機関別係数} = \text{合計}$	
		7月診療分	
		入Ⅱ	$2,510 \times 20 = \text{小計} \dots c$
		入Ⅲ	$2,134 \times 11 = \text{小計} \dots d$
		$(c+d) \times 7 \text{月医療機関別係数} = \text{合計}$	
		8月診療分	
		入Ⅲ	$2,134 \times 4 = \text{小計} \dots e$
$e \times 8 \text{月医療機関別係数} = \text{合計}$			

例2：急性心筋梗塞(続発性合併症を含む。)、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈形成術等
手術・処置等1 なし、1あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし

→ 急性心筋梗塞(続発性合併症を含む。)、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈形成術等
手術・処置等1 5あり 手術・処置等2 なし に変更の場合

(6月17日入院、7月3日診断群分類区分変更、7月12日退院の場合)の例

(7月診療分)

1	93	6月診療分
		入Ⅰ 3,181×5=小計… a
		入Ⅱ 2,256×5=小計… b
		入Ⅲ 1,918×4=小計… c
		(a+b+c)×6月医療機関別係数=合計… A
		7月診療分
		入Ⅲ 1,960×12=小計… d
		d×7月医療機関別係数=合計… B
		調整分
		入Ⅰ 3,251×7=小計… e
入Ⅱ 2,306×7=小計… f		
(e+f)×6月医療機関別係数)−A=合計… C		
7月請求分 B+C=合計		

例3：胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。）手術なし

（6月1日入院、6月16日DPC対象病棟以外の病棟へ転棟、6月29日DPC対象病棟へ再転棟、6月30日退院の場合）の例

（6月診療分）

1	93	6月診療分
		再転棟までの日 16日～28日
		入Ⅰ 2,756×8=小計… a
		入Ⅱ 1,934×7=小計… b
		入Ⅲ 1,644×2=小計… c
		(a+b+c)×6月医療機関別係数=合計

例4：体液量減少症

（6月1日入院、6月5日退院、6月11日再入院、6月15日退院の場合）の例

（6月診療分）

1	93	6月診療分
		7日以内の再入院までの日 6日～10日
		入Ⅰ 3,011×3=小計… a
		入Ⅱ 2,339×6=小計… b
		入Ⅲ 1,988×1=小計… c
		(a+b+c)×6月医療機関別係数=合計

(12) 「出来高部分」欄について

- ① 算定した医科点数表における所定点数の名称及び点数を記載すること。なお、その記載は一般記載要領別紙1のⅡ第3の2の(20)の例によるものとする。
- ② 特定入院料を算定する治療室に係る加算の記載については以下による。
 - ア 特定入院料を算定する治療室に係る加算を算定した場合は、当該項目名及び点数を記載するこ

と。

なお、救命救急入院料を算定している患者、特定集中治療室管理料を算定している患者及び小児入院医療管理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、それぞれの加算後の点数を記載すること。

イ 特定入院料に係る名称、回数及び点数以外の記載すべき事項等について、「一般記載要領」別紙1の次のものを参照し、「出来高部分」欄に記載すること。

(ア) 別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）」

(イ) 別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」

(ウ) 別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）」

(エ) 別表Ⅳ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（材料価格基準）」

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰから別表Ⅳまでの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関してこども家庭庁長官及び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こども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰから別表Ⅳにおいて、令和8年6月1日適用の旨が表示されたコードについては、令和8年10月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。

③ 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「出来高部分」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。

(13) 明細書提出時における診療行為内容の添付について

① 明細書については、その診療行為の内容がわかる情報（以下「コーディングデータ」という。）を添付すること。その場合の具体的な取扱いについては以下のとおりとする。

ア 明細書及びコーディングデータについては、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関してこども家庭庁長官及び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こども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」により提出すること。

イ コーディングデータについては、明細書の該当月における包括評価による算定を行った期間の診療行為、医薬品（退院時処方薬を除く。）及び特定器材の情報（以下「診療行為等」という。）を医科点数表の項目に従い入力すること。なお、特定入院料等を算定している期間については、当該特定入院料等に包括される診療行為等のうち、コーディングに係る診療行為等も併せて入力すること。

② 診断群分類 120290 産科播種性血管内凝固症及び 130100 播種性血管内凝固症候群（以下「DIC」という。）によって請求する場合、以下の内容を「出来高部分」欄に記載すること。

ア DICの原因と考えられる基礎疾患

イ 厚生労働省DIC基準によるDICスコア又は急性期DIC診断基準（日本救急医学会DIC特別委員会）によるDICスコア

ウ 入院期間中に実施された治療内容（DIC及びDICの原因と考えられる基礎疾患に対する治療を含む。）及び検査値等の推移

(14) その他について

① 「包括評価部分」欄及び「出来高部分」欄について、医療保険と公費負担医療の併用又は公費負担医療と公費負担医療の併用の場合は、左側から負担区分、診療行為の診療識別の順に、該当する

「負担区分コード番号」及び「診療識別コード番号」を順次記載すること。

- ② 「出来高部分」欄の記載については、それぞれの診療行為を診療識別コード番号の昇順に順次記載すること。
- ③ 明細書の「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄及び「包括評価部分」欄並びに「出来高部分」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）、被保険者資格に係る記号・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、「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄、「包括評価部分」欄、「出来高部分」欄の順に該当する所定の内容を記載し、続紙として、これを当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。
- ④ 当該病院における入院医療について、同一月において診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合は、明細書を総括表とし、「医科入院（様式第2（一）」明細書若しくは明細書又はこれらの明細書と同じ大きさの用紙（以下「出来高明細書」という。）を続紙として添付し、1件の明細書を作成すること。この場合、総括表の記載方法は、一般記載要領別紙1のⅡ第3の2の（1）から（9）まで、（11）から（13）まで及び（18）並びに本通知Ⅱの2の（1）と同様に記載し、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄に当該明細書1件の請求額等の合計額がわかるよう記載すること。
- ⑤ 留意事項通知の第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、医科点数表に基づき算定することとなった理由を出来高明細書の「摘要」欄の最上部に記載し、当該患者のうち以下に該当するものに限り、併せてDPCコードを記載すること。

ア 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第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成20年厚生労働省告示第140号）第2号に該当した患者

イ 医科点数表算定コードに該当した患者

ウ 診断群分類点数表に定める入院日Ⅲを超えた患者

エ 地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟した患者

なお、当該記載に当たっては、原則、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して子ども家庭庁長官及び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子ども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」の別添1-1又は別添1-2により記載を行うものであること。

（参考：令和8年4月公表予定の記録条件仕様）

- ・ 別添1-1「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（医科用）」第1章の3の（4）の「ウ レセプト情報」
- ・ 別添1-2「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（DPC用）」第1章の3の（4）の「ウ レセプト総括情報」

（エ）包括評価対象外理由レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“GR”を記録する。	平成28年9月診療以前
医科点数表算定理由	数字	2	固定	医科点数表算定理由コード（別表）を記録する。	

DPCコード	英数	14	可変	<p>1 医科点数表算定理由コード（別表）の「08：厚生労働大臣が別に定める者（告示別表に掲げる薬剤又は検査）の患者であるため」、「09：医科点数表算定コードに該当するため」、「10：入院期間3を超えて入院しているため」及び「11：地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟したため」に該当する場合は、別に定めるDPCコードを記録する。</p> <p>2 DPCコードの“X”、“A”、“B”、“C”、“D”、“E”、“F”及び“G”は半角大文字を記録する。</p> <p>3 医科点数表算定理由コード（別表）の「01：入院後24時間以内に死亡したため」から「07：厚生労働大臣が別に定める者（短期滞在手術等基本料3）の患者であるため」までに該当する場合は、記録を任意とする。</p>	分は、記録を省略する。
--------	----	----	----	--	-------------

別表 医科点数表算定理由コード

コード名	コード	内容
医科点数表算定理由コード	01	入院後24時間以内に死亡したため
	02	生後1週間以内に死亡したため
	03	評価療養又は患者申出療養を受ける患者であるため
	04	臓器移植を受ける患者であるため
	05	包括評価の対象とならない入院料を算定する患者であるため
	06	厚生労働大臣が別に定める者（特定の手術等）の患者であるため
	07	厚生労働大臣が別に定める者（短期滞在手術等基本料3）の患者であるため
	08	厚生労働大臣が別に定める者（告示別表に掲

		げる薬剤又は検査)の患者であるため
	09	医科点数表算定コードに該当するため
	10	入院期間3を超えて入院しているため
	11	地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟したため

⑥ 当該病院における入院医療について、同一月に診断群分類点数表等に基づき費用を算定する入院医療が複数回ある場合は、④及び⑤の例により記載すること。

なお、総括表の「出来高部分」欄に入院医療が複数回となった理由を記載すること。

⑦ ④及び⑥の場合において、各種（減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超）のいずれかに○をする場合には、総括表及び明細書のいずれにも○をすること。

⑧ 入院中に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「出来高部分」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、他医療機関の名称、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等の近傍に「他」と記載すること。

⑨ 留意事項通知の第3の1の(7)同一傷病等での再入院に係る取扱い①のまた書きに規定する、直近の入院における「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上2桁が異なる場合であって、直近の入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上2桁が同一である場合については、再入院時の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容と経過について「出来高部分」欄に記載すること。

⑩ 留意事項通知の第3の1の(7)同一傷病等での再入院に係る取扱い②に規定する、化学療法の実施日（予定日）及び化学療法の概要を「出来高部分」欄に記載すること。

⑪ 留意事項通知の第3の1の(9)地域包括ケア入院医療管理料1から4までを算定する病室に転室する場合等の取扱いに規定する、入院していた患者がDPC算定対象とならない病棟へ転棟した後に地域包括ケア入院医療管理料1から4までのいずれかを算定する病室に転室、又は退院した日の翌日から起算して7日以内に再入院する場合については、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類を決定し、「出来高部分」欄に記載すること。

なお、当該再入院（転室）が一連の入院に該当しない場合は、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室への再入院（転室）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について「摘要」欄に記載すること。

⑫ 留意事項通知の第3の1の(10)地域包括ケア病棟入院料1から4までを算定する病棟に転棟する場合等の取扱いに規定する、入院していた患者がDPC算定対象とならない病棟へ転棟した後に地域包括ケア病棟入院料1から4までを算定する病棟に再転棟、又は退院した日の翌日から起算して7日以内に再入院する場合については、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類を決定し、「出来高部分」欄に記載すること。

なお、当該再入院（転棟）が一連の入院に該当しない場合は、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟への再入院（転棟）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について「摘要」欄に記載すること。