事　務　連　絡
令和８年５月１日

関 係 団 体　　御中

厚生労働省保険局医療課

令和８年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生(支)局医療課、都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)及び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)あて連絡するとともに別添団体各位に協力を依頼しましたので、貴団体におかれましても、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

（別添）

公益社団法人　日本医師会　御中
公益社団法人　日本歯科医師会　御中
公益社団法人　日本薬剤師会　御中
一般社団法人　日本病院会　御中
公益社団法人　全日本病院協会　御中
公益社団法人　日本精神科病院協会　御中
一般社団法人　日本医療法人協会　御中
一般社団法人　日本社会医療法人協議会　御中
公益社団法人　全国自治体病院協議会　御中
一般社団法人　日本慢性期医療協会　御中
一般社団法人　日本私立医科大学協会　御中
一般社団法人　日本私立歯科大学協会　御中
一般社団法人　日本病院薬剤師会　御中
公益社団法人　日本看護協会　御中
一般社団法人　全国訪問看護事業協会　御中
公益財団法人　日本訪問看護財団　御中
独立行政法人　国立病院機構本部　御中
国立研究開発法人　国立がん研究センター　御中
国立研究開発法人　国立循環器病研究センター　御中
国立研究開発法人　国立精神・神経医療研究センター　御中
国立健康危機管理研究機構　御中
国立研究開発法人　国立成育医療研究センター　御中
国立研究開発法人　国立長寿医療研究センター　御中
独立行政法人　地域医療機能推進機構本部　御中
独立行政法人　労働者健康安全機構本部　御中
健康保険組合連合会　御中
全国健康保険協会　御中
公益社団法人　国民健康保険中央会　御中
社会保険診療報酬支払基金　御中
財務省主計局給与共済課　御中
文部科学省高等教育局医学教育課　御中
文部科学省高等教育局私学部私学行政課　御中
総務省自治行政局公務員部福利課　御中
総務省自治財政局公営企業課準公営企業室　御中
警察庁長官官房人事課　御中
労働基準局安全衛生部計画課　御中
労働基準局補償課　御中
各都道府県後期高齢者医療広域連合　御中

事　務　連　絡
令和８年５月１日

地 方 厚 生 （ 支 ）局 医 療 課
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）　　御中
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）

厚生労働省保険局医療課

令和８年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添１から別添 11 までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和８年３月５日付官報（号外第 46 号）及び令和８年３月 27 日付官報（号外第 71 号）に掲載された令和８年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添 12 のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

・「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」
（令和８年３月５日保医発 0305 第６号）（別添１）
・「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」
（令和８年３月５日保医発 0305 第７号）（別添２）
・「特掲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」
（令和８年３月５日保医発 0305 第８号）（別添３）
・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和８年３月５日保医発 0305 第９号）（別添４）
・「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」
（令和８年３月５日保医発 0305 第２号）（別添５）
・「特定保険医療材料の定義について」
（令和８年３月５日保医発 0305 第４号）（別添６）
・「「診療報酬における加算等の算定対象等となるバイオ後続品」について」
（令和８年３月５日保医発 0305 第 13 号）（別添７）
・「院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和８年３月５日保医発 0305 第 17 号）（別添８）

- 「「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」
  （令和８年３月 27 日保医発 0327 第２号）（別添９）
- 「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」
  （令和８年３月 27 日保医発 0327 第３号）（別添 10）
- 「「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について」
  （令和８年３月 27 日老老発 0327 第２号・保医発 0327 第３号）（別添 11）

（別添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
（令和８年３月５日保医発 0305 第６号）

別添１

医科診療報酬点数表に関する事項

第１章　基本診療料
第２部　入院料等
第１節　入院基本料
Ａ１０４　特定機能病院入院基本料
(12)　病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施する。
ア　入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定を行う。なお、第１章第２部入院料等の通則第~~７~~８号に規定する栄養管理体制の基準における栄養管理計画を当該病棟に専従の管理栄養士が作成した場合は、当該加算における栄養管理計画に代えることができる。
イ　当該病棟に入院している患者に対して、栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じミールラウンドや栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理を行う。
ウ　医師、看護師等と連携し、当該患者の栄養管理状況等について共有を行う。

第２節　入院基本料等加算
Ａ２１５　看護・多職種協働加算
（４）　看護・多職種協働加算において配置された者は、病棟における業務に従事している時間において、原則として第２章特掲診療料の点数は別に算定できない。ただし、常態として勤務時間の大部分は病棟に配置され、第７部第１節リハビリテーション料（「Ｈ００４」摂食機能療法を除く。）の算定を行わない者に限り、「Ｈ００４」摂食機能療法の算定は可能である。なお、病棟における業務に従事している時間に、「Ｂ００５」退院時共同指導料２及び「Ｂ００５－１－２」介護支援等連携指導料に係る指導等に従事することは差し支えない。

Ａ２３３－３　口腔管理連携加算
（４）　当該保険医療機関と特別の関係にある歯科医療機関による歯科~~訪問~~診療が行われた場合は、算定できない。

第３節　特定入院料

Ａ３０４　地域包括医療病棟入院料

(16)　「注 10」に規定する看護職員夜間配置加算を算定するに当たっては、次の点に留意する。

ア　看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、当該基準を満たしていても、基本診療料の施設基準等の第九の六の四の（~~8~~ 10）に定める夜勤の看護職員の最小必要数を超えた３人以上でなければ算定できない。

イ　看護職員夜間配置加算は、当該患者が入院した日から起算して 14 日を限度として算定できる。

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

第１節　医学管理料等

Ｂ００１　特定疾患治療管理料

２　特定薬剤治療管理料

（１）　特定薬剤治療管理料１

カ　当該管理料には、薬剤の血中濃度測定、当該血中濃度測定に係る採血及び測定結果に基づく投与量の管理に係る費用が含まれるものであり、１月のうちに２回以上血中濃度を測定した場合であっても、それに係る費用は別に算定できない。ただし、別の疾患に対して別の薬剤を投与した場合（例えば、てんかんに対する抗てんかん剤と気管支喘息に対するテオフィリン製剤の両方を投与する場合）及び同一疾患についてアの(イ)から(~~ネ~~ナ)までのうち同一の区分に該当しない薬剤を投与した場合（例えば、発作性上室性頻脈に対してジギタリス製剤及び不整脈用剤を投与した場合）はそれぞれ算定できる。

Ｂ００１－３　生活習慣病管理料（Ⅰ）

（３）　当該患者の診療に際して行った「Ａ００１」の「注８」に規定する外来管理加算、第１部医学管理等（「Ｂ００１」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料及び同「37」慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。以下この項において同じ。）、第３部検査、第６部注射及び第 13 部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。また、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した月において、生活習慣病管理料(Ⅰ)の算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、第１部医学管理等、第３部検査、第６部注射及び第 13 部病理診断の費用は算定できない。なお、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において診療を行った場合の「Ａ００１」の「注８」に規定する外来管理加算の費用は、当該加算の要件に従い算定できる。

Ｂ００５－11　遠隔連携診療料

（１）　注１については、以下のアからカまでのいずれかに該当する患者の診断又は治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、

ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。

カ　「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる人口の少ない地域に所在する保険医療機関（所属二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在していた保険医療機関は、当該再編統合後において当分の間、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であるものとみなす。）を受診した悪性腫瘍（治療中のものに限る。）の患者、膠原病（治療中のものに限る。）の患者及び慢性維持透析の患者

Ｂ０１４　退院時薬剤情報管理指導料

（１）　退院時薬剤情報管理指導料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（「Ｂ０１１－３」薬剤情報提供料の（２）に掲げる手帳をいう。以下同じ。）に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に１回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、第１章第２部通則~~5~~ 6に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。

第２部　在宅医療

第１節　在宅患者診療・指導料

Ｃ０００　往診料

(12)　「注３」に規定する在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に「Ｂ００４」退院時共同指導料１を算定した上で往診を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診を行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応すること。なお、死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定している場合は、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「注６」に規定する在宅ターミナルケア加算又は「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「注５」に規定する在宅ターミナルケア加算を算定すること。

Ｃ００２　在宅時医学総合管理料、Ｃ００２－２　施設入居時等医学総合管理料

(23)　在宅時医学総合管理料の「注 10」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注 10」に規定する包括的支援加算は、特掲診療料の施設基準等別表第八の三に規定する状態の患者に対し、訪問診療を行っている場合に算定

する。当該状態については、以下のとおりとし、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｃ０１４　外来在宅共同指導料

（~~5~~ 6）　外来在宅共同指導料は、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関と在宅療養を担う保険医療機関が特別の関係にある場合は算定できない。

（~~6~~ 7）　診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載すること。

（~~7~~ 8）　外来在宅共同指導料の共同指導は、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関と当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の関係者全員が、患家において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。ただし、この場合であっても、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医は、患家に赴き共同指導していること。

（~~8~~ 9）　当該指導において、患者の個人情報を情報通信機器等の画面上で取り扱う場合には、患者の同意を得ること。また、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。

（~~9~~ 10）　情報通信機器等の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

（~~10~~ 11）　外来在宅共同指導料２を算定する場合には、「Ａ０００」に掲げる初診料、「Ａ００１」に掲げる再診料、「Ａ００２」に掲げる外来診療料、「Ｃ０００」に掲げる往診料、「Ｃ００１」に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は「Ｃ００１－２」に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。

Ｃ０１５　在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料

（２）　在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料は、過去 30 日以内に「Ｃ００２」の「注 15」（「Ｃ００２－２」の「注５」の規定により準用する場合を含む。）又は「Ｃ００３」の「注９」に規定する在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、関係職種が、当該患者の情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の情報を活用して患家において、当該患者又はその家族等に療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

Ｃ１０７－３　在宅ハイフローセラピー指導管理料

（３）　在宅ハイフローセラピー指導管理料１の対象となる患者は、在宅ハイフローセラピー導入時に以下のいずれも満たす慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）の患者であって、病状が安定し、在宅でのハイフローセラピーを行うことが適当と医師が認めた者とする。

ア　呼吸困難、去痰困難、起床時頭痛・頭重感等の自覚症状を有すること。

イ　在宅酸素療法を実施している患者であって、次のいずれかを満たすこと。

（イ）　在宅酸素療法導入時又は導入後に動脈血二酸化炭素分圧 45mmHg 以上 55m~~m~~gHg 未満の高炭酸ガス血症を認めること。

（ロ）　在宅酸素療法導入時又は導入後に動脈血二酸化炭素分圧 55mmHg 以上の高炭酸ガス血症を認める患者であって、在宅人工呼吸療法が不適であること。

（ハ）　在宅酸素療法導入後に夜間の低換気による低酸素血症を認めること（終夜睡眠ポリグラフィー又は経皮的動脈血酸素飽和度測定を実施し、経皮的動脈血酸素飽和度が 90%以下となる時間が５分間以上持続する場合又は全体の 10%以上である場合に限る。）。

Ｃ１０８－２　在宅腫瘍化学療法注射指導管理料

（６）　在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅腫瘍化学療法注射指導管理料に係る「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、「Ｇ００１」静脈内注射、「Ｇ００４」点滴注射、「Ｇ００５」中心静脈注射及び「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬（在宅で使用していない抗悪性腫瘍剤も含む。）及び特定保険医療材料の費用は算定できない。ただし、当該在宅腫瘍化学療法注射指導管理料に係らない「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、「Ｇ００１」静脈内注射、「Ｇ００４」点滴注射、「Ｇ００５」中心静脈注射及び「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できる。

Ｃ１１８　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料

（１）　在宅腫瘍治療電場療法とは、テント上膠芽腫又は非小細胞肺癌の治療を目的として交流電場を形成する治療法を在宅で患者自らが行うことをいい、当該指導管理料は、初発膠芽腫の治療を目的とした場合に算定するう。

第３部　検査

第１節　検体検査料

第１款　検体検査実施料

外来迅速検体検査加算

（２）　以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。

「Ｄ００６」出血・凝固検査の注の場合

「Ｄ００７」血液化学検査の注の場合

「Ｄ００８」内分泌学的検査の注の場合

「Ｄ００９」腫瘍マーカーの注２の場合

例　患者から１回に採取した血液等を用いて「Ｄ００９」腫瘍マーカーの「３」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）と「９」のＣＡ19－９を行った場合、検体検査実施料の請求は「Ｄ００９」腫瘍マーカーの「注２」の「イ」２項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が２項目であることから、20 点を加算する。

Ｄ０１２　感染症免疫学的検査

(52)　「62」のアスペルギルスＩｇＧ抗体は、ＥＬＩＳＡ法により、慢性進行性肺アスペルギ

ルス症又はアレルギー性気管支肺アスペルギルス症が疑われる患者に対して測定した場合に算定する。なお、本検査は、関連学会の定める指針に従って実施すること。

第７部　リハビリテーション

第１節　リハビリテーション料

Ｈ００４　摂食機能療法

（10）　「注３」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算を算定するに当たっては、ＦＩＭ及びＦＯＩＳ（~~f~~Function Oral Intake Scale）を測定すること。

第８部　精神科専門療法

第１節　精神科専門療法料

Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料

（18）　「注７」に規定する深夜訪問看護加算について、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を算定する場合にあっては、同一建物等居住者で同一日に当該加算又は「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」に規定する深夜訪問看護加算を同一日に算定する患者の合計人数及び当該加算又は「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」に規定する深夜訪問看護加算の合計算定日数により「月 15 日目まで」と「月 16 日目以降」の区分に応じて算定する。

第９部　処置

Ｊ０３８　人工腎臓

（８）　「４」　その他の場合は次の場合に算定する。

エ　以下の合併症又は状態を有する患者（(ニ)から(ヌ)までについては入院中の患者に限る。）に対して行った場合であって、連日人工腎臓を実施する場合や半減期の短い特別な抗凝固剤を使用する場合等特別な管理を必要とする場合

（ヌ）　「Ｌ００２」硬膜外麻酔、「Ｌ００４」脊椎麻酔又は「Ｌ００８」~~マスク~~声門上器具又は気管~~内~~挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔による手術を実施した状態（手術前日から術後２週間に限る。）

第 10 部　手術

第１節　手術料

第３款　神経系・頭蓋

Ｋ１５４－４　集束超音波による機能的定位脳手術

（２）　薬物療法で十分に効果が得られないパーキンソン病の患者であって、脳深部刺激術が不適~~用~~応の患者に対し、運動症状の緩和を目的として、淡蒼球を標的としたＭＲガイド下集束超音波治療器による機能的定位脳手術を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

第８款　心・脈管

Ｋ６１６－６　経皮的下肢動脈形成術

経皮的下肢動脈形成術は、特定保険医療材料 133 のエキシマレーザー血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈に留置されたステントにおける狭窄又は閉塞に対して又は切削吸引型血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈又は膝下動脈の狭窄又は閉塞に対して、経皮的下肢動脈形成術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。

第９款　腹部

Ｋ６５３－４　内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法

（１）　内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法は、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対し半導体レーザー（波長 664ｎｍ）~~及~~を使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

Ｋ７２６　人工肛門造設術

「Ｋ７４０」直腸切除・切~~除~~断術の「５」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料

第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

４　その他の診療料

算定できないものとされた診療料については、その診療に伴い使用した薬剤及び保険医療材料の費用についても算定できないものであること（ただし、~~ただし、~~別に厚生労働大臣が定める内服薬、外用薬及び注射薬の費用は別に算定できる。）。また、算定できるものとされた診療料に伴い使用した薬剤及び保険医療材料の費用については、第１章及び第２章の例により算定できるものであること。

（別紙様式１１の２）

診療情報提供書

紹介先医療機関等名

担当医　　科　　殿

年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

以下の診療報酬項目の届出状況

□　地域包括診療加算　　□　地域包括診療料　　□　小児かかりつけ診療料

□　在宅時医学総合管理料　　（□在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院）

□　施設入居時等~~時~~医学総合管理料（□在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院）

医師署名（又は記名押印）

患者氏名 患者住所　　性別　男・女 電話番号 生年月日　　年　月　日（　歳）職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

記載上の注意

１．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

２．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

３．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

４．２回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

別紙36

抗不安薬

- オキサゾラム
- クロキサゾラム
- クロラゼプ酸二カリウム
- ジアゼパム
- フルジアゼパム
- ブロマゼパム
- メダゼパム
- ロラゼパム
- アルプラゾラム
- フルタゾラム
- メキサゾラム
- トフィソパム
- フルトプラゼパム
- クロルジアゼポキシド
- ロフラゼプ酸エチル
- タンドスピロンクエン酸塩
- ヒドロキシジン塩酸塩
- クロチアゼパム
- ヒドロキシジンパモ酸塩
- エチゾラム
- ガンマオリザノール

睡眠薬

- ブロモバレリル尿素
- 抱水クロラール
- エスタゾラム
- フルラゼパム塩酸塩
- ニトラゼパム
- ニメタゼパム
- ハロキサゾラム
- トリアゾラム
- フルニトラゼパム
- ブロチゾラム

ロルメタゼパム
クアゼパム
アモバルビタール
バルビタール
フェノバルビタール
フェノバルビタールナトリウム
ペントバルビタールカルシウム
トリクロホスナトリウム
リルマザホン塩酸塩水和物
ゾピクロン
ゾルピデム酒石酸塩
エスゾピクロン
ラメルテオン
スボレキサント
レンボレキサント
メラトニン
ダリドレキサント塩酸塩
ボルノレキサント水和物

抗うつ薬
クロミプラミン塩酸塩
ロフェプラミン塩酸塩
トリミプラミンマレイン酸塩
イミプラミン塩酸塩
アモキサピン
アミトリプチリン塩酸塩
ノルトリプチリン塩酸塩
マプロチリン塩酸塩
ペモリン
ドスレピン塩酸塩
ミアンセリン塩酸塩
セチプチリンマレイン酸塩
トラゾドン塩酸塩
フルボキサミンマレイン酸塩
ミルナシプラン塩酸塩
パロキセチン塩酸塩水和物

塩酸セルトラリン
ミルタザピン
デュロキセチン塩酸塩
エスシタロプラムシュウ酸塩
ベンラファキシン塩酸塩
ボルチオキセチン臭化水素酸塩

抗精神病薬（〇印は非定型抗精神病薬、△は持続性抗精神病注射薬剤）
＜定型薬＞
クロルプロマジン塩酸塩
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩
ペルフェナジン
ペルフェナジンマレイン酸塩
プロペリシアジン
フルフェナジンマレイン酸塩
プロクロルペラジンマレイン酸塩
レボメプロマジンマレイン酸塩
ピパンペロン塩酸塩
オキシペルチン
スピペロン
スルピリド
ハロペリドール
ピモジド
ゾテピン
チミペロン
ブロムペリドール
クロカプラミン塩酸塩水和物
スルトプリド塩酸塩
モサプラミン塩酸塩
ネモナプリド
レセルピン
△　ハロペリドールデカン酸エステル
△　フルフェナジンデカン酸エステル
＜非定型薬＞
〇△リスペリドン

○　クエチアピンフマル酸塩
○　ペロスピロン塩酸塩水和物（ペロスピロン塩酸塩）
○　オランザピン
○△アリピプラゾール（アリピプラゾール水和物）
○　ブロナンセリン
○　クロザピン
○　パリペリドン
○△パリペリドンパルミチン酸エステル
○　アセナピンマレイン酸塩
○　ブレクスピプラゾール
○　ルラシドン塩酸塩

別添２

歯科診療報酬点数表に関する事項

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料

第１節　初診料

Ａ０００　初診料

(23)　「注 10」に規定する歯科外来診療医療安全対策加算１及び歯科外来診療医療安全対策加算２は、歯科診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科外来診療の医療安全対策に係る取組を評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、外来診療に係る初診を行った場合に加算する。なお、「注 16」に規定する情報通信機器を用いた初診の場合は、当該加算は算定できない。

(24)　「注 11」に規定する歯科外来診療感染対策加算１及び歯科外来診療感染対策加算３は、歯科診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科外来診療の感染対策に係る取組を評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、外来診療に係る初診を行った場合に加算する。なお、「注 16」に規定する情報通信機器を用いた初診の場合は、当該加算は算定できない。

(25)　「注 11」に規定する歯科外来診療感染対策加算２及び歯科外来診療感染対策加算４は、新型インフルエンザ等感染症等の患者に対応可能な歯科外来診療の体制整備に係る取組を評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、外来診療に係る初診を行った場合に加算する。なお、「注 16」に規定する情報通信機器を用いた初診の場合は、当該加算は算定できない。

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

Ｂ０００－４－３　口腔機能管理料

（１）　口腔機能管理料とは、50 歳以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等による口腔機能低下症の患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者に対して、管理計画に基づき継続的な管理を実施する場合に当該管理料を算定する。当該管理を行うに当たっては、関係学会より示されている「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」（令和~~６~~８年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

第２部　在宅医療

Ｃ００１－７　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料

（４）　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料４は、当該保険医療機関の歯科医師又は歯

科医師から指示を受けた歯科衛生士が、自宅での療養を行っている患者であって、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又はＣ００１－６に掲げる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ているものに対して、当該患者の患家にて経口による継続的な食事摂取を支援するため~~の~~に食事観察~~し~~を行い、それらの結果に基づいて患者又はその看護に当たっている者への口腔管理に関する技術的助言・協力し、当該患者に口腔機能等に係る指導を行った場合に、月に１回に限り算定する。

第３部　検　査

第１節　検査料

Ｄ００２―６　口腔細菌定量検査

（１）　口腔細菌定量検査とは、舌の表面を擦過し採取されたもの又は舌の下部から採取された唾液を検体として、口腔細菌定量分析装置を用いて細菌数を定量的に測定することをいう。口腔細菌定量検査の実施は「口腔バイオフィルム感染症に関する基本的な考え方」（令和６年３月日本歯科医学会）及び「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」（令和~~6~~ 8年３月日本歯科医学会）を参考にすること。

Ｄ０１１　有床義歯咀嚼機能検査

(11)　Ｉ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床若しくはＭ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴を装着する場合において、Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「２　舌接触補助床の場合」若しくは「~~3~~ 4　その他の場合」を算定している患者又はＪ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(５)に準ずる場合において、Ｂ０１３－３に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料を算定している患者について、咀嚼機能検査を行う必要がある場合については、当該患者の装着する装置を新製しない場合においても当該検査を算定できる。

Ｄ０１２　舌圧検査

（４）（２)及び（３）以外に、「注２」に規定する患者に対して舌の運動機能を評価する目的で当該検査を行った場合は、月２回に限り算定する。なお、この場合において、Ｂ０１３－３に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料、Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「２　舌接触補助床の場合」若しくは「~~3~~ 4　その他の場合」、Ｉ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床、Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴又はＭ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴と同日に算定して差し支えない。

第７部　リハビリテーション

第１節　リハビリテーション料

Ｈ００１－４　歯科口腔リハビリテーション料３

（２）　「２　口腔機能の低下を来している患者の場合」は、口腔機能の回復又は維持・向上を目的としてＢ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料又はＣ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定する患者に対し、管理計画に基づき口腔機能に係る指導・訓

練を行った場合に算定する。当該指導・訓練を行うに当たっては、関係学会より示されている「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」（令和~~6~~8年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

第９部　手　術

第１節　手術料

Ｊ０６３　歯周外科手術

（１）　歯周外科手術とは、Ｄ００２に掲げる歯周病検査の「２　歯周精密検査」に規定する歯周精密検査の結果に基づき行われ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をいう。ただし、歯周病の治療を目的としない「６　歯肉歯槽粘膜形成手術」を実施した場合はこの限りではない。なお、歯周外科手術の実施に当たっては、「歯周病の治療に関する基本的な考え方」（令和~~2~~8年３月日本歯科医学会）を参考とする。

（６）　~~暫間固定に当たって印象採得を行った場合は１装置につきＭ００３に掲げる印象採得の「３　口腔内装置」を、咬合採得を行った場合は、１装置につき、装置の範囲に相当する歯数が８歯以下の場合はＭ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（１）　少数歯欠損」、装置の範囲に相当する歯数が９歯以上はＭ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（２）　多数歯欠損」又は装置の範囲に相当する歯数が全歯にわたる場合はＭ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（３）　総義歯」の所定点数を、装着を行った場合は１装置につきＭ００５に掲げる装着の「３　口腔内装置等の装着の場合」の所定点数及び装着材料料を算定する。ただし、エナメルボンドシステムにより連結固定を行った場合は、装着料及び装着材料料は別に算定できない。~~暫間固定の際に用いる保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

第10部　麻　酔

第１節　麻酔料

Ｋ００６　歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）

（５）　「２」については、（４）のロ及びニ並びに以下のイ及びロを満たすこと。

イ　厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、当該保険医療機関において勤務を行っている歯科医師であって、歯科麻酔科医の指導の下に麻酔を担当するもの（以下この区分において単に「担当歯科医師」という。）又は当該保険医療機関の歯科麻酔科医が、麻酔前後の診察を行い、担当歯科医師が、麻酔を行うこと。

ロ　主要な麻酔手技を実施する際には、歯科麻酔科医の管理下で行わなければならない。この場合、当該歯科麻酔科医は、麻酔中の患者と同室又は隣接する部屋にいる必要があること。

第12部　歯冠修復及び欠損補綴

第１節　歯冠修復及び欠損補綴診療料

Ｍ００２　支台築造

（７）　乳歯について、支台築造は算定できない。ただし、後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に対する全部金属冠、レジン前装金属冠~~及び~~、硬質レジンジャケット冠及びＣＡＤ／ＣＡＭ冠の歯冠形成については、支台築造を算定して差し支えない。

Ｍ０１５－２　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠

（８）（１）にかかわらず、Ｍ００３－４に掲げる光学印象により印象採得を行った場合は、直接法により取得したデータを用いて、歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置によりＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作しても差し支えない。

Ｍ０１５－３　ＣＡＤ／ＣＡＭインレー

（５）　特定保険医療材料料は別に算定する。なお、（~~２~~３）のハについて、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料は永久歯に準じて算定する。

Ｍ０１７－３　チタンブリッジ

（３）　チタンブリッジを装着する場合は、次により算定する。

イ　歯冠形成を行った場合は、以下のいずれかにより算定する。また、~~「注２」に規定する~~レジン前装加算のための支台歯形成を行った際には、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「注２」、「注３」、「注６」又は「注７」の加算を算定する。

①　生活歯の歯冠形成を行う場合は、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のイ　金属冠」及びＭ００１に掲げる「注１」の加算を算定する。

②　失活歯の歯冠形成を行う場合は、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のイ　金属冠」及びＭ００１に掲げる歯冠形成の「注１」の加算を算定する。

Ｍ０２１－３　磁性アタッチメント

（１）　磁性アタッチメントとは、磁石構造体とキーパーからなり、有床義歯を磁気吸引力により口腔内に維持する支台装置をいう。ただし、ダイレクトボンディング法（接着性レジンセメントを用いてキーパーをキーパーの装着されていないキーパー付き根面板に装着する方法をいう。）により製作されたキーパーを装着した根面板（以下「キーパー付き根面板」という。）を用いる場合に限る。なお、実施に当たっては、「磁性アタッチメントを支台装置とする有床義歯の診療に対する基本的な考え方」（令和~~３~~４年~~８~~12月日本歯科医学会）を参考とする。

Ｍ０２５　口蓋補綴、顎補綴

（11）　本区分により算定する装置の調整は１回につきＨ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１「~~３~~４　その他の場合」により算定する。

第 15 部　その他

第３節　支援料

Ｐ２００　歯科技工所ベースアップ支援料（１装置につき）

（３）　本区分は、Ｍ００５に掲げる装着又はＮ００８に掲げる装着の算定日に算定する。ま

た、装着の費用が含まれるＭ００２に掲げる支台築造、Ｍ００３－２ に掲げる暫間歯冠補綴装置、Ｍ０１８－２に掲げる３次元プリント有床義歯、Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴（ホッツ床に限る。）、Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴、Ｎ０１９に掲げる保定装置（７に限る。）又はＮ０２５に掲げるトルキングアーチについては、各区分の算定日に本区分を算定する。

別添３

調剤報酬点数表に関する事項

＜通則＞

６　「調剤する薬剤を減量した~~後、~~上で保険医療機関~~へ~~に情報提供」の欄にその旨の指示がある処方箋を受け付けた場合は、調剤録又は薬剤服用歴の記録等（以下「薬剤服用歴等」という。）及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品について、用法及び用量の変更は行わずに投与日数等を減らす調剤（以下「減数調剤」という。）を、必要に応じて行うこと。当該指示に基づき減数調剤を行った場合は、保険薬剤師は、患者に対して次回受診時に処方医へ残薬の状況を報告することを促すとともに、手帳を用いて服薬管理指導を行う場合には当該手帳にその旨を記載すること。また、患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の投与量、患者への説明内容等について、原則、翌営業日までに当該減数調剤に係る処方箋を発行した保険医療機関に情報提供すること。なお、残薬を確認した結果、減数調剤を行うに当たって、調剤する医薬品の調剤日数又は数量を「０」とすることはできず、必要な場合には従前のとおり、処方医への事前の照会を行うこと。

＜薬学管理料＞

区分１０の２　調剤管理料

１　調剤管理料

（５）　調剤管理料２は、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。また、調剤管理料１を算定した場合は、調剤管理料~~の~~２は算定することができない。

２　調剤時残薬調整加算

（２）　処方箋の「調剤する薬剤を減量した~~後、~~上で保険医療機関~~へ~~に情報提供」の欄にその旨の指示があり、薬剤服用歴等や患者又はその家族等から収集した情報等に基づき、残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況が確認された患者においては、７日分以上相当の減数調剤を行った場合に、処方箋受付１回につき算定する。調剤日数の変更は、患者が次回受診日等を考慮して意図的に残薬を生じさせているのかなど、残薬調整の必要性を患者又はその家族等に確認してから行うこととし、単に７日分以上の残薬があったことをもって機械的に行ってはならない。

ただし、薬剤師が患者の服薬状況等により必要性があると判断し、６日分以下相当の調剤日数の変更を行う場合には、残薬が７日分を超えないにもかかわらず調整する必要性を調剤報酬明細書に記載すること。この場合において、次回受診日（調剤日）を患者又はその家族等に確認した上で、残薬が７日分を超えないにもかかわらず調整する必要性を患者又はその家族等に説明するとともに、これらの概要を薬剤服用歴へ記録しなければならない。

認知機能に問題が無い患者等について、継続的に同じような内容の処方箋の発行を受けているため残薬が７日分を超えるまで待つことが合理的な状況において、６日分以下相当の処方日数の変更を行う場合には算定できない。また、処方医が同意していることのみをもって６日分以下相当の処方日数の変更を行う場合も算定できない。

なお、残薬を確認した結果、減数調剤を行うに当たって、調剤する医薬品の調剤日数又は数量を「０」とすることはできない。

区分１０の３　服薬管理指導料

２　服薬管理指導料１及び２

（２）　服薬管理指導料「１のイ」及び「２のイ」に係るかかりつけ薬剤師による指導等に係る留意点

カ　かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。

（~~ト~~へ）　患者が他の保険薬局等で調剤を受けた場合は、その服用薬等の情報を入手し、薬剤服用歴等に記載すること。

（~~チ~~ト）　継続的な薬学的管理のため、患者に対して、服用中の薬剤等を保険薬局に持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋等を必要に応じて提供し、その取組（いわゆるブラウンバッグ運動）の意義等を説明すること。

（~~リ~~チ）　必要に応じ、患者が入手している調剤及び服薬指導に必要な血液・生化学検査結果の提示について、患者の同意が得られた場合は当該情報を参考として、薬学的管理及び指導を行うこと。

４　服薬管理指導料４

（１）　服薬管理指導料４は、オンライン服薬指導等を行った場合に、以下の区分により算定する。

ア　服薬管理指導料「４のイ」

（イ）　３月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示したもの

（ロ）　介護老人福祉施設等の患者

イ～エ　（略）

（３）　服薬管理指導料「４のイ」の留意点

介護老人福祉施設等の患者に対して、情報通信機器を用いた薬剤管理指導を行った場合に、服薬管理指導料３及び服薬管理指導料「４のイ」を合わせて月４回に限り算定する。

（~~３~~４）　服薬管理指導料「４のロ」の留意点

ア　服薬管理指導料「４のロ」は、訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局において、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬剤管理指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、在宅患者訪問薬剤管理指導料１から３まで並びに服薬管理指導料「４のロ」を合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り算定する。

イ　当該指導料は、保険薬剤師１人につき、在宅患者訪問薬剤管理指導料１から３までと合わせて週 40 回に限り算定できる。

ウ　訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン薬剤管理指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。

エ　在宅患者訪問薬剤管理指導料又は服薬管理指導料「４のロ」を月２回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養

法の対象患者に対するものを除く。）は、算定回数は週１回を限度する。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者訪問薬剤管理指導料１から３までと合わせて週２回かつ月８回に限り算定できる。

（~~４~~５）　服薬管理指導料「４のハ」の留意点

服薬管理指導料「４のハ」は、訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局において、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の変化等に伴い、情報通信機器を用いた薬剤管理指導を行った場合（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）に、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料１及び２並びに服薬管理指導料「４のハ」を合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、月８回）に限り算定する。この場合において、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は算定できない。

区分１４の３　服用薬剤調整支援料

（２）　服用薬剤調整支援料２

ク　~~服用薬剤調整支援料２~~服用薬剤総合評価の実施にあたっては、次に掲げる事項等を患者又はその家族等に対して結果の伝達を行うこと。ただし、患者又はその家族等に対して結果の伝達を行う際には、一律の内容ではなく、患者若しくはその家族等又は医療従事者との関係性等を踏まえて内容を適宜変更すること。

（イ）　患者への聞き取り等により確認した内容

（ロ）　薬物有害事象であると疑われる症状

（ハ）　服薬の状況（薬剤の管理状況等も含む。）

（ニ）　医療従事者と共有する内容

（ホ）　今後生活を送る上での注意点

区分１５の９　訪問薬剤管理医師同時指導料

（４）　在宅患者緊急時等共同指導料又は在宅移行初期管理料に係る必要な指導等を同日に行った場合は、算定~~しない~~できない。

別表１

~~（１）~~服薬管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

項目		算定回数	服薬管理指導料　１イ※1・２イ	服薬管理指導料　１ロ・２ロ	服薬管理指導料　３	服薬管理指導料　４イ・４ニ	服薬管理指導料　４ロ・４ハ	在宅患者訪問薬剤管理指導料　１	在宅患者訪問薬剤管理指導料　２・３	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	訪問薬剤管理医師同時指導料
調剤管理料等の加算	調剤時残薬調整加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	薬学的有害事象等防止加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
在宅患者訪問薬剤管理指導料の加算	特定薬剤管理指導加算１	処方箋受付ごと	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算２	月１回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算３	~~処方箋受付ごと~~１回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
	乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
	吸入薬指導加算	６月に１回まで	○	○	○	~~×~~○	×	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師フォローアップ加算※1	３月に１回まで	○	×※3	×	×	×	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師訪問加算※1	６月に１回まで	○	×※3	×	×	×	×	×	×	×	×
	麻薬管理指導加算	~~処方箋受付ごと~~１回ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	乳幼児~~服薬指導~~加算	~~処方箋受付ごと~~１回ごと	~~○~~×	~~○~~×	~~○~~×	~~○~~×	~~○~~×	○	○	○	○	×
	小児特定加算	~~処方箋受付ごと~~１回ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	１回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
	在宅中心静脈栄養法加算	１回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
外来服薬支援料１		月１回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
外来服薬支援料２		処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料１		月１回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料２※1		６月に１回まで	○	×※3	×	○	○	○	○	○	○	×

調剤後薬剤管理指導料１	月１回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料２	月１回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服薬情報等提供料１	月１回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料２	月１回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料３	３月に１回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
経管投薬支援料	１回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
在宅移行初期管理料	１回まで	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×
複数名薬剤管理指導訪問料※２	１回ごと	×	×	×	×	×	○	×	○	×	×

※１はかかりつけ薬剤師のみ算定可能

※２は単一建物診療患者１名のみ算定可能

※３は、かかりつけ薬剤師が指導や訪問等を実施し、その後の服薬管理指導を当該保険薬局の他の保険薬剤師が実施した場合については、併算定可能

（~~別添~~別紙様式１－２）

入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

入院先保険医療機関名：○○病院
担当者：薬剤部　○○　○○　殿

令和　　年　　月　　日
情報提供元保険薬局の所在地及び名称
電　　話
（ＦＡＸ）
保険薬剤師氏名　　印

◎月▲日より入院予定の△△△△様の服用薬について、ご報告いたします。

患者氏名
性別（男・女）　生年月日　　年　　月　　日生（　　歳）
電話番号
住所
最終調剤日：○○年○○月○○日

特記事項：◎年◎月◎日より、抗凝固薬の服用を中止しています。

以下のとおり、情報提供いたします。

１　受診中の医療機関、診療科等に関する情報

番号	保険医療機関名	診療科	備考
1	○○病院		
2	△△クリニック		
3			
4			
5			

２　現在服用中の薬剤の一覧

※用法・用量を参照すべき場合等については、必要に応じて手帳等の写しを添付

「１」の処方医療機関の番号	医薬品名	用法・用量	服用開始時期	処方状態（粉砕、一包化等）	入院時持参予定数（日分）	備考

医師の指示による 入院前中止薬	
自己調節している薬	

3　患者の服薬状況（アドヒアランス及び残薬等）

服薬管理者 （当てはまるものに☑）	□本人 □家族 □介助者 □その他（　　）
服薬状況に関する留意点	
退院時の処方の際に お願いしたいこと	

4　併用薬剤等（要指導・一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）の情報

5　その他

［記載上の注意］

1　保険医療機関への情報提供にあたっては、「１」、「２」及び「３」を記載した上で、必要に応じて「４」又は「５」により、患者の処方状況を報告すること。
2　服薬管理を行っている者について、あてはまる項目に☑を付けること
3　必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載すること。
4　必要に応じて、続紙に記載して添付すること。
5　必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること。

（~~別添~~別紙様式２）

服用薬剤調整支援料２に係る情報提供書

情報提供先保険医療機関名：

科　　殿

令和　　年　　月　　日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電　　話

（ＦＡＸ）

保険薬剤師氏名　　印

患者氏名 性別（男・女）　生年月日　　年　　月　　日生（　　歳） 住所 電話番号

以下の薬剤について、ご検討のほど宜しくお願い致します。

対象薬剤； ご相談内容；（事前電話相談の有無；　有・無）

１　受診中の他の保険医療機関、診療科等に関する情報

番号	保険医療機関名	診療科	疾患名　等
1			
2			
3			

２　現在服用中の薬剤の一覧　※必要に応じて手帳等の写しを添付

医薬品名	服用目的	服用開始時期	「１」の処方医療機関の番号

服用薬剤総合評価シート

1　患者情報

年齢	性別	身長・体重・ （体表面積）	投与量設計等薬物治療に係る臓器機能障害（腎機能障害の有無等）	介護度	服薬管理者

理解度（病識・服薬アドヒアランス・服薬コンプライアンス等）

調剤上の留意点（一包化・粉砕等）

服用上の留意点（簡易懸濁、服薬ゼリー等）

疾患名（主病名／併存疾患）

薬物治療上の留意点（アレルギー歴／副作用歴／サプリメント・OTC 等）

薬物治療に関連する検査値・バイタルデータ（必要に応じて経時的記録）
※保険医療機関で発行されている検査値一覧の写しを添付可（特に必要な項目がわかるように整理すること）

患者総合評価その他特記事項（患者ナラティブデータ、患者インタビュー等を含む）
※収集した情報のローデータ等を添付

① 患者インタビュー日時：
② 患者の主訴：
③ 患者の希望：
④ 非薬物療法の状況（栄養、運動等）：
⑤ 総合評価その他：

2　薬物治療の薬学的評価

① 処方された薬剤に対する薬学的評価；
② 服薬に対する薬学的評価；
③ 服用効果（治療ゴールとの比較）に対する薬学的評価；
④ 薬物有害事象；
⑤ 減薬・薬剤調整の提案内容；

その他必要な指導／医師との連携として実施した内容（上記提案内容を除く）

3　フォローアップ

① 上記提案後の患者インタビューの概要；

② 患者インタビューを踏まえた効果判定；

③ 効果判定が良くなかった場合の改善策；

4 患者への伝達内容

［記載上の注意］

1 保険医療機関に対し、本様式を送付すること。ただし、「服用薬剤総合評価シート」については、この限りでない。

2 「服用薬剤総合評価シート」については、保険医療機関の求めに応じて当該保険医療機関に送付すること。

3 本様式の作成後、薬剤服用歴に添付して保管すること。

別紙様式4-1

医薬品の販売授与証明書

令和　　年　　月　　日

譲渡日：

販売授与先の保険薬局

名称：

所在地：

電話番号又はeメール：

薬局開設許可番号・保険薬局コード：

確認書類：運転免許証・社員証・その他（　　）

販売授与元の保険薬局

名称：

所在地：

電話番号又はeメール：

譲受渡者氏名：

確認書類：運転免許証・社員証・その他（　　）

医薬品名	数量	単位	ロット番号又は製造番号	使用期限

（別添２）

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
（令和８年３月５日保医発 0305 第７号）

第４　経過措置等

１　第２及び第３の規定にかかわらず、令和８年５月 31 日現在において現に入院基本料等を算定している保険医療機関において、引き続き当該入院基本料等を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和８年６月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和８年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された入院基本料等（表１）及び施設基準が改正された入院基本料等のうち届出が必要なもの（表２）については、令和８年６月１日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。なお、表２における経過措置期間については、令和８年３月 31 日時点で改正前の当該入院基本料等の届出を行っている保険医療機関についてのみ適用される。

表２　施設基準が改正された入院基本料等

（中略）

・　地域包括医療病棟入院料２（令和８年３月 31 日時点で「旧算定方法」別表第一「Ａ３０４」に掲げる地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っている病棟において、令和８年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

・　回復期リハビリテーション病棟入院料１（令和８年８月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

・　回復期リハビリテーション病棟入院料~~１、~~２、３及び４（令和８年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

~~・　回復期リハビリテーション入院医療管理料（令和８年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）~~

・　精神科救急急性期医療入院料の注５に規定する精神科救急医療体制加算

・　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料（令和８年 ~~10~~８月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表３　施設基準が改正された入院基本料等（届出を必要としないもの）

（中略）

・　小児入院医療管理料

・　回復期リハビリテーション入院医療管理料

・　地域包括ケア病棟入院料

表４　施設基準等の名称が変更されたが、令和８年５月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

（中略）		
初診料（歯科）の注 16 及び再診料（歯科）の注 12 に掲げる基準	→	初診料（歯科）の注 16 及び再診料（歯科）の注 13 に掲げる基準
（中略）		
精神病棟入院基本料	→	精神病棟入院料

別添２

入院基本料等の施設基準等

第１　入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援、身体的拘束最小化及び継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援、身体的拘束最小化及び継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

９　医科点数表第１章第２部通則第11号及び歯科点数表第１章第２部入院料等通則第９号に規定する基準

次のいずれかに該当する医療機関

（１）　令和８年３月31日時点で入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関

（２）　次のいずれかに該当する医療機関

①　令和８年度の対象職員（医師及び歯科医師を除く。）の、新規に入院ベースアップ評価料の算定を開始する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、５分５厘（看護補助者、事務職員については、８分）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関又は令和９年度の対象職員（医師・歯科医師を除く。）の、新規に入院ベースアップ評価料の算定を開始する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、８分７厘（看護補助者、事務職員については、１割３分７厘）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

②　令和８年３月31日時点で外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）を届け出ている有床診療所である保険医療機関

③　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出ている保険医療機関であって、令和８年度の対象職員（医師及び歯科医師を除く。）の基本給等を合計し、当該対象職員を令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、２分３厘に相当する水準以上のベア等を行った有床診療所である保険医療機関

第２　病院の入院基本料等に関する施設基準

４の２　急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、10対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。

（２）　急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院料１及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床における直近３月において入院している患者全体（以下、「延べ患者数」という。）に占める重症度、医療・看護必要度における別表１に示す特に高い基準（以下

「基準①」という。）を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表１のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、（３）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準①割合指数」という。）が、別表２の基準以上であること。また、延べ患者数に占める重症度、医療・看護必要度における別表３に示す一定程度高い基準（以下「基準②」という。）～~~を~~を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表３のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、（３）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準②割合指数」という。）が、別表４の基準以上であること。７対１入院基本料（専門病院入院基本料）については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床における延べ患者数に占める基準①を満たす患者の割合が、別表５の基準以上であること。また、延べ患者数に占める基準②を満たす患者の割合が、別表６の基準以上であること。なお、別添６の別紙７の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票」のＢ項目の患者の状況等については、基準に用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。

(12)　令和８年３月 31 日において、現に急性期一般入院基本料（急性期一般入院料６を除く。）及び７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和８年９月 30 日までの間は令和８年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。また、令和８年３月 31 日において、現に急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和８年９月 30 日までの間に限り、急性期病院一般入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。また、令和８年３月 31 日時点で急性期一般入院料６、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（結核病棟入院基本料に限る。））、10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料１の届出を行っている病棟にあっては、令和８年９月 30 日までの間に限り、令和８年度改定前の「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」（令和６年３月５日保医発第 0305 第５号。以下「令和８年度改定前の基本診療料施設基準通知」という。）の別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

第５　入院基本料の届出に関する事項

１　病院の入院基本料の施設基準に係る届出について

（７）　精神病棟入院基本料の注７及び特定機能病院入院基本料の注 11 に規定する精神病棟看護・多職種協働加算の施設基準に係る届け出は、別添７の様式９~~及び様式 20~~を用いること。なお、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添７の様式９を用いる場合は、１部のみの届出で差し支えない。

別添３

入院基本料等加算の施設基準等

第１　急性期総合体制加算

１　通則

（10）　急性期総合体制加算を算定するものであって、急性期病院一般入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近３月において入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度における別表１に示す特に高い基準（以下「基準①」という。）を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表１のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、別添２の第２の４の２の（３）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準①割合指数」という。）が、別表２の基準以上であること。また、延べ患者数に占める重症度、医療・看護必要度における別表３に示す一定程度高い基準（以下「基準②」という。）~~＋~~を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表３のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、別添２の第２の４の２の（３）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準②割合指数」という。）が、別表４の基準以上であること。ただし、以下に掲げる患者は測定対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の 10 日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年４月及び 10 月とする。

ア　産科患者

イ　15 歳未満の小児患者

ウ　結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る）

（イ）　別添~~１~~２の第２の４の２（７）において一般病棟と結核病棟の両病棟全体で評価を行う場合

（ロ）　「結核患者収容モデル事業の実施について」（平成４年 12 月 10 日健医発 1415 号）の別添「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合

（ハ）　医療法施行規則第 10 条第５号により感染症病床に入院する場合

７　届出に関する事項

（10）　令和８年３月 31 日において現に総合入院体制加算及び地域包括医療病棟入院料の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、１の（９）のイの基準を満たしているものと

みなす。

第７の２　看護・多職種協働加算

１　看護・多職種協働加算の施設基準

（４）　看護・多職種協働加算を算定するものとして届け出た病棟に、直近３月において入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度における別表１に示す特に高い基準（以下「基準①」という。）を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表１のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、別添２の第２の４の２の（３）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準①割合指数」という。）が、別表２の基準以上であること。また、延べ患者数に占める重症度、医療・看護必要度における別表３に示す一定程度高い基準（以下「基準②」という。）～~~、~~を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表３のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、別添２の第２の４の２の（３）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準②割合指数」という。）が、別表４の基準以上であること。

ただし、以下に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の 10 日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年４月及び 10 月とする。

第 10 の２　産科管理加算

１　産科管理加算１に関する施設基準

（３）　当該保険医療機関内に、助産、産科患者・新生児のケア及び母子保健や福祉に関する事業等との地域連携に係る業務に~~関する十分な経験に~~従事した経験を５年以上有し、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師が、１名以上配置されていること。

３　届出に関する事項

産科管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 23 の３を用いること。

第 18　がん拠点病院加算

３　「基本診療料の施設基準等」第八の二十七の（２）に規定する施設基準

イ　がん拠点病院加算の１のイの場合

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院及び特例領域がん診療連携拠点病院のいずれかの特例型の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参

加していることが望ましい。

ロ　がん拠点病院加算の１のロの場合

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院（特例型）の指定を受けていること。

第 21　感染対策向上加算

1　感染対策向上加算１の施設基準

（２）　感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア　感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ　５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ　３年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ　３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月 16 時間以下であること。また、感染制御チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月 16 時間から介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて助言に係る業務を行った時間を差し引いた時間を~~越~~超えない範囲で、当該業務の実施時間以外に病院内の他の業務に従事することは差し支えない。

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち１名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は「Ａ２３４」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

また、アに掲げる常勤医師については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症対策に３年以上の経験を有する医師に限る。）を２名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3　感染対策向上加算３の施設基準

（９）　２の（４）、（５）、（９）、（12）、(13)及び（16）から（18）までを満たしていること。

第 26 の３　病棟薬剤業務実施加算

5　届出に関する事項

（５）　令和８年３月 31 日において現に急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、令和８年９月 31→30 日までの間に限り、４の（６）の基準を満たしているものとみなす。

第 26 の４　データ提出加算

３　届出に関する事項

（６）　基本診療料の施設基準等第十一→十二の二十三及び二十四に掲げる、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合や厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する物理的安全対策や技術的安全対策を講ずることが困難である場合等が該当する。

第 26 の 12　医療提供機能連携確保加算

２　届出に関する事項

（１）　医療提供機能連携確保加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 40 の 19 を用いること。

（２）　別紙３に掲げる人口の少ない地域の二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前の当該二次医療圏に所属する地域は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、１（１）に係る基準について、別紙３に掲げる人口の少ない地域であるものとみなす。その際、同一の二次医療圏に係る基準については、再編統合前の二次医療圏を単位とすることに留意すること。

第 26 の 13　精神科地域密着多機能体制加算

４　精神科地域密着多機能体制加算３の施設基準

（２）　当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が 250 床以下であり、以下を全て満たすこと。

ア　以下で算出される値が 0.97 以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数/届出前月から３年前の日の属する年度の１日当たりの精神病床における入院料算定患者数

イ　届出時の精神病床の許可病床数を上回っていないこと。また、届出から１年が経過するごとに以下で算出される数値が 0.95 以下であること。

当該月の末日時点での精神病床の許可病床数/当該月の末日から３年前の時点での精神病床の許可病床数

５　届け出に関する事項

精神科地域密着多機能体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 40 の 20 を用いること。

別紙１－２

令和９年５月 31 日までの間、級地の調整を行う地域

令和９年５月 31 日までの級地区分	令和９年６月１日以降の級地区分	都道府県	地　　域
３級地	２級地	東京都	三鷹市、小金井市、東大和市、武蔵村山市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日ノ出町、檜原村、奥多摩町、大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
	４級地	愛知県	大府市
４級地	３級地	埼玉県	蕨市
		千葉県	我孫子市
		神奈川県	逗子市、三浦市、南足柄市、葉山町、大磯町、二宮町、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町
		静岡県	裾野市
		京都府	長岡京市
		大阪府	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市、河内長野市、松原市、和泉市、高石市、藤井寺市、泉南市、大阪狭山市、阪南市、豊能町、能勢町、忠岡町、熊取町、田尻町、岬町、太子町、河南町、千早赤阪村
	５級地	茨城県	稲敷市、つくばみらい市、阿見町
		~~滋賀県~~	~~大津市、草津市、栗東市~~
		兵庫県	~~川西市、~~猪名川町
		奈良県	生駒市、平群町、川西町
		広島県	府中町
５級地	４級地	埼玉県	ふじみ野市
		愛知県	大治町、南知多町、美浜町、設楽町、東栄町、豊根村
		京都府	福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、京丹後市、大山崎町、京丹波町、伊根町、与謝野町
	対象外地域	宮城県	七ヶ浜町、利府町
		群馬県	明和町
		和歌山県	紀の川市、岩出市、かつらぎ町
		佐賀県	佐賀市

別添４

特定入院料の施設基準等

第２　特定集中治療室管理料

３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準

（１）　特定集中治療室管理料１の(５)から(８)まで、(11)、(13)及び(14)を満たすこと。

(~~３~~２)　特定集中治療室管理料２の(１)、(２)、(４)及び(５)を満たすこと。

12　届出に関する事項

（８）　当該保険医療機関が所属する二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在していた病院は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、１（14）、２（３）のうち１（14）に係る基準及び３（１）のうち１（14）に係る基準について、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在する病院であるものとみなす。

第３　ハイケアユニット入院医療管理料

６　届出に関する事項

（６）　当該保険医療機関が所属する二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在していた病院は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、１（８）及び２（２）のうち１（８）に係る基準について、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在する病院であるものとみなす。

第７の２　地域包括医療病棟入院料

７　地域包括医療病棟入院料の「注９」に掲げる看護補助・患者ケア体制充実加算の施設基準

（１）　看護補助・患者ケア体制充実加算１の施設基準

ア　当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、「注~~５~~６」に掲げる看護補助体制加算のそれぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。

９　地域包括医療病棟入院料の「注 11」に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準

（１）　通則

イ　アの要件のうち（ロ）におけるリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療等に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、２日以上かつ 12 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。また、これらの内容に加え、高齢者の救急患者等に対してリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担う観点から、維持期のリハビリテーションや医療介護連携に係る内容を含んでもよい。

第 11　回復期リハビリテーション病棟入院料

2　回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２の施設基準

（４）　当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２を算定する場合、重症の患者（別添~~７~~６の別紙 21 に定める日常生活機能評価で 10 点以上又はＦＩＭ得点で 21 点以上 55 点以下の患者（ＦＩＭの測定によることが望ましい。）、高次脳機能障害と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）又は脊髄損傷と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち３割５分以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア　直近６か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数

イ　直近６か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）

第 12　地域包括ケア病棟入院料

1　地域包括ケア病棟入院料の施設基準

(10)　次のいずれかの基準を満たしていること。なお、一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあっては、ア、イ又はオのいずれか及びウ又はエの基準を満たしていること。ただし、許可病床数が 200 床未満の保険医療機関の一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあっては、ウ又はエについては、当該保険医療機関内に救急外来を有していること又は24時間の救急患者を受け入れていることにより当該基準を満たすものとみなすものであること。

第 16　精神科急性期治療病棟入院料

3　届出に関する事項

（２）　「注４」に規定する精神病棟看護・多職種協働加算に係る届出は、別添７の様式９~~及び様式 20~~を用いること。なお、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添７の様式９を用いる場合は、１部のみの届出で差し支えない。

第 20　特定一般病棟入院料

2　届出に関する事項

（~~6~~５）　令和８年３月 31 日時点で注７に係る届出を行っている保険医療機関については、令和８年９月 30 日までの間、１の(５)のケの規定に限り、なお従前の例による。

別添５

短期滞在手術等基本料の施設基準等

２　短期滞在手術等基本料の注３に関する施設基準

当該保険医療機関における、以下に定める手術（以下「対象手術」という。）の外来実施率（対象手術のうち、当該保険医療機関における実施件数が年間12件以上のものに限る。）を、対象手術毎の全病院における外来実施率に当該保険医療機関の対象手術毎の患者構成割合を乗じたものの総和で除した値（以下「外来移行指数」という。）が、1.3 以上であること。なお、当該保険医療機関の対象手術毎の患者構成割合は、当該保険医療機関における当該対象手術の実施件数（対象手術のうち、当該保険医療機関における実施件数が年間12件以上のものに限る。以下同じ。）を、当該保険医療機関において外来実施率の計算の対象とした対象手術の実施件数の総和で除して算出する。

（１）　「Ｋ０３０」四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の「７」手軟部腫瘍摘出術
（２）　「Ｋ０７０」ガングリオン摘出術の「１」手部ガングリオン摘出術
（３）　「Ｋ０９３－２」手根管開放手術（内視鏡下）
（４）　「Ｋ２０２」涙管チューブ挿入術の「１」涙道内視鏡を用いるもの
（５）　「Ｋ２１７」眼瞼内反症手術の「２」皮膚切開法
（６）　「Ｋ２１９」眼瞼下垂症手術の「１」眼瞼挙筋前転法
（~~5~~ 7）　「Ｋ２１９」眼瞼下垂症手術の「３」その他のもの
（~~6~~ 8）　「Ｋ２２４」翼状片手術（弁の移植を要するもの）
（~~7~~ 9）　「Ｋ２５４」治療的角膜切除術の「１」エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
（~~8~~10）　「Ｋ２６８」緑内障手術の「６」水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
（~~9~~11）　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「１」眼内レンズを挿入する場合の「ロ」その他のもの
（~~10~~12）　「Ｋ６１６－４」経皮的シャント拡張術・血栓除去術の「１」初回
（~~11~~13）　「Ｋ６１６－４」経皮的シャント拡張術・血栓除去術の「２」１の実施後３月以内に実施する場合
（~~12~~14）　「Ｋ６１７」下肢静脈瘤手術の「２」硬化療法（一連として）
（~~13~~15）　「Ｋ６１７－４」下肢静脈瘤血管内焼灼術
（~~14~~16）　「Ｋ６１７－６」下肢静脈瘤血管内塞栓術
（~~15~~17）　「Ｋ７２１」内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の「１」長径２センチメートル未満
（~~16~~18）　「Ｋ７４３」痔核手術（脱肛を含む。）の「２」硬化療法（四段階注射法によるもの）
（~~17~~19）　「Ｋ７４７」肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術及び肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
（~~18~~20）　「Ｋ８２３－６」尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）

別紙8の2

医療区分・ADL区分等に係る評価票（療養病棟入院基本料）

年　　月分

氏名	1男　2女　　1明　2大　3昭　4平　5令　.　　.　　生

入院元（入院した月に限り記載）
- □ 一般病棟（自院以外の急性期病院からの転院）
- □ 一般病棟（自院の急性期病棟からの転棟）
- □ 他の病棟（急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外）
- □ 介護医療院
- □ 介護老人保健施設
- □ 特別養護老人ホーム
- □ 有料老人ホーム等
- □ 自宅

退院先（退院した月に限り記載）
- □ 一般病棟（急性期病棟への転院・転棟）
- □ 他の病棟（急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外）
- □ 介護医療院
- □ 介護老人保健施設
- □ 特別養護老人ホーム
- □ 有料老人ホーム等
- □ 自宅
- □ 死亡

【留意事項】

療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分等に係る評価票　評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、患者の状態像に応じて、該当する区分に「○」を記入すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。項目3については、重複して該当している処置等に係る医療区分2のそれぞれの項目にも「○」を記入すること。また、頻度が定められていない項目については☆に「○」を記入すること。

Ⅰ　算定期間に限りがある区分

		期間		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
処置等に係る医療区分3				
1	24時間持続しての点滴	7		
2	中心静脈栄養(広汎性腹膜炎,腸閉塞,難治性嘔吐,難治性下痢,活動性の消化管出血,炎症性腸疾患,短腸症候群,消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日以内に実施するものに限る。)	30		
3	処置等に係る医療区分2のうち、(1)感染症の治療に係る処置のいずれか及び(2)創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置のいずれかの双方に該当するもの（期間に限りがある区分についてはその期間内のみ該当するものとみな	項目による		
疾患・状態に係る医療区分2		期間		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
4	消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	7		
処置等に係る医療区分2		期間		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
5	尿路感染症に対する治療	14	(1)	
6	傷病等によりリハビリテーション	30		
7	81（脱水に対する治療）、かつ、83（発熱がある状態）の場合	7	(1)	
8	82(頻回の嘔吐に対する治療)、かつ、83（発熱がある状態）の場	3	(1)	
9	せん妄に対する治療	7		
10	84（経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養）、かつ、82(頻回の嘔吐に対する治療）又は83（発熱がある状態）の場合	7	(1)	
11	頻回の血糖検査	3		

Ⅱ　算定期間に限りがない区分

疾患・状態に係る医療区分3		☆	
12	スモン	□	
13	注1を参照	□	
14	86(医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態)に該当、かつ、1～46（14を除く。）に1項目以上該当する場合		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
15	区分番号A212に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注1に規定する超重症の状態（十五歳未満の小児患者に限る。）	□	
処置等に係る医療区分3		期間	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
16	中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合）		
17	人工呼吸器の使用		
18	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄		
19	85(気管切開又は気管内挿管)、かつ、83(発熱がある状態)の場合		
20	酸素療法（密度の高い治療を要する状態に限る。）		
21	感染症の治療の必要性から隔離室での管理		
疾患・状態に係る医療区分2		☆	
22	筋ジストロフィー	□	
23	多発性硬化症	□	
24	筋萎縮性側索硬化症	□	
25	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以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態	□	
26	その他の指定難病等　（12及び22～25までを除く。）	□	
27	脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。）	□	
28	慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）	□	
29	注2を参照	□	
30	基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者	□	
31	悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
32	末期呼吸器疾患		
33	末期心不全		
34	末期腎不全		
35	他者に対する暴行が毎日認められる場合		
36	区分番号A212に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注1に規定する準超重症の状態（十五歳未満の小児患者に限る。）	□	
47	86(医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態)に該当、かつ、1～46（14を除く。）に該当しない場合		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
処置等に係る医療区分2		☆	
37	中心静脈栄養(広汎性腹膜炎,腸閉塞,難治性嘔吐,難治性下痢,活動性の消化管出血,炎症性腸疾患,短腸症候群,消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。）	(2)	
38	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法	(2)	□

			☆	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
39	肺炎に対する治療	(1)																																
40	褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2ヵ所以上に認められる場合に限る。）	(2)																																
41	末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療	(2)																																
42	うつ症状に対する治療																																	
43	１日８回以上の喀痰吸引																																	
44	気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態を除く。）	(2)																																
45	創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療	(2)																																
46	酸素療法（20を除く。）																																	
	疾患・状態に係る医療区分3（スモンを除く）の該当有無																																	
	疾患・状態に係る医療区分3（スモン）の該当有無																																	
	処置等に係る医療区分3の該当有無																																	
	疾患・状態に係る医療区分2の該当有無																																	
	処置等に係る医療区分2の該当有無																																	
	上記いずれにも該当しない場合（医療区分1）																																	
81	脱水に対する治療																																	
82	頻回の嘔吐に対する治療																																	
83	発熱がある状態																																	
84	経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養																																	
85	気管切開又は気管内挿管																																	
86	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態																																	
87	中心静脈カテーテル関連血流感染症に対しての治療																																	
91	身体的拘束を実施している																																	

Ⅲ　ADL区分評価

【留意事項】 月初め（月の途中から入院又は転棟してきた場合には、入院又は転棟時）に、必ず各項目に評価点（0～6）を記入することとし、その後ADLが変化した場合は該当日に評価点を記入すること。なお、該当日以降に各区分のADLの変化がなければ記入しなくても良い。

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
a	ベッド上の可動性																															
b	移乗																															
c	食事																															
d	トイレの使用																															
	ADL得点（合計得点0～24）																															

患者の状態像評価

【留意事項】月初め（月の途中から入院した場合には、入院時）に、必ずⅠ～Ⅲの評価結果に基づき、該当する区分に「〇」を記入することとし、その後状態等が変化し、該当しなくなった場合には「×」を記入すること。なお、該当日以降に状態等の変化がなければ記入しなくても良い。

	疾患・状態に係る医療区分の評価 ▼		処置等に係る医療区分の評価 ▼		ADL区分の評価 ▼		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点23～24																											
2	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点11～22																											
3	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点0～10																											
4	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点23～24																											
5	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点11～22																											
6	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点0～10																											
7	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点23～24																											
8	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分2	ADL得点11～22																											
9	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分1	ADL得点0～10																											
10	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点23～24																											
11	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点11～22																											
12	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点0～10																											
13	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点23～24																											
14	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点11～22																											
15	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点0～10																											
16	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点23～24																											
17	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分2	ADL得点11～22																											
18	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分1	ADL得点0～10																											
19	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点23～24																											
20	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点11～22																											
21	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点0～10																											
22	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点23～24																											
23	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点11～22																											
24	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点0～10																											
25	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点23～24																											
26	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分2	ADL得点11～22																											
27	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分1	ADL得点0～10																											
28	医療区分3	医療区分3（スモン）に該当			ADL区分3	ADL得点23～24																											
29	医療区分3	医療区分3（スモン）に該当			ADL区分2	ADL得点11～22																											
30	医療区分3	医療区分3（スモン）に該当			ADL区分1	ADL得点0～10																											

※　当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。

注1
　ア　平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(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、難病患者等であって別表第五の二若しくは別表第五の三の患者
　イ　~~「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる~~神経難病等（脊髄損傷、筋ジストロフィー症、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、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及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））、ハンチントン病、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（クロイツフェルト・ヤコブ病、ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病、致死性家族性不眠症）、亜急性硬化性全脳炎、脳性麻痺）の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者~~（仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。）~~

注2
　ア　平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(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、難病患者等であって別表第五の二又は別表第五の三の患者以外の患者
　イ　~~「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる~~神経難病等（脊髄損傷、筋ジストロフィー症、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、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及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））、ハンチントン病、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（クロイツフェルト・ヤコブ病、ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病、致死性家族性不眠症）、亜急性硬化性全脳炎、脳性麻痺）の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する療養病棟に入院している患者~~（仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。）~~（別表第五の二の患者は除く。）
　ウ　平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児（者）等、重度の障害者（脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、

褥瘡の状態の評価

【留意事項】 ADL区分3の状態の患者において、褥瘡対策加算を算定する日は、別紙様式46「褥瘡対策に関する評価」を用いて評価した当該日のDESIGN-R2020の合計点（深さの点数は加えない）を必ず記入すること。なお、ADL区分3以外の状態の日又は褥瘡対策加算を算定しない日は記入しなくても良い。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
DESIGN－Rの合計点（深さの点数は加えない）																															

別紙8の3

医療区分・ADL区分等に係る評価票（有床診療所療養病床入院基本料）

年　　月分

氏名	1男　2女　　1明　2大　3昭　4平　5令　.　　.　　生

入院元（入院した月に限り記載）
- □ 一般病棟（自院以外の急性期病院からの転院）
- □ 一般病棟（自院の急性期病棟からの転棟）
- □ 他の病棟（急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外）
- □ 介護医療院
- □ 介護老人保健施設
- □ 特別養護老人ホーム
- □ 有料老人ホーム等
- □ 自宅

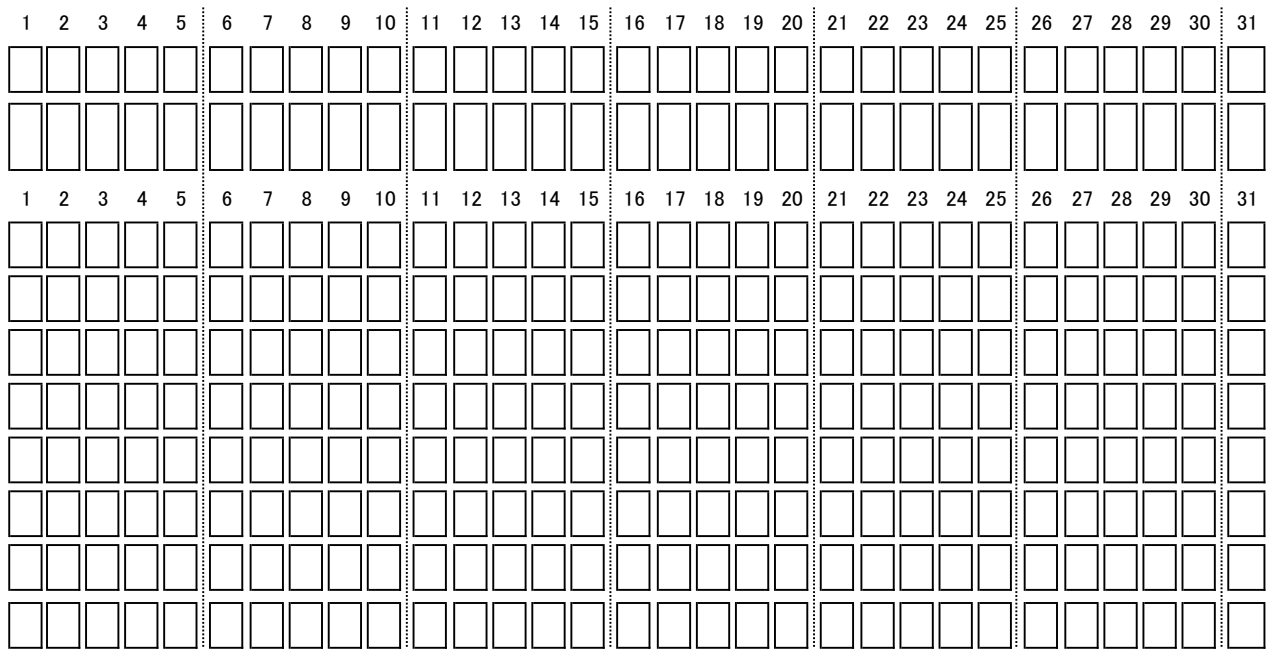
退院先（退院した月に限り記載）
- □ 一般病棟（急性期病棟への転院・転棟）
- □ 他の病棟（急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外）
- □ 介護医療院
- □ 介護老人保健施設
- □ 特別養護老人ホーム
- □ 有料老人ホーム等
- □ 自宅
- □ 死亡

【留意事項】
療養病床に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分等に係る評価票　評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、患者の状態像に応じて、該当する区分に「○」を記入すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。項目3については、重複して該当している処置等に係る医療区分2のそれぞれの項目にも「○」を記入すること。 また、頻度が定められていない項目については☆に「○」を記入すること。

Ⅰ　算定期間に限りがある区分

医療区分3		期間	
1	24時間持続しての点滴	7	
3	処置等に係る医療区分2のうち、(1)感染症の治療に係る処置のいずれか及び(2)創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置のいずれかの双方に該当するもの（期間に限りがある区分についてはその期間内のみ該当するものとみなす）	項目による	

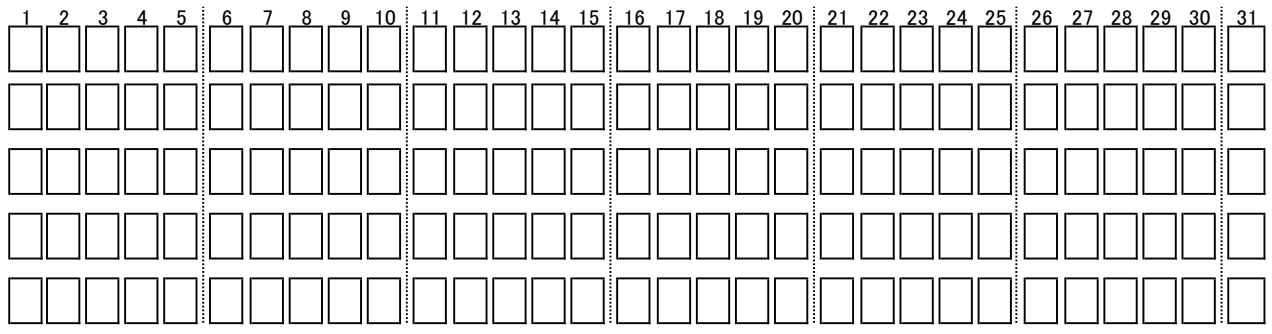
医療区分2		期間	
4	消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	7	
5	尿路感染症に対する治療	14	(1)
6	傷病等によりリハビリテーション	30	
7	81(脱水に対する治療)、かつ、83(発熱がある状態)の場合	7	(1)
8	82(頻回の嘔吐に対する治療)、かつ、83(発熱がある状態)の場	3	(1)
9	せん妄に対する治療	7	
10	84(経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養)、かつ、82(頻回の嘔吐に対する治療)又は83(発熱がある状態)の場合	7	(1)
11	頻回の血糖検査	3	



Ⅱ　算定期間に限りがない区分

医療区分3		☆
12	スモン	
13	注1を参照	
14	86(医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態)に該当、かつ、1～46(14を除く。)に1項目以上該当する場合	
15	区分番号A212に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注1に規定する超重症の状態（十五歳未満の小児患者に限る。）	
16	中心静脈栄養	
17	人工呼吸器の使用	
18	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄	
19	85(気管切開又は気管内挿管)、かつ、83(発熱がある状態)の場合	
20	酸素療法（密度の高い治療を要する状態に限る。）	
21	感染症の治療の必要性から隔離室での管理	

医療区分2		☆
22	筋ジストロフィー	
23	多発性硬化症	
24	筋萎縮性側索硬化症	
25	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以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））	
26	その他の指定難病等　（12及び22～25までを除く。）	
27	脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。）	
28	慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）	
29	注2を参照	
30	基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者	
31	悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）	
32	末期呼吸器疾患	
33	末期心不全	
34	末期腎不全	
35	他者に対する暴行が毎日認められる場合	
36	区分番号A212に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注1に規定する準超重症の状態（十五歳未満の小児患者に限る。）	



			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
38	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法	(2)																															
39	肺炎に対する治療	(1)																															
40	褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2ヵ所以上に認められる場合に限る。）	(2)																															
41	末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療	(2)																															
42	うつ症状に対する治療																																
43	１日８回以上の喀痰吸引																																
44	気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態を除く。）	(2)																															
45	創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療	(2)																															
46	酸素療法（20を除く。）																																
47	86(医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態)に該当、かつ、1～46（14を除く。）に該当しない場合																																

	☆	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
医療区分3の該当有無																																
医療区分2の該当有無																																
医療区分3・2いずれも0（医療区分1）																																

81	脱水に対する治療																															
82	頻回の嘔吐に対する治療																															
83	発熱がある状態																															
84	経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養																															
85	気管切開又は気管内挿管																															
86	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態																															
87	中心静脈カテーテル関連血流感染症に対しての治療																															
91	身体的拘束を実施している																															

Ⅲ　ADL区分評価

【留意事項】

月初め（月の途中から入院又は転棟してきた場合には、入院又は転棟時）に、必ず各項目に評価点（0～6）を記入することとし、その後ADLが変化した場合は該当日に評価点を記入すること。なお、該当日以降に各区分のADLの変化がなければ記入しなくても良い。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
a　ベッド上の可動性																															
b　移乗																															
c　食事																															
d　トイレの使用																															
ADL得点（合計得点0～24）																															

患者の状態像評価

【留意事項】

月初め（月の途中から入院した場合には、入院時）に、必ずⅠ～Ⅲの評価結果に基づき、該当する区分に「〇」を記入することとし、その後状態等が変化し、該当しなくなった場合には「×」を記入すること。なお、該当日以降に状態等の変化がなければ記入しなくても良い。

医療区分の評価		ADL区分の評価			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3～1	ADL得点0～24																													
B	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3～2	ADL得点11～24																													
C			ADL区分1	ADL得点0～10																													
D	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点23～24																													
E			ADL区分2～1	ADL得点0～22																													

※　当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。ただし、該当する疾患又は状態等について全て記入することが困難である場合にあっては、主となる疾患又は状態等の記入でも差し支えないこと。

注1

ア　平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(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、難病患者等であって別表第五の二若しくは別表第五の三の患者

イ ~~「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる~~神経難病等（脊髄損傷、筋ジストロフィー症、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、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及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））、ハンチントン病、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（クロイツフェルト・ヤコブ病、ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病、致死性家族性不眠症）、亜急性硬化性全脳炎、脳性麻痺）の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者~~（仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。）~~

ウ　平成20年3月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、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、難病患者等

注2

ア　平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(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、難病患者等であって別表第五の二又は別表第五の三の患者以外の患者

イ ~~「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる~~神経難病等（脊髄損傷、筋ジストロフィー症、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、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及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））、ハンチントン病、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（クロイツフェルト・ヤコブ病、ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病、致死性家族性不眠症）、亜急性硬化性全脳炎、脳性麻痺）の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する療養病棟に入院している患者~~（仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。）~~（別表第五の二の患者は除く。）

ウ　平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児（者）等、重度の障害者（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を除く。）（別表第五の二の患者は除く。）

褥瘡の状態の評価

【留意事項】

ADL区分3の状態の患者において、褥瘡対策加算を算定する日は、別紙様式46「褥瘡対策に関する評価」を用いて評価した当該日のDESIGN-R2020の合計点（深さの点数は加えない）を必ず記入すること。なお、ADL区分3以外の状態の日又は褥瘡対策加算を算定しない日は記入しなくても良い。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
DESIGNーRの合計点（深さの点数は加えない）																															

全日本病院協会　医療行政情報
https://www.ajha.or.jp/topics/admininfo/

別紙２の３

入　院　診　療　計　画　書

（患者氏名）　　殿

年　月　日

病　棟（病　室）	
主治医以外の担当者名	
選任された 退院後生活環境相談員の氏名	
病　名 （他に考え得る病名）	
症　状	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有　・　無　　（どちらかに○）
その他 ・看護計画 ・リハビリテーション等の計画	
退院に向けた取組	
総合的な機能評価　◇	

注１）　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
注２）　入院期間については、現時点で予想されるものである。
注~~4~~3）　◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。
注~~5~~4）　特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

（主治医氏名）

様式４の３

初診料（歯科）の注 16 及び再診料（歯科）の注 ~~12~~13 に掲げる情報通信機器を用いた歯科診療の施設基準に係る届出書添付書類

１　診療体制等

要件	該当
（１）　「歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「歯科オンライン指針」という。）に沿って診療を行う体制を有していること。	□
（２）　対面診療を行う体制を有していること。	□

２　患者急変時等において、対面診療が困難な場合に連携する保険医療機関

① 名称	
② 所在地	
③ 担当歯科医師名	

３　歯科医師の配置状況

配置歯科医師の氏名	経験等		研修修了番号/受講番号等	研修修了年月日
	□	情報通信機器を用いた歯科診療を実施する歯科医師が、歯科オンライン指針に定める「厚生労働省が定める研修」を修了している		

［記載上の注意］

１　□には適合する場合「✓」を記入すること。

２　「３」については、研修修了証を添付すること。ただし、当該研修の修了番号（受講番号等でも可。）及び研修修了年月日を記載する場合は添付を省略して差し支えない。その場合は、研修の修了を確認できる文書を保険医療機関内に保管すること。

様式10の２

急性期病院Ａ一般入院料
急性期一般入院料１
７対１入院基本料
看護・多職種協働加算 における常勤の医師の員数に係る届出書添付書類

届出する入院基本料等を選択した上で、①及び②並びに（Ａ）から（Ｄ）までに係る事項について記載すること。

届出入院料又は加算（いずれか１つを選択し○で囲むこと。） １：一般病棟入院基本料 （急性期病院Ａ一般入院料又は急性期一般入院料１） ２：専門病院入院基本料（７対１入院基本料） ３：看護・多職種協働加算 ４：結核病棟入院基本料（７対１入院基本料）			１・２・３・４
①　当該病院における全体の常勤の医師数			名
②　届出を行う入院料又は加算を算定する病床以外の病床に係る医師数			
計算に必要な患者数	ア　一般病床（感染症病床も含む。）に入院する患者数		名
	イ　急性期病院Ａ一般入院料、急性期一般入院料１、７対１入院基本料及び看護・多職種協働加算を算定する病棟に入院する患者数 （結核病棟入院基本料の場合は記載不要）		名
	ウ　結核病床に入院する患者数 （結核病棟入院基本料の場合は記載不要）		名
	エ　療養病床に入院する患者数		名
	オ　精神病床に入院する患者数		名
②の計算結果	(1)　一般病棟又は専門病院入院基本料の場合の② ｛（アーイ）／16 ＋ ウ／16 ＋ エ／48 ＋ オ／48｝		名
	(2)　結核病棟入院基本料の場合の②の計算方法 （ア／16 ＋ エ／48 ＋ オ／48）		名

常勤の医師の員数に係る事項

（Ａ）病棟数		病棟
（Ｂ）病床数		床
（Ｃ）１日平均入院患者数 ~~※１~~		人
（Ｃ）×（10／100）（医師の員数の最小必要数）		人
（Ｄ）医師数（実際の配置数）　①ー②		名
（Ｃ）の算出に係る期間 （和暦で記載すること）	始期	年　月　日
	終期	年　月　日

様式13の３の２

包括期充実体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

許可病床数（200床未満　※１）	床
加算を算定する病棟が届け出ている入院料 （該当する全ての□に✓を入れること）	□　A304　地域包括医療病棟入院料 □　A308-3　地域包括ケア病棟入院料
急性期病院一般入院基本料又は急性期一般入院基本料の届出 （いずれか１つを〇で囲むこと。）	無　・　有
救急医療の体制（※２）の有無 （いずれか１つを〇で囲むこと。）	有　・　無　・ 療養病床かつ一般病棟入院基本料を算定する病棟がない
自院で受入可能な疾患や病態についての地域のメディカルコントロール協議会等における協議状況 （いずれか１つを〇で囲むこと。） １：協議している／協議済み ２：協議していない	１　・　２
入退院支援加算１の届出	有　・　無
協力医療機関に係る施設の届出等 （該当する全ての□に✓を入れること。）	□　１：在宅療養支援病院 □　２：在宅療養後方支援病院 □　３：地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を有する □　４：上記のいずれにも該当しない

上の設問で１～３のいずれかに✓を入れた場合、本欄も記入すること。

協力対象施設入所者入院加算の届出 （いずれか１つを〇で囲むこと）	有　・　無
協力医療機関となっている介護保険施設等 （※３）の数（３以上）	施設
（施設数が２以下の場合は回答すること。） 半径10km以内に、協力医療機関を定めていない介護保険施設等が存在しない。	該当する　・　該当しない

後方支援に係る実績（加算を届け出ている病棟全体の合計を記入すること）

直近３か月間における自宅等からの緊急入院の受入（15人以上）（※２が「有」以外の場合は30人以上）	人
直近３か月間の入院患者に占める救急搬送又は救急患者連携搬送料を算定後に入院した患者の割合（８％以上）	%

直近３か月間に自宅等から入院したものの割合 （※２が「有」以外の場合のみ記入すること。６割以上）	%
以下の①又は②のいずれかを満たすこと。	
実績の対象とした期間 （いずれか１つを〇で囲むこと）	３か月間（届出開始時）・１年間
①直近１年間の入院患者に占める在宅患者緊急入院診療加算１～３の算定回数の合計（12件以上※４）	回
②直近１年間の入院患者に占める協力対象施設入所者入院加算１・２の算定回数の合計（４件以上※５）	回
直近３か月間における退院支援の状況	
①退院時共同指導料２の算定回数	回
②介護支援等連携指導料２の算定回数	回
③　①＋②の回数（３回以上）	回

※１　「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満であること。

※２　医療法第30条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。

※３　介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホームをいう。

※４　届出時は４件以上／３か月間でも差し支えない。

※５　届出時は１件以上／３か月間でも差し支えない。

様式39 の3

（精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
精神科救急搬送患者地域連携受入加算）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

1　紹介元医療機関

1　紹介元医療機関について ・保険医療機関の名称　　・連絡先 ・開設者名　　・担当医師名
2　以下のうち届出を行っている項目を〇で囲むこと。 ・急性期病院精神病棟入院基本料 ・精神科救急急性期医療入院料 ・精神科急性期治療病棟入院料 ・精神科救急・合併症入院料

2　受入医療機関

1　受入医療機関について ・保険医療機関の名称　　・連絡先 ・開設者名　　・担当医師名
2　以下のうち届出を行っている項目を〇で囲むこと。 ・精神病棟入院料 ・児童・思春期精神科入院医療管理料 ・精神療養病棟入院料 ・認知症治療病棟入院料 ~~・精神科地域包括ケア病棟入院料~~

3　連携保険医療機関

医療機関名	開設者名	所在地

［記載上の注意］

1　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「1」及び「3」、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「2」及び「3」を記載すること。

2　「3」については精神科救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。

様式 40 の 13

精神科急性期医師配置加算に係る届出書添付書類

精神科急性期医師配置加算を算定する病棟数の合計 （　　） 病棟	うち、 精神科救急急性期医療入院料算定病棟（　）病棟 精神病棟入院基本料算定病棟　（　）病棟 特定機能病院入院基本料算定病棟　（　）病棟 精神科急性期治療病棟入院料1算定病棟 （　）病棟

病棟名 病棟種別　病床数	1日平均入院患者数※	医師氏名 （精神保健指定医番号）	勤務時間
病棟種別: 病床数:　　床			
病棟名 病棟種別　病床数	1日平均入院患者数※	医師氏名 （精神保健指定医番号）	勤務時間
病棟種別: 病床数:　　床			
病棟名 病棟種別　病床数	1日平均入院患者数※	医師氏名 （精神保健指定医番号）	勤務時間
病棟種別: 病床数:　　床			

（精神保健指定医でない場合は精神保健指定医番号の記入は不要である。）

※ 算出に係る期間を記入（　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日）

１　実績に係る要件

（外来診療数、入院件数、入院患者数、クロザピン新規導入件数は直近１年間の数値を記載すること）

（１）当該保険医療機関における精神疾患に係る実績

（以下の①～⑭に数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。）

（当該加算１、２のロ、３では、以下のいずれも満たすこと）

時間外、休日又は深夜における年間の外来診療（電話等再診を除く）の件数	
①　　（　　）　　件	□　①（≧20 件）
時間外、休日又は深夜における年間の入院件数	
②　　（　　）　　件	□　②（≧８件）

（２）当該保険医療機関におけるクロザピンに係る実績

（加算１又は３を届け出る場合に記載すること。）

クロザピンに係る実績		加算１	加算３
~~①~~③過去５年間のクロザピン新規導入件数	件	□~~①~~③≧15 件 又は ~~②~~④≧３件	□~~①~~③≧10 件 又は ~~②~~④≧２件
~~②~~④年間のクロザピン新規導入件数	件		
~~③~~⑤入院又は外来においてクロザピンを使用する実患者数	件	□~~③~~⑤≧６	□~~③~~⑤≧４

（２）当該病棟における実績、届け出る当該加算の種別

（該当する場合又は括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。）

((a)は当該加算すべてにおいて満たすこと。(b)は当該加算１において満たすこと。）

病棟名：		
当該加算種別：□　１　□　２のイ　□　２のロ　□　３		
常勤の医師数	常勤の精神保健指定医数	１日平均の入院患者数
~~③~~⑥　（　　）　名	~~④~~⑦　（　　）　名	~~⑤~~⑧　（　　）　名
(a) □　~~③~~⑥÷~~⑤~~⑧（≧0.0625）	(b) □　~~④~~⑦（≧２）	

病棟名：		
当該加算種別：□　１　□　２のイ　□　２のロ　□　３		
常勤の医師数	常勤の精神保健指定医数	１日平均の入院患者数
~~⑥~~⑨　（　　）　名	~~⑦~~⑩　（　　）　名	~~⑧~~⑪　（　　）　名
(a) □　~~⑥~~⑨÷~~⑧~~⑪（≧0.0625）	(b) □　~~⑦~~⑩（≧２）	

病棟名：		
当該加算種別：□　１　□　２のイ　□　２のロ　□　３		
常勤の医師数	常勤の精神保健指定医数	１日平均の入院患者数
~~⑨~~⑫　（　　）　名	~~⑩~~⑬　（　　）　名	~~⑪~~⑭　（　　）　名
(a) □　~~⑨~~⑫÷~~⑪~~⑭（≧0.0625）	(b) □　~~⑩~~⑬（≧２）	

２　精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料の算定病棟について届け出る場合

標榜している診療科	１ 内科　２ 外科　３ 耳鼻科　４ 眼科　５ 整形外科　６ 精神科	
許可病床数	医療機関全体の許可病床数（①）	（　　）　床
	うち、精神病床の許可病床数（②）	（　　）　床
	②÷①×100	（　　）　%
精神病棟の数	（　　）　病棟	
24 時間の救急医療体制	１　第２次救急医療機関　２　救命救急センター ３　高度救命救急センター　４　総合周産期母子医療センター ５　その他（　　）	
精神科リエゾンチーム加算	届出　（　有　・　無　）	

当該病棟における直近３ヶ月間の入院患者の数（③）	（　　）人
うち、入院時に精神科身体合併症管理加算を算定した患者の数（④）	（　　）人
④÷③×100	（　　）%
身体疾患等と精神症状を併せ持つ救急搬送患者のうち、 到着後 12 時間以内に当該保険医療機関の精神科医が診察した患者数 （直近３か月間におけるひと月あたりの平均患者数）	（　　）人

［記載上の注意］
１．精神科急性期医師配置加算を算定する場合、算定する病棟数を記入すること。
２．１日平均入院患者数については、算出に係る期間を※に記入すること。
３．配置される医師数は、（１日平均入院患者数÷16）を超える人員数であること。
４．勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式42の７

重症患者対応体制強化加算に係る届出書添付書類

１　届出を行う区分 （該当するもの１つに○をすること。）	１：救命救急入院料「注11」 ２：特定集中治療室管理料「注６」		
２　人員の配置状況			
	集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師		
		氏名	
		経験年数又は勤務年数	年
	救命救急入院料１又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において５年以上の勤務経験を有する専従の常勤臨床工学技士		
		氏名	
		経験年数又は勤務年数	年
	集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する研修を受講する看護師		
		看護師１	
		氏名	
		経験年数 又は勤務年数	年
		研修の受講状況	１：受講済み ２：受講予定
		（受講予定の場合） 受講開始予定年月日	年　月　日
		（受講予定の場合） 受講終了予定年月日	年　月　日
		看護師２	
		氏名	
		経験年数 又は勤務年数	年
		研修の受講状況	１：受講済み ２：受講予定
		（受講予定の場合） 受講開始予定年月日	年　月　日
		（受講予定の場合） 受講終了予定年月日	年　月　日
３　重症患者への看護実践のための院内研修の実施状況			
	研修の実施回数		回／年
４　要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師（該当する看護師の氏名を２名以上記載すること。）			
	氏名１		
	氏名２		
	氏名３		
	氏名４		

５　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者割合		
	患者割合	%
６　届出等に係る事項		
	□　感染対策向上加算１に係る届出	
	該当するものを選択すること。	１：特定機能病院である ２：急性期総合体制加算に係る届出を行っている

［記載上の注意］
　人員の配置状況については、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。受講予定者を届け出た場合は、研修受講を開始した際に改めて届出を行うこと。

（別添３）

特掲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
（令和８年３月５日保医発 0305 第８号）

第２　届出に関する手続き

４　届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(12)　調剤基本料の施設基準

ア　処方箋受付回数等

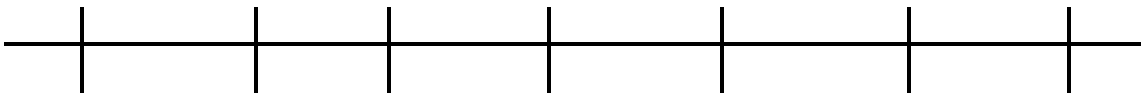
新規届出の場合

例：令和８年８月１日に新規指定された薬局（(ロ)の場合）

・①から④までは調剤基本料１に該当するものとして取り扱う（ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして第 88 の４の２（２）に該当する場合は、特別調剤基本料Ａとする。特別調剤基本料Ａの施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関と不動産の取引等その他特別な関係を有している等の施設基準に該当する場合は調剤基本料３のイ又はロとする。上記の場合を除き、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が１月に 40 万回を超えるグループに属する場合は調剤基本料３のハとする。）。

・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月（④の翌日）から⑥まで適用する。

・令和９年６月１日（⑥の翌日）から令和 10 年５月末日（⑦）までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



①~~6~~ 8年８月１日　②９月１日　③11 月末日　④12 月末日　⑤~~7~~ 9年４月末日　⑥５月末日　⑦~~8~~ 10 年５月末日

６　届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付すこと。

（中略）

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注 13（在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注６の規定により準用する場合を含む。）、在宅がん医療総合診療料の注８及び歯科訪問診療料の注 21 に規定する~~在宅医療情報活用加算~~在宅医療ＤＸ情報活用加算　（在宅ＤＸ）第　　号

（中略）

在宅時医学総合管理料の注14（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準　（在医総管２）第　　号

（中略）

在宅時医学総合管理料の注16（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準　（在医総管３）第　　号

第４　経過措置等

表１　新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

（中略）

・　口腔機能実地指導料

・　在宅時医学総合管理料の注 16（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準

・　歯科訪問診療料の注７に規定する基準

（中略）

~~・　医科連携体制加算~~

表２　施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要なもの）

（中略）

~~・　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料~~

別添１

特掲診療料の施設基準等

第６の５　救急外来医学管理料

４　救急外来医学管理料の注５に掲げる救急時医療情報取得加算に関する施設基準

（１）　電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制として、以下のアからウまでの全てを満たしていること。

ア　院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていること~~。~~

イ　院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていること

ウ　電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること

６　届出に関する事項

（５）　当該保険医療機関が所属する二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在していた病院は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、１（３）及び２（２）に係る基準について、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在する病院であるものとみなす。

第７の３　心不全再入院予防継続管理料

３　届出に関する事項

（２）　新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して１年以内に１の（６）及び（７）の~~による~~研修会を開催することが決まっている場合にあっては、１の（６）及び（７）の要件を満たしているものとする。なお、当該届出時に研修会等の開催予定日がわかる書類を添付すること。

第９　在宅療養支援診療所

２　往診料の加算等の適用

（３）　往診料の加算等に規定する在宅医療充実体制加算の施設基準

エ　過去１年間において、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ診療月数に占める、在宅時医学総合管理料若しくは施設入居時等医学総合管理料の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」又は~~に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合」、~~在宅がん医療総合診療料、ターミナルケア加算、看取り加算~~又は~~若しくは死亡診断加算を算定する患者の延べ診療月数の割合が２割以上であること。ただし、ターミナルケア加算、看取り加算又は死亡診断加算を算定する患者については、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する患者に限る。なお、適切なケアを行う重度の認知症患者（認知症自立度Ⅳ又はMに該当する患者であって、介護者への助言や療養方針に関する本人や介護者との意思決定支援を継続的に行うとともに、直近３か月以内に関係機関との間でこれらの情報を共有し連絡調整を行った患者をいう。以下同じ。）の延べ診療月数の割合が８分以上であり、適切なケアを行う

重度の認知症患者であって在宅時医学総合管理料を算定する患者の延べ診療月数の割合が４分以上である場合には、重症患者割合は１割５分以上であること。

オ　訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数１人当たりの、当該保険医療機関において訪問診療を実施する患者の実人数は、100 人以下であること。ただし、以下のいずれかに該当する患者については、それぞれ 70 人を上限として、１人を 0.5 人とみなして計算することができる。

①　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単一建物診療患者が２人以上の場合の点数を算定する患者

②　月１回訪問診療を行っている患者

なお、訪問診療を担当する時間とは、訪問診療を実施することを予定していた時間とし、外来診療を行う時間や臨時の往診に向かう時間を含めないこと。

第 13 の２の２　小児口腔機能管理料の注７、~~並びに~~口腔機能管理料の注７及び~~に~~歯科特定疾患療養管理料の注５に規定する施設基準

１　小児口腔機能管理料の注７、~~並びに~~口腔機能管理料の注７及び~~に~~歯科特定疾患療養管理料の注５に規定する施設基準

基本診療料施設基準通知別添１の第４の３に掲げる歯科点数表の初診料の注 16 及び再診料の注 13 に規定する施設基準の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

歯科点数表の初診料の注 17 及び再診料の注 13 に規定する施設基準の届出を行っていればよく、小児口腔機能管理料の注７、~~並びに~~口腔機能管理料の注７及び~~に~~歯科特定疾患療養管理料の注５に規定する情報通信機器を用いた歯科診療として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 14 の１の３　歯科訪問診療料の注７に規定する施設基準

１　歯科訪問診療料の注７に規定する施設基準

（１）　次のいずれかに該当すること。

ア　過去１年間に歯科訪問診療料１又は歯科訪問診療料２の算定実績が 12 回以上あること。

イ　過去１年間に患家で療養している患者又は入院患者に対する歯科訪問診療の実績が６回以上あること。

第 15　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

４　在宅時医学総合管理料の注 16（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準

以下のいずれかに該当すること。

（２）　直近３か月に在宅患者訪問診療料を月２回以上算定する患者の延べ診療月数が 30 月以上であり、次のアをイで除した値が２割以上であること。

ア　直近３か月の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「別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合」の算定回数、在

宅患者訪問診療料を月２回以上算定し、包括的支援加算を算定する患者の延べ訪問診療月数及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数の和

イ　直近３か月の在宅患者訪問診療料を月２回以上算定する患者及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数の和（ただし、当該保険医療機関において、４か月前から１年前までの間に３月以上連続して訪問診療を行った後、当該保険医療機関の外来を直近３か月のうちの１月以上を含む連続した３月受診した患者数がいる場合は、当該患者数に３月を乗じた月数を差し引くことができる。）

５　届出に関する事項

（２）　「３」については、在宅時医学総合管理料の注 14（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準の該当可否について毎年２月、５月、８月及び 11 月に確認し、変更がある場合（当該届出を初めて行う場合にあっては、該当しない場合）は別添２の様式 19 及び様式 19 の２を用いて同月中に速やかに地方厚生（支）局長に届出を行うこと。

（３）　「４」については、在宅時医学総合管理料の注 16（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準の該当可否について毎年２月、５月、８月及び 11 月に確認し、変更がある場合（当該届出を初めて行う場合にあっては、該当しない場合）は別添２の様式 19 を用いて同月中に速やかに地方厚生（支）局長に届出を行うこと。また、令和８年８月においては、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を届け出る全ての医療機関において、注 16（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準の該当可否について確認し、該当する場合についても、確認の結果を別添２の様式 19 を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。

第 16 の４の３　在宅自己腹膜灌流指導管理料

２　届出に関する事項

在宅自己腹膜灌流指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 20 の１の４及び様式 52 を用いること。

第 16 の７　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

３　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注~~３~~４に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

４　届出に関する事項

（１）　持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算の施設基準に係る届出は別添２の様式 20 の 12 を用いること。

第 16 の７の２　在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

２　届出に関する事項

在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、在宅振戦等刺激装置治療管理料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 47 の 7　通院・在宅精神療法

6　通院・在宅精神療法の注 13 に関する施設基準

以下のいずれかを満たすこと

（1）　以下のいずれかを満たす保険医療機関において実施されていること。

ア　「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する以下のいずれかの医療機関において、行われていること。

（イ）　身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関

（ロ）　精神科救急医療確保事業において常時対応型施設又は病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関

イ　精神病床を有する特定機能病院

ウ　急性期病院精神病棟入院基本料を届け出ている病院

エ　急性期病院Ａ一般入院料又は急性期病院Ｂ一般入院料を届け出ている病院であって、かつ精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ている病院

第 48　認知療法・認知行動療法

3　認知療法・認知行動療法３に関する施設基準

（2）　当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の常勤公認心理師が１名以上勤務していること。

イ　うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害~~又は~~、神経性過食症又は不眠症の患者に対して、当該公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る面接を過去に５症例 60 回以上実施していること。

第 78 の３の１の２　子宮悪性腫瘍手術（子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算１又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算２を算定する場合に限る。）

1　子宮悪性腫瘍手術（子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算１又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算２を算定する場合に限る。）に関する施設基準

（2）　当該保険医療機関が産婦人科又は婦人科を標榜しているとともに、放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が~~２名以上~~それぞれ配置されていること。

第 79 の 7　外科医療確保特別加算

1　外科医療確保特別加算の施設基準

（6）　臨床研修~~終了~~修了後の医師を対象として、対象手術に係る診療科における医師法第 16 条の 10 に規定する計画に定められた研修体制が整備されていること。

第 88 の３　調剤基本料３

2　調剤基本料３の施設基準に関する留意点

（3）　「特定の保険医療機関と不動産の取引等その他特別な関係を有している保険薬局」における「不動産」とは、土地又は建物を指すものとし、保険医療機関~~及び~~又は保険薬局の事業の用に供されるものに限るものである。

第 92　地域支援・医薬品供給対応体制加算

~~3~~ 7　届出に関する事項

第 97 の２　服薬管理指導料の注１に規定する保険薬局

３　届出に関する事項

（２）　令和８年５月 31 日において、現に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に係る届出を行っていた保険薬局については、令和８年 11 月 30 日までの間に限り、２の（２）に掲げる要件を満たすものとみなす。

第 102　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

１　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算に関する施設基準

（１）　麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

（２）　医薬品医療機器等法第 39 条第１項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

第 105　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

３　届出に関する事項

（５）　法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、~~場合には、~~別添２の様式 100 の別添１の代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 106 の２　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

３　届出に関する事項

（５）　法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、~~場合には、~~別添２の様式 100 の別添１の代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 109　調剤ベースアップ評価料

２　届出に関する事項

（５）　法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険~~医療機関~~薬局を集約して作成する場合には、別添２の様式 104 の別添１の代わりに、別添２の様式 104 の別添２を用いることとする。

（参考）

※　本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

1　「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。

2　「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。

3　「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。

4　届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
１の１の２	遠隔電子処方箋活用加算	□	□　年　月	□	1の4
1の2	ウイルス疾患指導料	□	□　年　月	□	1,4
1の6	外来栄養食事指導料（注２）	□	□　年　月	□	1の2
1の6	外来栄養食事指導料（注３）	□	□　年　月	□	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算（ペースメーカー指導管理料）	□	□　年　月	□	1の3
3	喘息治療管理料	□	□　年　月	□	3
4	糖尿病合併症管理料	□	□　年　月	□	別添２の２
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	□	□　年　月	□	別添２の２,5
4の3	がん患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	□	□　年　月	□	5の4
4の5	移植後患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	□	□　年　月	□	5の6,5の8
4の7	小児運動器疾患指導管理料	□	□　年　月	□	5の8の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料１	□	□　年　月	□	別添２の２
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料２	□	□　年　月	□	別添２の２
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	□	□　年　月	□	5の10
4の10	腎代替療法指導管理料	□	□　年　月	□	2の2
4の11	一般不妊治療管理料	□	□　年　月	□	5の11
4の12	生殖補助医療管理料１	□	□　年　月	□	5の12
4の12	生殖補助医療管理料２	□	□　年　月	□	5の12
4の13	二次性骨折予防継続管理料１	□	□　年　月	□	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料２	□	□　年　月	□	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料３	□	□　年　月	□	5の13
4の15	下肢創傷処置管理料	□	□　年　月	□	5の14
4の16	慢性腎臓病透析予防指導管理料	□	□　年　月	□	13の9
6	地域連携小児夜間・休日診療料１	□	□　年　月	□	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料２	□	□　年　月	□	7
6、6の3、6の5	院内トリアージ実施体制加算	□	□　年　月	□	7の1の2
6の3	地域連携夜間・休日診療料	□	□　年　月	□	7の2
6の5	救急外来医学管理料	□	□　年　月	□	7の3
6の5	救急時医療情報取得加算	□	□　年　月	□	1の4
6の7	外来放射線照射診療料	□	□　年　月	□	7の6
6の8	外来データ提出加算	□	□　年　月	□	7の10,7の11,7の12
6の8の3	小児かかりつけ診療料１	□	□　年　月	□	7の8
6の8の3	小児かかりつけ診療料２	□	□　年　月	□	7の8
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料１	□	□　年　月	□	39

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料２	□	□　年　月	□	39
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料３	□	□　年　月	□	39
6の8の4	連携充実加算(外来腫瘍化学療法診療料)	□	□　年　月	□	39の2
6の8の4	がん薬物療法体制充実加算(外来腫瘍化学療法診療料)	□	□　年　月	□	39の3
6の9	充実管理加算	□	□　年　月	□	7の10, 7の11, 7の12
7	ニコチン依存症管理料	□	□　年　月	□	4, 8
7の2	相談支援加算（療養・就労両立支援指導料）	□	□　年　月	□	8の3
7の3	心不全再入院予防継続管理料	□	□　年　月	□	8の5
7の4	遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準	□	□　年　月	□	23
7の4	遺伝性疾患療養指導管理料の注５に規定する施設基準	□	□　年　月	□	23の4
8	開放型病院共同指導料	□	□　年　月	□	9, 10
9	在宅療養支援診療所	□	□　年　月	□	11, 11の3, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	13
11の2	がん治療連携計画策定料	□	□　年　月	□	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	□	□　年　月	□	13の2
11の3の3	外来排尿自立指導料	□	□　年　月	□	13の4
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料１	□	□　年　月	□	別添２の２
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料２	□	□　年　月	□	別添２の２
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	□	□　年　月	□	13の6
11の7	こころの連携指導料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	13の7
11の8	こころの連携指導料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	13の8
11の9	プログラム医療機器等指導管理料	□	□　年　月	□	8の4
12	薬剤管理指導料	□	□　年　月	□	4
12の1の2	地域連携診療計画加算	□	□　年　月	□	12, 12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	□	□　年　月	□	14の2
12の2	医療機器安全管理料１	□	□　年　月	□	15
12の2	医療機器安全管理料２	□	□　年　月	□	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	□	□　年　月	□	15
12の3	精神科退院時共同指導料	□	□　年　月	□	16
13	歯科治療時医療管理料	□	□　年　月	□	17
13の2	小児口腔機能管理料の注５に規定する口腔管理体制強化加算	□	□　年　月	□	17の2
13の3	歯科疾患管理料の注12に規定する特別管理加算	□	□　年　月	□	17の3
13の4	口腔機能実地指導料	□	□　年　月	□	17の4
14	在宅療養支援歯科診療所１	□	□　年　月	□	18
14	在宅療養支援歯科診療所２	□	□　年　月	□	18
14の1の2	在宅療養支援歯科病院	□	□　年　月	□	18
14の2	在宅療養支援病院	□	□　年　月	□	11の2, 11の3, 11の5
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	□	□　年　月	□	17
14の４の２	介護保険施設等連携往診加算	□	□　年　月	□	18の3
14の5	在宅医療ＤＸ情報活用加算	□	□　年　月	□	11の6
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	□	□　年　月	□	19, 19の2

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
15の3	在宅データ提出加算（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料）	□	□　年　月	□	7の10,7の11,7の12
15の4	在宅医療情報連携加算（在宅歯科医療情報連携加算）	□	□　年　月	□	19の3
16	在宅がん医療総合診療料	□	□　年　月	□	20
16の1の2	在宅データ提出加算（在宅がん医療総合診療料）	□	□　年　月	□	7の10,7の11,7の12
16の1の4	重症患者搬送加算	□	□　年　月	□	20の1の2
16の1の5	救急患者連携搬送料	□	□　年　月	□	20の1の3
16の2	在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２	□	□　年　月	□	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	□	□　年　月	□	20の3
16の2	専門管理加算	□	□　年　月	□	20の3の3
16の2	訪問看護医療ＤＸ情報活用加算	□	□　年　月	□	20の3の4
16の2	遠隔死亡診断補助加算	□	□　年　月	□	20の3の5
16の2	訪問看護医療情報連携加算	□	□　年　月	□	20の3の6
16の2の2	訪問看護遠隔診療補助料	□	□　年　月	□	20の3の7
16の3	在宅療養後方支援病院	□	□　年　月	□	20の4,20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	□	□　年　月	□	20の7
16の4の3	在宅自己腹膜灌流指導管理料２	□	□　年　月	□	20の1の4
16の5	在宅血液透析指導管理料	□	□　年　月	□	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	□	□　年　月	□	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	□	□　年　月	□	別添２の２
16の7	持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算	□	□　年　月	□	20の12
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	□	□　年　月	□	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	□	□　年　月	□	20の10,52
16の10	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	□	□　年　月	□	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	□	□　年　月	□	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	□	□　年　月	□	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注16に規定する基準	□	□　年　月	□	21の3の2
18の1の2	遺伝学的検査の注１に規定する施設基準	□	□　年　月	□	23
18の1の2	遺伝学的検査の注２に規定する施設基準	□	□　年　月	□	23
18の1の3	染色体検査の注２に規定する施設基準	□	□　年　月	□	23の1の2,52
18の1の4	骨髄微小残存病変量測定	□	□　年　月	□	23の2
18の1の5	ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査	□	□　年　月	□	23の3
18の1の6	がんゲノムプロファイリング検査	□	□　年　月	□	23の4
18の1の7	角膜ジストロフィー遺伝子検査	□	□　年　月	□	23の5
18の1の11	先天性代謝異常症検査	□	□　年　月	□	23の6
18の1の13	抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体	□	□　年　月	□	23の7
18の1の14	抗アデノ随伴ウイルス血清型ｒｈ７４（ＡＡＶｒ　ｈ７４）抗体	□	□　年　月	□	23の7
18の1の15	抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）	□	□　年　月	□	5の5
18の2	ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	□	□　年　月	□	22の2
18の2の2	ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出	□	□　年　月	□	22の3
18の2の3	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	□	□　年　月	□	22の3
18の2の5	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）	□	□　年　月	□	22の3

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	□	□　年　月	□	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	□	□　年　月	□	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	□	□　年　月	□	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	□	□　年　月	□	22
20の3	国際標準検査管理加算	□	□　年　月	□	22
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	□	□　年　月	□	24
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	□	□　年　月	□	24の6
22の4	胎児心エコー法	□	□　年　月	□	24の3, 52
22の5	ヘッドアップティルト試験	□	□　年　月	□	24の7
23	人工膵臓検査	□	□　年　月	□	4, 24の4
23の2	皮下連続式グルコース測定	□	□　年　月	□	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	□	□　年　月	□	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査１	□	□　年　月	□	25の2, 52
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	□	□　年　月	□	26
25の2	単維筋電図	□	□　年　月	□	27の4, 52
25の3	光トポグラフィー	□	□　年　月	□	26の2, 52
26	脳磁図	□	□　年　月	□	27
26の1の2	安全精度管理下で行うもの（終夜睡眠ポリグラフィー）	□	□　年　月	□	27の2の2, 52
26の1の3	脳波検査判断料１	□	□　年　月	□	27の2
26の1の4	遠隔脳波診断	□	□　年　月	□	27の3
26の2	神経学的検査	□	□　年　月	□	28
27	補聴器適合検査	□	□　年　月	□	29
27の2	黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図	□	□　年　月	□	29の3
27の3	ロービジョン検査判断料	□	□　年　月	□	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	□	□　年　月	□	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	□	□　年　月	□	31
29の2	内服・点滴誘発試験	□	□　年　月	□	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	□	□　年　月	□	31の3, 52
29の3の1の2	経頸静脈的肝生検	□	□　年　月	□	31の3の2, 52
29の3の2	前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）	□	□　年　月	□	31の4, 52
29の4	ＣＴ透視下気管支鏡検査加算	□	□　年　月	□	38
29の4の2	経気管支凍結生検法	□	□　年　月	□	38の4
29の4の2の2	壁側胸膜凍結生検法	□	□　年　月	□	38の4
29の5	有床義歯咀嚼機能検査	□	□　年　月	□	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	□	□　年　月	□	38の1の3
29の7	睡眠時歯科筋電図検査	□	□　年　月	□	38の1の4
30	画像診断管理加算１	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算２	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算３	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算４	□	□　年　月	□	32
31	歯科画像診断管理加算	□	□　年　月	□	33

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
32	遠隔画像診断	□	□　年　月	□	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影若しくはポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合又はＰＳＭＡイメージング剤を用いた場合を除く。）又は乳房用ポジトロン断層撮影	□	□　年　月	□	36
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合に限る。）	□	□　年　月	□	36
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（ＰＳＭＡイメージング剤を用いた場合に限る。）	□	□　年　月	□	36
34	ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影	□	□　年　月	□	37
35	冠動脈ＣＴ撮影加算	□	□　年　月	□	38
35の2	血流予備量比コンピューター断層撮影解析	□	□　年　月	□	37の2, 52
35の3	外傷全身ＣＴ加算	□	□　年　月	□	38
36	心臓ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の2	乳房ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の3	小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の4	頭部ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の5	全身ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の6	肝エラストグラフィ加算	□	□　年　月	□	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	□	□　年　月	□	38の2
36の3	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算	□	□　年　月	□	38の3
37	外来化学療法加算１	□	□　年　月	□	39
37	外来化学療法加算２	□	□　年　月	□	39
37の2	無菌製剤処理料	□	□　年　月	□	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	41, 44の2
38	リハビリテーションデータ提出加算	□	□　年　月	□	7の10, 7の11, 7の12
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
45の2	摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）	□	□　年　月	□	43の6, 43の6の2, 44の2
46	難病患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	□	□　年　月	□	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	□	□　年　月	□	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料２	□	□　年　月	□	44の4

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
47の6	経頭蓋磁気刺激療法	□	□　年　月	□	44の8
47の7	児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）	□	□　年　月	□	4,44の5
47の7	療養生活継続支援加算（通院・在宅精神療法）	□	□　年　月	□	44の5の2
47の7	心理支援加算	□	□　年　月	□	44の5の2
47の7	児童思春期支援指導加算	□	□　年　月	□	44の5の2
47の7	早期診療体制充実加算	□	□　年　月	□	44の5の3
47の7	情報通信機器を用いた精神療法	□	□　年　月	□	44の5の3
47の7	通院・在宅精神療法の注13に規定する施設基準	□	□　年　月	□	44の5の5
47の8	救急患者精神科継続支援料	□	□　年　月	□	44の6
48	認知療法・認知行動療法	□	□　年　月	□	44の3
48の1の2	依存症集団療法	□	□　年　月	□	44の7
48の2	精神科作業療法	□	□　年　月	□	4,45
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	□	□　年　月	□	4,46
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	□	□　年　月	□	4,46
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	□	□　年　月	□	4,46
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	□	□　年　月	□	4,46
53	精神科ナイト・ケア	□	□　年　月	□	4,46
54	精神科デイ・ナイト・ケア	□	□　年　月	□	4,46
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	□	□　年　月	□	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	□	□　年　月	□	4,47
55の2	精神科在宅患者支援管理料１又は２	□	□　年　月	□	47の2
55の2	精神科在宅患者支援管理料３	□	□　年　月	□	別添２の２
56	医療保護入院等診療料	□	□　年　月	□	48
56の2	処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	□	□　年　月	□	48の2,48の2の2,48の3,48の4,4(基本別添7)13の4
56の2の3	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	□	□　年　月	□	48の5
56の2の4	多血小板血漿処置	□	□　年　月	□	48の7
56の3	硬膜外自家血注入	□	□　年　月	□	48の6,52
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（副甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49の2
57の2	人工腎臓	□	□　年　月	□	87の4
57の2	導入期加算	□	□　年　月	□	2の2
57の2	透析液水質確保加算	□	□　年　月	□	49の3
57の2	慢性維持透析濾過加算	□	□　年　月	□	49の3
57の2	腎代替療法診療体制充実加算	□	□　年　月	□	2の2
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	□	□　年　月	□	49の3の2
57の2の3	難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法	□	□　年　月	□	49の3の3,52
57の2の4	移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	□	□　年　月	□	49の3の4
57の2の4の2	ストーマ合併症加算	□	□　年　月	□	49の10
57の2の5	人工膵臓療法	□	□　年　月	□	4,24の4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	□	□　年　月	□	49の4
57の4の2	心不全に対する遠赤外線温熱療法	□	□　年　月	□	49の4の2,52

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
57の4の2の2	同種死体移植腎機械灌流保存	□	□　年　月	□	49の4の3
57の4の3	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	□	□　年　月	□	4,49の6,49の7
57の4の4	手術用顕微鏡加算	□	□　年　月	□	49の8
57の4の5	口腔粘膜処置	□	□　年　月	□	49の9
57の5	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	□	□　年　月	□	50
57の5の2	歯科技工士連携加算１	□	□　年　月	□	50の2の2
57の5の3	歯科技工士連携加算２	□	□　年　月	□	50の2の2
57の5の4	光学印象	□	□　年　月	□	50の2
57の6	ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレー	□	□　年　月	□	50の2
57の7	３次元プリント有床義歯	□	□　年　月	□	50の3の2
57の7の２	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	□	□　年　月	□	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	50の4,52
57の8の2	皮膚移植術（死体）	□	□　年　月	□	52,87の6
57の8の3	自家脂肪注入	□	□　年　月	□	87の24
57の9	組織拡張器による再建手術(一連につき)（乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものを含む。））・ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)（内視鏡下によるものを含む。）	□	□　年　月	□	50の5
57の9の1の2	静脈奇形硬化療法（一連につき）	□	□　年　月	□	50の5の1の2
57の9の2	処理骨再建加算	□	□　年　月	□	50の5の3,52
57の9の3	緊急整復固定加算及び緊急挿入加算	□	□　年　月	□	87の25
57の9の3の2	骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□　年　月	□	52,87の53
57の9の3の3	脛骨遠位骨切り術	□	□　年　月	□	50の5の4,52
57の9の4	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））	□	□　年　月	□	50の5の2
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	□	□　年　月	□	50の6,52
57の10の1の1の2	人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）	□	□　年　月	□	50の6の2,52
57の10の1の2	人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,87の54
57の10の1の3	人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	□	□　年　月	□	50の6の3,52
57の11	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	□	□　年　月	□	52,87の7
57の12	椎間板内酵素注入療法	□	□　年　月	□	50の7
58	腫瘍脊椎骨全摘術	□	□　年　月	□	51,52
58の1の2	緊急穿頭血腫除去術	□	□　年　月	□	87の55
58の1の3	機能的定位脳手術（てんかんの場合）	□	□　年　月	□	51の1の2,52
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	□	□　年　月	□	51の2,52
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	□	□　年　月	□	51の3
58の4	内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	87の26
58の5	脳血栓回収療法連携加算	□	□　年　月	□	87の56
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	□	□　年　月	□	52,54
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	□	□　年　月	□	25
60の2	頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）	□	□　年　月	□	25の3
60の2の2	癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）	□	□　年　月	□	87の27
60の2の3	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	□	□　年　月	□	53

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
60の2の4	舌下神経電気刺激装置植込術	□	□　年　月	□	87の28
60の2の5	角結膜悪性腫瘍切除手術	□	□　年　月	□	87の50
60の3	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	□	□　年　月	□	52,54の2
60の3の2	内皮移植加算	□	□　年　月	□	52,54の2の2
60の3の3	培養ヒト角膜内皮細胞移植術	□	□　年　月	□	52,54の2の3
60の4	羊膜移植術	□	□　年　月	□	52,54の3
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	□	□　年　月	□	52,54の4
60の6	緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	□	□　年　月	□	52,54の8
60の6の2	緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））	□	□　年　月	□	52,54の8
60の6の3	毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）	□	□　年　月	□	52,54の8
60の6の4	経皮的選択的眼動脈注入術	□	□　年　月	□	54の4の2
60の7	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,54の5
60の8	網膜再建術	□	□　年　月	□	52,54の6
60の9	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術	□	□　年　月	□	52,87の29
61	植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	□	□　年　月	□	52,55
61の2	耳管用補綴材挿入術	□	□　年　月	□	52,87の49
61の2の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）	□	□　年　月	□	52,54の7
61の2の2の2	上咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、中咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、下咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、喉頭蓋嚢腫摘出術（鏡視下によるもの）及び喉頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）	□	□　年　月	□	52,56の7
61の2の3	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,56の7,87の30
61の2の4	内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）	□	□　年　月	□	87の31
61の2の5	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,56の7
61の2の6	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	□	□　年　月	□	52,87の5
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52,56
61の4	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52,56の3
61の4の2	顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	56の8
61の4の3	顎関節人工関節全置換術（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	56の8
61の4の4	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	□	□　年　月	□	52,56の4
61の4の5	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,56の4
61の4の6	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	87の46
61の4の6の2	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	87の46の2
61の4の7	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）	□	□　年　月	□	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳癌センチネルリンパ節生検加算１又は乳癌センチネルリンパ節生検加算２を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	52,56の2

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの（内視鏡下によるものを含む。））及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	□	□　年　月	□	52,56の5
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。）	□	□　年　月	□	50の5
第61の6の1の2	乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□　年　月	□	52,87の57
61の6の2	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の22
61の7	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の8
61の7の1の2	気管支バルブ留置術	□	□　年　月	□	52,87の58
61の7の1の3	胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は１肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の17
61の7の2	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	□	□　年　月	□	52,56の6
61の7の3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は１肺葉を超えるもの及び気管支形成を伴う肺切除に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の17
61の7の4	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）	□	□　年　月	□	52,87の51
62	同種死体肺移植術	□	□　年　月	□	57
62の2	生体部分肺移植術	□	□　年　月	□	52,58
62の2の1の2	肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□　年　月	□	52,87の59
62の2の2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の10
62の2の3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の10~~の2~~
62の2の4	内視鏡下筋層切開術	□	□　年　月	□	52,58の2
62の2の5	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び膣腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	□	□　年　月	□	87の9
62の2の6	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術（単独のもの（胸腔鏡下によるもの）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	87の10の3
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	□	□　年　月	□	52,59
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術	□	□　年　月	□	52,87の11
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の11
63の2の2	胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の11
63の2の3	弁置換術（大動脈弁、僧帽弁及び中心線維体の再建を含むもの）	□	□　年　月	□	59の1の2
63の3	経カテーテル弁置換術	□	□　年　月	□	52,59の2,59の2の2
63の3の2	経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術	□	□　年　月	□	52,59の2の3
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	□	□　年　月	□	52,87の12
63の4の2	経皮的三尖弁クリップ術	□	□　年　月	□	52,59の2の4
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	□	□　年　月	□	52,59の3
63の5の1の2	胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	□	□　年　月	□	52,87の60
63の5の2	不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）	□	□　年　月	□	52,59の3の2,87の32
63の6	経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算	□	□　年　月	□	52,59の4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	□	□　年　月	□	52,60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	□	□　年　月	□	24,52
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	□	□　年　月	□	52,61
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	□	□　年　月	□	52,62
67の2	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	□	□　年　月	□	52,63
68	大動脈内バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）	□	□　年　月	□	24,52

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
68の2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	□	□　年　月	□	52, 87の13
69	補助人工心臓	□	□　年　月	□	52, 64
69の2	小児補助人工心臓	□	□　年　月	□	52, 64の2
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（設置する場合）	□	□　年　月	□	52, 65の3
71	同種心移植術	□	□　年　月	□	57
72	同種心肺移植術	□	□　年　月	□	57
72の1の2	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	□	□　年　月	□	65の3の2
72の1の3	腎神経焼灼術	□	□　年　月	□	65の3の2の2
72の2の2	経皮的下肢動脈形成術	□	□　年　月	□	65の3の3
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	□	□　年　月	□	52, 65の4
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	□	□　年　月	□	52, 65の4の2
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）	□	□　年　月	□	別添２の２
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）	□	□　年　月	□	87の33
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 71の5
72の4の2	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52, 65の5
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52, 65の5
72の5の2	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 65の5の2
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 65の5
72の7の1の2	骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□　年　月	□	52, 87の61
72の7の1の1の2	腹腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 65の5の4
72の7の1の3	腹膜切除を伴う多臓器合併切除術	□	□　年　月	□	52, 65の5の3
72の7の2	内視鏡的逆流防止粘膜切除術	□	□　年　月	□	52, 87の34
72の7の2の2	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	□	□　年　月	□	52, 65の8
72の7の3	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□　年　月	□	52, 87の14
72の7の4	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□　年　月	□	52, 87の14
72の7の5	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□　年　月	□	52, 87の14
72の8	腹腔鏡下胃縮小術	□	□　年　月	□	52, 65の6
72の8の2	バルーン閉塞下経静脈的塞栓術	□	□　年　月	□	52, 87の15
72の8の3	腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の35
72の8の4	腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）	□	□　年　月	□	52, 87の36
72の9	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	□	□　年　月	□	52, 65の7
73	体外衝撃波胆石破砕術	□	□　年　月	□	66
73の2	腹腔鏡下肝切除術	□	□　年　月	□	52, 66の2
73の2の2	腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の37
73の3	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	□	□　年　月	□	52, 87の16
73の3の2	移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）	□	□　年　月	□	52, 87の38
74	生体部分肝移植術	□	□　年　月	□	52, 67
75	同種死体肝移植術	□	□　年　月	□	57

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
75の2	体外衝撃波膵石破砕術	□	□　年　月	□	66
75の3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	□	□　年　月	□	52, 67の2
75の3	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 67の2の2
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術及び腹腔鏡下膵中央切除術	□	□　年　月	□	52, 67の2の3
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 67の2の4
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	□	□　年　月	□	57
76の2	同種死体膵島移植術	□	□　年　月	□	52, 57の2
76の2の2	生体部分小腸移植術	□	□　年　月	□	52, 87の17の2
76の3	同種死体小腸移植術	□	□　年　月	□	57
76の4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	□	□　年　月	□	52, 67の3
76の4の2	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の39
76の5	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	□	□　年　月	□	52, 65の5
76の6	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の18
76の7	腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52, 87の48
76の8	副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□　年　月	□	52, 87の47
77	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	□	□　年　月	□	66
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 65の5
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52, 68の3
77の3の2の2	腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□　年　月	□	52, 87の62
77の3の3	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 68の4
77の4	同種死体腎移植術	□	□　年　月	□	57
77の5	生体腎移植術	□	□　年　月	□	52, 69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	52, 65の5
77の7	膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	□	□　年　月	□	52, 69の2
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	52, 65の5
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 69の3
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 69の5
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 69の3
77の10の2	腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）	□	□　年　月	□	52, 87の63
77の10の2の2	尿道狭窄グラフト再建術	□	□　年　月	□	69の4
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	□	□　年　月	□	69の4
77の11の2の2	精巣温存手術	□	□　年　月	□	87の64
77の11の3	精巣内精子採取術	□	□　年　月	□	87の42
77の12	焦点式高ｴﾈﾙｷﾞｰ超音波療法	□	□　年　月	□	52, 70
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 71
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 65の5
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52, 71の1の2
78の2の2の1の2	女子外性器悪性腫瘍手術（女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	52, 87の65
78の2の2の2	腹腔鏡下膣断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の66

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
78の2の3	腹腔鏡下仙骨膣固定術	□	□　年　月	□	52, 71の1の3
78の2の3	腹腔鏡下仙骨膣固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 71の1の4
78の3	腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の19
78の3の1の2	子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	□	□　年　月	□	71の6
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	□	□　年　月	□	52, 71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	□	□　年　月	□	52, 71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 71の5
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 71の5
78の３の３	腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術	□	□　年　月	□	52, 87の43
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	□	□　年　月	□	52, 71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	□	□　年　月	□	52, 71の4
78の5の2	無心体双胎焼灼術（一連につき）	□	□　年　月	□	52, 71の4
78の5の3	胎児輸血術（一連につき）及び臍帯穿刺	□	□　年　月	□	52, 71の4
78の5の4	体外式膜型人工肺管理料	□	□　年　月	□	87の44
78の6	医科点数表第２章第10部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術	□	□　年　月	□	52, 87の20
79の1の2	頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	□	□　年　月	□	87の20の2
79の2	手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	□	□　年　月	□	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4,
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	□	□　年　月	□	43の4, 43の5
79の4	医科点数表第２章第10部手術の通則の19に掲げる手術	□	□　年　月	□	87の23
79の5	周術期栄養管理実施加算	□	□　年　月	□	87の45
79の6	再製造単回使用医療機器使用加算	□	□　年　月	□	87の52
79の7	外科医療確保特別加算	□	□　年　月	□	87の67
80	輸血管理料Ⅰ	□	□　年　月	□	73
80	輸血管理料Ⅱ	□	□　年　月	□	73
80	輸血適正使用加算	□	□　年　月	□	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	□	□　年　月	□	73
80の2	コーディネート体制充実加算	□	□　年　月	□	87の21
80の3	自己生体組織接着剤作成術	□	□　年　月	□	73の2
80の3の2	自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術	□	□　年　月	□	73の2
80の4	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	□	□　年　月	□	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	□	□　年　月	□	43の4, 43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	□	□　年　月	□	52, 73の5
80の6	歯周組織再生誘導手術	□	□　年　月	□	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	□	□　年　月	□	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	□	□　年　月	□	74の3
80の9	歯根端切除手術の注３	□	□　年　月	□	49の8
80の10	口腔粘膜血管腫凝固術	□	□　年　月	□	74の4
80の11	レーザー機器加算の施設基準	□	□　年　月	□	49の9
80の12	内視鏡手術用支援機器加算	□	□　年　月	□	73の4
81	吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）	□	□　年　月	□	75の4
81の2	麻酔管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	75

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
81の3	麻酔管理料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	75
81の2及び81の3	周術期薬剤管理加算	□	□　年　月	□	75の3
81の4	歯科麻酔管理料	□	□　年　月	□	75の2
81の5	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）	□	□　年　月	□	75の5
82	放射線治療専任加算	□	□　年　月	□	76
82の2	外来放射線治療加算	□	□　年　月	□	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	□	□　年　月	□	76の2
83	高エネルギー放射線治療	□	□　年　月	□	77
83の2	高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	77
83の2	強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射（寡分割照射に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	77
83の3	強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）	□	□　年　月	□	52, 78
83の4	画像誘導放射線治療加算　（ＩＧＲＴ）	□	□　年　月	□	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84	定位放射線治療	□	□　年　月	□	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84の2の2	粒子線治療	□	□　年　月	□	52, 79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	□	□　年　月	□	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	□	□　年　月	□	79の1の3
84の2の5	ホウ素中性子捕捉療法	□	□　年　月	□	52, 79の1の4
84の2の6	ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	□	□　年　月	□	79の1の4
84の2の7	ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	□	□　年　月	□	79の1の4
84の2の8	画像誘導密封小線源治療加算	□	□　年　月	□	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	□	□　年　月	□	79の2
84の4	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	□	□　年　月	□	80
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	□	□　年　月	□	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	□	□　年　月	□	80の2
84の7	病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	□	□　年　月	□	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の3
84の10	国際標準病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の2
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	□	□　年　月	□	81
86	歯科矯正診断料	□	□　年　月	□	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	□	□　年　月	□	83
88	調剤基本料１	□	□　年　月	□	84
88の2	調剤基本料２	□	□　年　月	□	84
88の3	調剤基本料３	□	□　年　月	□	84
88の4	特別調剤基本料Ａ	□	□　年　月	□	84
89	調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準	□	□　年　月	□	87の2
91	調剤基本料の注４に規定する保険薬局	□	□　年　月	□	85
92	地域支援・医薬品供給対応体制加算	□	□　年　月	□	87の3の1, 87の3の2

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
92の2	連携強化加算	□	□　年　月	□	87の3の4
94	調剤基本料の注8_後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局	□	□　年　月	□	87
93	バイオ後続品調剤体制加算	□	□　年　月	□	87の3の7
95	在宅薬学総合体制加算	□	□　年　月	□	87の3の5
95の2	電子的調剤情報連携体制整備加算	□	□　年　月	□	87の3の6
95の3	門前薬局等立地依存減算	□	□　年　月	□	84
96	無菌製剤処理加算	□	□　年　月	□	88
98	特定薬剤管理指導加算２	□	□　年　月	□	92
97の2	服薬管理指導料の注1_かかりつけ薬剤師	□	□　年　月	□	90
102	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	□	□　年　月	□	89
103	在宅中心静脈静脈栄養法加算	□	□　年　月	□	89
104	看護職員処遇改善評価料	□	□　年　月	□	97
105	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	95
106	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	96
106の2	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	95
106の3	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	96
107	入院ベースアップ評価料	□	□　年　月	□	97
108	歯科技工所ベースアップ支援料	□	□　年　月	□	101
109	調剤ベースアップ評価料	□	□　年　月	□	103

※様式2、5の2、5の7、5の9、6、7の4、7の5、7の9、8の2、11の4、13の5、14、18の2、20の5、20の8、24の2、44の5の4、49の5、65、65の2、68、68の2、72、74の2、86、87の3の3、87の10の2、87の40、87の41、91、93は欠番。

様式８の４

プログラム医療機器等指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出の区分 （該当する該当するすべての□に「✔」を記入すること。）	□　ニコチン依存症治療補助アプリを使用する場合の届出
	□　高血圧症治療補助アプリを用いる場合の届出
	□　アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリを用いる場合の届出

２　施設基準に係る事項（□には適合する場合「✔」を記入すること。）	
（１）ニコチン依存症治療補助アプリを使用する場合	□　ニコチン依存症管理料の注１に規定する基準を満たしている。
（２）高血圧症治療補助アプリを用いる場合	□　区分番号「A001」に掲げる再診料の「注12」の「イ」地域包括診療加算１若しくは「ロ」地域包括診療加算２、区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料又は区分番号「B001-3」に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）の「２」高血圧症を主病とする場合若しくは「Ｂ００１－３－３」に掲げる生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する患者（入院中の患者を除く。）のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している医療機関である。
	□　地域の医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である医療機関である。
（３）アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリを用いる場合	□　アルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師が１名以上配置されている医療機関である。

［記載上の注意］
１　ニコチン依存症管理料の注１に規定する基準は、当該保険医療機関における過去１年間のニコチン依存症
　管理料の平均継続回数が２回以上であることを指すこと。
２　アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリ~~及び小児注意欠如多動症治療補助アプリ~~については、適切な
　研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧で
　も可）を添付すること。

様式11の６

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注13（在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注６
の規定により準用する場合を含む）及び歯科訪問診療料の注~~20~~21に規定する
在宅医療ＤＸ情報活用加算の施設基準に係る届出書添付書類

項目	記入欄	
１．在宅医療ＤＸ情報活用加算の届出区分 （該当区分に○をつけること）	加算１　・　加算２	
２．診療体制等の要件 （該当するすべての□に「✔」を記入すること。）	１	□　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命令第１条に規定する電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っている
	２	□　健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認（以下オンライン資格確認）を行う体制が整備されている
	３	□　居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制が整備されている
	４	□　「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制が整備されている
	５	□　国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている
	６	□　医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している
	７	□　医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている

［記載上の注意］

１　「２」の「４」については、当該加算１を算定する場合に記載すること。

２　「２」の「５」については、当面の間、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、保険医療機関は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。

３　「２」の「７」については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

様式18

在宅療養支援歯科診療所１若しくは２又は在宅療養支援歯科病院の施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：在宅療養支援歯科診療所１ ２：在宅療養支援歯科診療所２ ３：在宅療養支援歯科病院

１．歯科訪問診療の割合（届出前１月間の実績）

①歯科訪問診療料を算定した人数	人
②外来で歯科診療を提供した人数	人
歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)/・・・（Ａ）	

※　①については、歯科訪問診療料（歯科訪問診療１、２、３、４若しくは５又は歯科訪問診療料の注15「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」若しくは注19「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」）を算定した患者の延べ人数を記載すること。
※　②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の延べ人数を記載すること。

２．歯科訪問診療の実績

在宅療養支援歯科診療所１の届出を行う場合（次のいずれかに該当すること。）

①　直近１か月に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療料３を合計10回以上算定していること。		
	歯科訪問診療１、２又は３の算定回数 （届出前１月間の実績）	回
	歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療料３を合計10回以上算定している	１：満たしている ２：満たしていない
②　直近１か月に歯科訪問診療２から５までのいずれかを算定した回数が５回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が６割以上であること。		
	①歯科訪問診療２から５までの算定回数 （届出前１月間の実績）	回
	②歯科訪問診療２から５までのうち、20分以上の歯科訪問診療を算定した回数 （届出前１月間の実績）	回
	②歯科訪問診療２から５までのうち、20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合 ②/①	
	歯科訪問診療２から５までのいずれかを算定した回数が５回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が６割以上である	１：満たしている ２：満たしていない
③　直近１か月に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を合計５回以上算定していること。		
	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の算定回数 （届出前１月間の実績）	回
	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を合計５回以上算定している	１：満たしている ２：満たしていない
④　研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。		
	研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である	１：満たしている ２：満たしていない

在宅療養支援歯科診療所２の届出を行う場合（次のいずれかに該当すること。）

①　過去１年間に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を合計４回以上算定していること。	
歯科訪問診療１、２又は３の算定回数 （届出前１年間の実績）	回
歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を合計４回以上算定している	１：満たしている ２：満たしていない
②　研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。 （在宅療養支援歯科診療所１、２又は在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合）	
研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である	１：満たしている
	２：満たしていない

在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合（次のいずれかに該当すること。）

①　過去１年間に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３の算定件数及び他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療による歯科治療が困難な患者の受入れを行った実績が合計18回以上であること。	
歯科訪問診療１、２又は３の算定回数 （届出前１年間の実績）	回
他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療による歯科治療が困難な患者の受入れ （届出前１年間の実績）	回
歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を合計４回以上算定している	１：満たしている ２：満たしていない
②　直近１か月に歯科訪問診療２から５までのいずれかを算定した回数が５回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が６割以上であること。	
①歯科訪問診療２から５までの算定回数 （届出前１月間の実績）	回
②歯科訪問診療２から５までのうち、20分以上の歯科訪問診療を算定した回数 （届出前１月間の実績）	回
②歯科訪問診療２から５までのうち、20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合 ②/①	
歯科訪問診療２から５までのいずれかを算定した回数が５回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が６割以上である	１：満たしている ２：満たしていない
③　直近１か月に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を合計10回以上算定していること。	
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の算定回数 （届出前１月間の実績）	回
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を合計５回以上算定している	１：満たしている ２：満たしていない
④　研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。	
研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である	１：満たしている
	２：満たしていない

※　歯科訪問診療料の注15「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」又は注19「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」のうち、歯科訪問診療１、２又は３に相当する診療を含めた、算定回数を記載すること。

３．高齢者の口腔機能管理等に係る研修の受講歴等

受講者１		
	受講者名（常勤歯科医師名）	
	研修名	
	受講年月日　（和暦で記載すること）	年　月　日
	当該講習会の主催者	
	講習の内容等	
受講者２		
	受講者名（常勤歯科医師名）	
	研修名	
	受講年月日　（和暦で記載すること）	年　月　日
	当該講習会の主催者	
	講習の内容等	
受講者３		
	受講者名（常勤歯科医師名）	
	研修名	
	受講年月日　（和暦で記載すること）	年　月　日
	当該講習会の主催者	
	講習の内容等	

※　高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含む。）、高齢者の口腔機能管理、緊急時の対応等に関する内容を含むものであること。

※　研修会の修了証の写し又は当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧の添付でも可とするものであること。

４．歯科衛生士の氏名等

歯科衛生士１		
	歯科衛生士名	
	常勤又は非常勤（常勤又は非常勤を〇で囲むこと）	１：常勤　２：非常勤
歯科衛生士２		
	歯科衛生士名	
	常勤又は非常勤（常勤又は非常勤を〇で囲むこと）	１：常勤　２：非常勤
歯科衛生士３		
	歯科衛生士名	
	常勤又は非常勤（常勤又は非常勤を〇で囲むこと）	１：常勤　２：非常勤

５．迅速に対応できる体制に係る事項

（1）患者からの連絡を受ける体制

担当者数		人
担当者１		
	担当者名	
	職種	
担当者２		
	担当者名	
	職種	
担当者３		
	担当者名	
	職種	

（2）歯科訪問診療体制

担当医数		人
担当医名		

６．在宅医療を担う他の保険医療機関等からの歯科訪問診療の依頼実績（届出前１年間の実績）

依頼元１		
	施設名	
	回数	回
依頼元２		
	施設名	
	回数	回
依頼元３		
	施設名	
	回数	回
合計回数		回

７．保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績（以下のいずれかに該当すること。）

①　地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等の出席		
	会議等の名称	
②　病院・診療所・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実績又は口腔管理への協力（届出前１年間）		
	協力施設名	
③　歯科訪問診療に関する他の保険医療機関との連携実績（年１回）		
	保険医療機関名	
④　次のうち該当する項目に、算定件数（届出前１年間）を記載する。		
	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（１から３までに限る。）	件
	退院時共同指導料１	件
	医科連携訪問加算	件
	在宅歯科医療連携加算１	件
	在宅歯科医療連携加算２	件
	小児在宅歯科医療連携加算１	件
	小児在宅歯科医療連携加算２	件
	在宅歯科医療情報連携加算	件
	在宅患者連携指導料	件
	在宅患者緊急時等カンファレンス料	件

８．在宅歯科診療に係る後方支援の機能

①在宅療養支援歯科診療所１又は２の届出を行う場合 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。		
	医療機関の名称	
	所在地	
	連絡先	
②在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。		
	在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有している	１：満たしている ２：満たしていない

以下、９～13については、１．の（Ａ）が0.95以上である診療所のみ記載

９．過去１年間に、５か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。

①　保険医療機関名	
②　保険医療機関名	
③　保険医療機関名	
④　保険医療機関名	
⑤　保険医療機関名	

10．直近３か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、６割以上が歯科訪問診療１を算定していること。

①　歯科訪問診療１	人
②　歯科訪問診療２	人
③　歯科訪問診療３	人
④　歯科訪問診療４	人
⑤　歯科訪問診療５	人
歯科訪問診療１の算定割合 ①／（①＋②＋③＋④＋⑤）	

※1　①～⑤の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

※2　歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注15「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」又は注19「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※3　歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注15「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」又は注19「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

11．在宅歯科医療に係る３年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。

①歯科医師		
	歯科医師名	
	経験年数	年
②歯科医師		
	歯科医師名	
	経験年数	年
⑤歯科医師		
	歯科医師名	
	経験年数	年

12．歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。

①ポータブルユニット		
	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
②ポータブル~~ユニット~~バキューム		
	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
③ポータブル~~ユニット~~レントゲン		
	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	

※　①～③について、各欄に書ききれない場合は備考欄に医療機器認証番号、製品名及び製造販売業者名を記載すること。

13. 歯科訪問診療において、過去１年間の診療実績（歯科点数表に掲げるのうち、次に掲げるものの算定実績をいう。）

①抜髄	回
②感染根管処置	回
③　①及び②の合計（③＝①+②）	回
④抜歯手術	回
⑤有床義歯の新製	回
⑥有床義歯修理	回
⑦有床義歯内面適合法	回
⑧　⑤、⑥及び⑦の合計（⑧＝⑤＋⑥＋⑦）	回

※1　回数は延べ算定回数を記載すること。
※2　③、④が20回以上であること。
※3　⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。
※4　⑧が40回以上であること。

様式20の12

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に規定する
持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算

1．モニタリングを実施する体制について

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、当該保険医療機関においてCPAP療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者について、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な機器を活用して、定期的なモニタリングを行っているか。 （該当するいずれか1つを〇で囲むこと）	該当　・　非該当

2.充実した管理の状況について

直近3か月において管理した実績を算出する期間	年　月　日から 年　月　日まで
①　当該保険医療機関においてCPAP療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者数	名
②　①患者に対する、CPAP療法の延べ管理月数	月
③　②のうち、CPAPの1日使用時間が4時間以上の日が20日以上である月数	月
④　②に占める③の管理月数の割合　【③／②×100】	%
⑤　④が40%以上か（該当するいずれか1つを〇で囲むこと）【④≧40%】	該当　・　非該当

［記載上の留意事項］

1　届出に当たっては、患者ごとのCPAP療法の管理時間数がわかる書類を添付すること。

様式 71 の４

（胎児胸腔・羊水腔シャント術
無心体双胎焼灼術
胎児輸血術
臍帯穿刺）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科

２　産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科の医師の氏名等
※　それぞれの診療科において２名以上の医師が配置されており、そのうち１名以上は５年以上の経験を有する医師であること。

医師の氏名	診療科名	当該診療科における経験年数
		年
		年
		年
		年
		年
		年

３　５例以上の胎児胸水症例を経験した常勤の医師の氏名等

常勤医師の氏名等	勤務時間	胎児胸水の経験症例数
	時間	例
	時間	例

４　無心体双胎に関する十分な経験を有した常勤の医師の氏名等

常勤医師の氏名	勤務時間	無心体双胎の経験症例数
	時間	例
	時間	例

５　超音波ガイド下の胎児治療に十分な治療経験を有し、２例以上の臍帯穿刺又は胎児輸血を経験した常勤の医師の氏名等

常勤医師の氏名等	勤務時間	臍帯穿刺又は胎児輸血の経験症例数

	時間	例
	時間	例
６　総合周産期特定集治療室管理料の届出	有　・　無	
７　緊急帝王切開に対応できる体制 新生児特定集中治療室管理料の届出	有　・　無 有　・　無	
８　倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。	有　・　無	

［記載上の注意］

１　「２」については、胎児胸腔・羊水腔シャント術、胎児輸血術及び臍帯穿刺の届出を行う場合に記入すること。

２　「３」については、胎児胸腔・羊水腔シャント術の届出を行う場合に記入し、胎児胸水症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。

３　「４」については、無心体双胎焼灼術の届出を行う場合に記入し、無心体双胎症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。

４　「５」については、胎児輸血術及び臍帯穿刺の届出を行う場合に記入し、臍帯穿刺又は胎児輸血症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。

５　「２」から「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

６　「６」について、「無」の場合は「７」を記載すること。

７　「８」については、無心体双胎焼灼術の届出を行う場合に記入し、倫理委員会の開催要項（運営規定等）の写しを添付すること。

様式77

高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）及び強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射（寡分割照射に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別（該当するいずれか１つを○で囲むこと）		１：新規届出 ２：再度の届出
	実績期間　開始年月（和暦で記載すること）	年　　月
	終了年月（和暦で記載すること）	年　　月
	届出する項目 （該当するいずれか１つを○で囲むこと）	１：高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。） ２：強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射（寡分割照射に係るものに限る。）
2　当該医療機関における放射線治療の年間実施症例数		
	①　高エネルギー放射線治療の年間実施症例数	例
	②　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の年間実施症例数	例
	③　画像誘導放射線治療（腫瘍の位置情報によるもの）の年間実施症例数	例
3　小児入院医療管理料１の届出の有無 （該当するいずれか１つを○で囲むこと）		有　・　無
4　放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等		
	氏名	
	勤務時間	時間
	放射線治療の経験年数	年
5　放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名等		
	氏名	
	勤務時間	時間
	放射線治療の経験年数	年

［記載上の注意］

１　症例数は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　高エネルギー放射線の症例数は、新規届出の場合には実績期間内に50例以上、再度の届出の場合には実績期間内に100例以上が必要であること。

３　高エネルギー放射線治療の施設基準の届出を行う場合にあっては「２」①及び「３」を、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）の施設基準の届出を行う場合にあっては「２」①、「４」及び「５」を、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に限る。）の施設基準の届出を行う場合にあっては、「２」②及び③、「４」並びに「５」を記載すること。

~~４　「９」については、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準を届け出る場合に記載すること。~~

~~５~~４　「４」及び「５」の常勤医師及び常勤診療放射線技師及び担当者の勤務時間について、就業規則等に定める　週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式80の２

病理診断管理加算１、病理診断管理加算２、悪性腫瘍病理組織標本加算、デジタル病理画像による病理診断及び国際標準病理診断管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出する項目（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）			１：病理診断管理加算１ ２：病理診断管理加算２ ３：悪性腫瘍病理組織標本加算 ４：デジタル病理画像による病理診断 ５：国際標準病理診断管理加算
２　標榜診療科　（該当する□に「✔」を記入すること。）			□　病理診断科
３　病理診断を専ら担当する医師の氏名等常勤医師の氏名等			
	医師１	氏名	
		常勤・非常勤（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	常勤　・　非常勤
		勤務時間	時間
		病理診断を専ら担当した経験年数	年
		医療機関勤務 （該当する場合、□に「✔」を記入すること。）	□
	医師２	氏名	
		常勤・非常勤（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	常勤　・　非常勤
		勤務時間	時間
		病理診断を専ら担当した経験年数	年
		医療機関勤務 （該当する場合、□に「✔」を記入すること。）	□
	医師３	氏名	
		常勤・非常勤（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	常勤　・　非常勤
		勤務時間	時間
		病理診断を専ら担当した経験年数	年
		医療機関勤務 （該当する場合、□に「✔」を記入すること。）	□
３　年間の剖検数・検体数等			
	①　剖検		件
	②　病理組織標本作製（術中迅速病理標本作製を含む）		件
	③　細胞診（術中迅速細胞診を含む）		件
４　臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（ＣＰＣ：Clinicopathological Conference）の開催実績			
	開催年月日①（和暦で記載すること）		年　月　日
	開催年月日②（和暦で記載すること）		年　月　日
	開催年月日③（和暦で記載すること）		年　月　日
	開催年月日④（和暦で記載すること）		年　月　日
５　病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況　（該当するものに〇をつけること。）			
	病理診断管理加算１の施設基準		有　・　無
	病理診断管理加算２の施設基準		有　・　無
	口腔病理診断管理加算３の施設基準		有　・　無
	口腔病理診断管理加算４の施設基準		有　・　無

６　デジタル病理画像の作製又は観察を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
７　国際標準化機構が定めた~~臨床検査~~病理診断に関する国際規格に基づく技術能力の認定の有無	有　・　無

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、常勤医師のうち、当該保険医療機関において勤務する医師（当該保険医療機関において常態として週３日以上かつ週22 時間以上の勤務を行っており、当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で病理画像の観察を行う医師を除く。）については、当該医師の「医療機関勤務」の□に「✓」を記入すること。ただし、病理診断管理加算１については１名以上、病理診断管理加算２については２名以上の「医療機関勤務」の常勤医師が必要であること。

２　「３」の剖検については届出前１年間の件数、病理組織標本作製及び細胞診については、届出前１年間の算定回数を記載すること。

３　「４」については、病理診断管理加算２の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。記載する場合、届出前１年間の開催年月日を全て記入すること。

４　「５」については、悪性腫瘍病理組織標本加算又はデジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。

５　「６」については、デジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。

６　「７」については、国際標準病理診断管理加算の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。記載する場合、認定を受けていることを証する文書の写しを添付すること。

様式 84

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分（「参考」を踏まえ、いずれかに〇を付ける）	（ ）	調剤基本料１
	（ ）	調剤基本料２
	（ ）	調剤基本料３－イ
	（ ）	調剤基本料３－ロ
	（ ）	調剤基本料３－ハ
	（ ）	特別調剤基本料Ａ

2 保険薬局指定日	指定年月日	令和　年　月　日
	指定期開始	令和　年　月　日

3 届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）	
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められない場合）
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出
□	その他（　　）

4 調剤基本料の注１ただし書への該当の有無	□該当（様式 87 の２に記入） □非該当

5 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係（特別調剤基本料Ａへの該当性）			
（１）	ア 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無		□なし→（２）へ □あり→別紙１を添付すること
	イ 特別な関係のある医療機関の処方箋集中率の合計 ※別紙１の⑪A の数字を記載すること		%
	ウ 経過措置の該当性 Ⅰ～Ⅳのいずれかに該当する場合は「該当」に☑すること		□該当　□非該当
		Ⅰ 平成 28 年９月 30 日以前から、病院である保険医療機関と特別な関係にあった場合	□該当　□非該当
		Ⅱ 平成 30 年３月 31 日以前から、診療所である保険医療機関と特別な関係にあった場合	□該当　□非該当
		Ⅲ 平成 30 年３月 31 日以前に当該保険薬局の開局に係る手続きが相当程度進捗していた場合	□該当　□非該当
		Ⅳ 令和８年３月４日以前に当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合 （①と②において両方「該当」に☑している場合に限る）	□該当　□非該当
		①令和８年３月５日以降も当該診療所が所在し続けている場合	□該当　□非該当
		②令和８年３月５日以降も新たに他の保険医療機関と特別な関係を有しない場合	□該当　□非該当
（２）	保険薬局の敷地内のオンライン診療受診施設の有無		□なし→（３）へ □あり
		オンライン診療受診施設が、医療計画におけるへき地に所在する保険薬局に設置されている	□該当　□非該当
（３）	特別調剤基本料Ａの該当性（ア、イいずれも非該当→「６」へ）		
	ア 次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・４について「非該当」に☑をしている場合		□該当　□非該当

		・５（１）アについて「あり」に☑をしている場合 ・５（１）イについて 50%超である場合 ・５（１）ウについて「非該当」に☑をしている場合	
		イ　５(２)について「あり」に☑している場合であって、へき地に所在する薬局でないこと	□該当　□非該当

６　処方箋の受付回数及び集中率等※同一の敷地又は建物にある複数の保険医療機関は１の保険医療機関と扱う

期間：　　年　　月　～　　年　　月　（　　か月間①）

処方箋集中率第一位の保険医療機関名	ⅰ：	処方箋集中率第二位の保険医療機関名	ⅱ：	処方箋集中率第三位の保険医療機関名	ⅲ：

（１）処方箋受付回数等

ア　処方箋受付回数の計算

当該保険薬局で受け付けた全ての処方箋の受付回数				②	回
ⅰからの受付回数	②－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	②－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	②－ⅲ　回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算の対象となった患者の全ての処方箋の受付回数				③	回
ⅰからの受付回数	③－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	③－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	③－ⅲ　回
一月の処方箋の受付回数＝（②－③）/①				④	回
ⅰからの受付回数	④－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	④－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	④－ⅲ　回

イ　処方箋集中率の計算

情報通信機器を用いた服薬指導を受けた患者の全ての処方箋の受付回数				⑤	回
ⅰからの受付回数	⑤－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑤－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑤－ⅲ　回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の全ての処方箋の受付回数				⑥	回
ⅰからの受付回数	⑥－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑥－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑥－ⅲ　回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の全ての処方箋の受付回数				⑦	回
ⅰからの受付回数	⑦－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑦－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑦－ⅲ　回
介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症高齢者グループホームの入居者に係る全ての処方箋の受付回数				⑧	回
ⅰからの受付回数	⑧－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑧－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑧－ⅲ　回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合の患者の処方箋の受付回数				⑨	回
ⅰからの受付回数	⑨－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑨－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑨－ⅲ　回
処方箋集中率　※計算は以下のとおり $⑩n = \frac{②n-(⑤n+⑥n+⑦n+⑧n-⑨n)}{②-(⑤+⑥+⑦+⑧-⑨)}$					
ⅰからの処方箋集中率	⑩－ⅰ　%	ⅱからの処方箋集中率	⑩－ⅱ　%	ⅲからの処方箋集中率	⑩－ⅲ　%

	ウ　処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋集中率の合計（⑩－ｉ～ⅲの合計）	％（⑪）

（２）同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料３への該当性）

ア　薬局グループへの所属の有無	□所属なし（個店）→（３）へ □所属あり（薬局グループ名：　　）	
イ　⑩－ｉが 85％超	□該当　□非該当	
ウ　１月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計	回	
エ　調剤基本料３イ～ハの該当性（いずれかの区分の該当に☑すること）		
調剤基本料３イ（以下のいずれかに該当があれば該当に☑すること）	□該当	
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「該当」に☑をしている場合 ・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合	□該当	
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合 ・「５」の（１）ウについて「該当」に☑している場合	□該当	
調剤基本料３ロ		
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「該当」に☑をしている場合 ・ウが 40 万回以上の場合	□該当	
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・ウが 40 万回以上の場合 ・「５」の（１）ウについて「該当」に☑している場合	□該当	
調剤基本料３ハ		
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「非該当」に☑している場合 ・ウが 40 万回以上の場合 ・⑪が 70％以下	□該当	

（３）処方箋の集中状況等（調剤基本料２の該当性）

ア　④が 4000 回超かつ⑪が 70％超		□該当 □非該当→「イ」へ
イ　④が 1800 回超かつ⑩－ｉが 85％超		□該当 □非該当→「ウ」へ
ウ　Ⅰ～Ⅴのすべてに該当すること		□該当 □非該当→「エ」へ
	Ⅰ　当該保険薬局の指定日が令和８年６月１日以降である	□該当　□非該当
	Ⅱ　特別区又は政令指定都市に所在する	□該当　□非該当
	Ⅲ　当該保険薬局から 500m 以内に他の保険薬局がある	□該当　□非該当
	Ⅳ　④が 600 回超かつ 1800 回以下である	□該当　□非該当
	Ⅴ　⑩－ｉが 85％超である	□該当　□非該当
エ　④~~②~~－ｉが 4000 回超		□該当 □非該当→「オ」へ
オ　以下の⑫と④－ｉを合計した処方箋受付回数が 4000 回超		□該当 □非該当→「（４）」へ
	ア　主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数	施設

		イ　アの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計	⑫　回	
（４）　４、５（３）ア若しくはイ又は６（２）エ若しくは（３）アからオまでのいずれも該当しない（調剤基本料１の該当性）				□該当
７　門前薬局等立地依存減算の該当性 （（１）に該当、かつ、（２）又は（３）に該当があれば該当に☑すること）				□該当
（１）　当該保険薬局の指定日が令和８年６月１日以降である			□該当	□非該当
（２）　門前薬局の該当性				
	ア　６（３）ウのⅡとⅢのいずれにも該当する		□該当	□非該当
	イ　⑩－ｉが 85%超である		□該当	□非該当
	ウ　次の①から③までのいずれかに該当する		□該当	□非該当
		①　200 床以上の保険医療機関から 100m 以内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険薬局が２以上ある	□該当	□非該当
		②　周囲 50m 以内に他の保険薬局が２以上ある	□該当	□非該当
		③　周囲 50m 以内にある他の保険薬局が②に該当する	□該当	□非該当
（３）　医療モール等の該当性				
	ア　⑩－ｉが 85%超である		□該当	□非該当
	イ　保険医療機関と同一の敷地又は建物に所在する		□該当	□非該当

［記載上の注意］

１　「２」については、地方厚生局ホームページに掲載されている「コード内容別医療機関一覧表」を確認の上記載する。

２　「３」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から３ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料１等から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。

３　「３」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。

４　「３」については、令和８年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和８年度改定に伴う届出」と記載する。

５　「４」については、調剤基本料の注１ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「該当」に☑を記入し、様式 87 の２を添付する。

６　「６」については、処方箋集中率第１位の保険医療機関が同一敷地内又は同一建物内に所在する場合は「医療モール」と記載し、別紙２に各保険医療機関名等を記載する。

７　「６」②については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める。

８　「６（２）ア」については、グループ内で統一したグループ名を記載する。

９　「６（２）ウ」については、１月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年４月末時点でグループに属している保険薬局の④の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載する。

別紙１

特別調剤基本料Ａの施設基準に係る届出書添付書類

	全医療機関	処方箋集中率１位	処方箋集中率２位	処方箋集中率３位	処方箋集中率４位	処方箋集中率５位	処方箋集中率６位	処方箋集中率７位	処方箋集中率８位
特別な関係のある保険医療機関名									
種別		□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所
ア　処方箋受付回数（②）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋受付回数（⑤）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の処方箋受付回数（⑥）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の処方箋受付回数（⑦）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症高齢者グループホームの入居者に係る処方箋受付回数（⑧）	回	i　回	ii	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合の処方箋受付回数（⑨）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
処方箋集中率⑩ ※⑩N＝ (②N－(⑤N＋⑥N＋⑦N＋⑧N－⑨N)) / (②－(⑤＋⑥＋⑦＋⑧－⑨))		%	%	%	%	%	%	%	%
特別な関係のある医療機関の集中率の合計（⑪A）	%								
特定の保険医療機関との間における特別な関係の種類									
（イ）保険医療機関と不動産の賃貸借取引		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
（ロ）保険医療機関が譲り渡した不動産の利用		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
（ハ）保険薬局が所有する設備の貸与		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
（ニ）保険医療機関による開局時期の指定		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無

別紙２

医療モール等の施設基準に係る届出書添付書類

	医療モール全体	処方箋集中率１位	処方箋集中率２位	処方箋集中率３位	処方箋集中率４位	処方箋集中率５位	処方箋集中率６位	処方箋集中率７位	処方箋集中率８位
保険医療機関又は敷地若しくは建物の名称									
ア　処方箋受付回数の計算									
処方箋受付回数（②）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋受付回数（③）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
一月の処方箋の受付回数（④）＝（②－③）/①	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
イ　処方箋集中率									
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋受付回数　（⑤）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の処方箋受付回数（⑥）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の処方箋受付回数（⑦）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは介護医療院、高齢者の居住の安定確保に関する法律で定めるサービス付き高齢者向け住宅又は老人福祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム若しくは認知症高齢者グループホームに入居する患者に係る処方箋受付回数（⑧）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合の処方箋受付回数（⑨）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
処方箋集中率⑩ ※⑩N＝$\frac{②N－（⑤N＋⑥N＋⑦N＋⑧N－⑨N）}{②－（⑤＋⑥＋⑦＋⑧－⑨）}$		%	%	%	%	%	%	%	%

欄が不足する場合には複写し作成すること

様式87の３の２

地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出区分 （いずれかに○）	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算２
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算３
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算４
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算５

２　保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数（①）	回

３　各基準の実績回数

地域支援・医薬品供給対応体制加算２　　：(4)を含む３つ以上を満たすこと。

地域支援・医薬品供給対応体制加算３・５：いずれか７つ以上を満たすこと。

地域支援・医薬品供給対応体制加算４　　：(4)と(6)を含む３つ以上を満たすこと。

処方箋受付回数１万回当たりの基準 （１年間の各基準の算定回数）（満たす実績に○） 期間：　年　月　～　年　月 ※下記（　）内は各加算の実績基準を示す		各基準に①を乗じて１万で除して得た回数※	保険薬局における実績の合計
（　　）	(1)時間外加算等及び夜間・休日等加算 （加算２・３：40回、加算４・５：400回）	回	回
（　　）	(2)麻薬の調剤回数 （加算２・３：１回、加算４・５：10回）	回	回
（　　）	(3)調剤時残薬調整加算及び薬学的有害事象等防止加算 （加算２・３：20回、加算４・５：40回）	回	回
（　　）	(4)服薬管理指導料１のイ及び２のイ （加算２・３：20回、加算４・５：40回）	回	回
（　　）	(5)外来服薬支援料１ （加算２・３：１回、加算４・５：12回）	回	回
（　　）	(6)訪問薬剤管理指導料等（単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合に限る。） （加算の区分によらず24回）	回	回
（　　）	(7)服薬情報等提供料等 （加算２又は３：30回、加算４又は５：60回）	回	回
（　　）	(8)小児特定加算（加算の区分によらず１回）	回	回

※直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす

保険薬局当たりの基準		保険薬局における実績の合計
（　　）	(9)薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数 （加算２・３：１回、加算４・５：５回）	回

様式87の３の５

在宅薬学総合体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出区分	（　　）	在宅薬学総合体制加算１
（該当するものに〇）	（　　）	在宅薬学総合体制加算２

２　在宅薬学総合体制加算１及び２の共通の施設基準		
(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出		□あり
(2) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制		□あり
(3) 在宅業務実施体制に係る自局及びグループによる周知		□している
(4) 在宅業務実施体制に係る地域での周知の方法（該当するものに☑）	□ 地域の行政機関を通じて周知している。	
	□ 地域の薬剤師会等を通じて周知している。	
(5) 在宅業務に必要な体制の整備状況		
・在宅業務に関する職員等研修の実施実績及び計画		□あり
・外部の学術研修の受講		□あり
(6) 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況		□あり
(7) 麻薬小売業者免許の取得	（免許証の番号を記載：　　）	
(8) ~~服薬管理指導料１のイに規定するかかりつけ薬剤師による服薬管理指導を行う旨の届出~~服薬管理指導料の注１に係る届出（かかりつけ薬剤師）		□あり
(9) 直近１年間の訪問薬剤管理指導の実績回数（施設在宅等を含む） （実績回数の期間：　　年　　月～　　年　　月）		回

３　在宅薬学総合体制加算２の施設基準		
(1) 単一建物診療患者又は単一建物居住者等の実績 （実績回数の期間：　　年　　月～　　年　　月）		
ア　在宅患者訪問薬剤管理指導料１の実績回数		回
イ　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の実績回数		回
ウ　在宅患者緊急時等共同指導料の実績回数		回
エ　単一建物居住者の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実績回数		回
オ　アからエまでについて、在宅協力薬局として連携した場合の実績回数		回
カ　アからエまでについて、同等の業務を行った場合の実績回数		回
(2) 次のいずれかの実績要件満たす		
ア　３(1)アからカまでの合計回数が240回以上、かつ、その合計回数が２(9)の直近１年間の訪問薬剤管理指導の実績回数全体に占める割合が２割を超える。		□該当
イ　３(1)アからカまでの合計回数が480回以上、かつ、その合計回数が２(9)の直近１年間の訪問薬剤管理指導の実績回数全体に占める割合が１割を超える。		□該当
(3)　当該保険薬局に在籍する保険薬剤師の人数 （常勤換算による保険薬剤師の人数）		（　　人） （常勤換算　　人）
(4)　高度管理医療機器等の販売業の許可等	許可番号：	

(5)　ア、イ又はウについて、実績回数があるものに〇を記載すること。		
	（　　）ア．訪問薬剤管理指導に係る麻薬指導加算等の実績回数 （10回以上／年）	回／年
	（　　）イ．無菌製剤処理加算の実績回数 （１回以上／年）	回／年
	（　　）ウ．小児在宅患者に対する体制	
	小児在宅患者に対する訪問薬剤管理指導の実績回数 （６回以上／年）（Ａ＋Ｂ）	回
	（参考）	
	Ａ 小児特定加算の算定実績 （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に係るものに限る。）	回
	Ｂ 乳幼児加算の算定実績 （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に係るものに限る。）	回

［届出上の注意］

1　「１」の届出区分は、該当するものに〇をすること。

2　在宅薬学総合体制加算１を届出する場合、２について記載すること。

3　在宅薬学総合体制加算２を届出する場合、２及び３について記載すること。

4　２(9)の実績については、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、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算定回数の合計を記載する。ただし、情報通信機器を用いた場合は除く。

5　３(1)のオについて、在宅協力薬局として実施した場合には、ア及びイに含めず、エとして記載すること。

6　３(1)のカの「同等の業務」については、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。

7　３の(5)ア、イ及びウについては、複数に適合する場合は、いずれにも〇を記載すること。

8　３の(5)アについては、麻薬管理指導加算若しくは在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算（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に係る加算）又は居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）に係る加算の実績回数の合計を記載すること。

様式 87 の 23

遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行う手術の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出する術式について（該当する部分に〇をつける）
- 乳房切除術
- 子宮附属器腫瘍摘出術

２　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

３　乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の専門的な研修の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年

４　産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を６年以上有する常勤医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の専門的な研修の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年

５　臨床遺伝学の診療に係る経験を３年以上有する常勤医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	臨床遺伝学の診療の経験年数
		時間	年
		時間	年

６　遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修の状況

	氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日
３に係る常勤医師の受講状況				
４に係る常勤医師の受講状況				
５に係る常勤医師の受講状況				

７　乳房ＭＲＩ加算の施設基準に係る届出　　（　有　・　無　）

７－２　連携により当該体制を有して	

いる場合は、当該連携医療機関の名称	
８　~~遺伝カウンセリング加算の~~遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出 （　有　・　無　）	
９　麻酔科標榜医の氏名	
10　病理部門の病理医氏名	

［記載上の注意］

１　「３」から「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「６」について、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。

３　「７」について、「無」にチェックがついた場合は「７－２」に連携により当該体制を有している他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

４　「９」については、子宮附属器腫瘍摘出術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行うものに限る。）の施設基準を届け出る場合以外においては、記載しなくてよいこと。

５　「８」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	

連絡先

担当者氏名：

電話番号　：

（届出事項）

（　　）の施設基準に係る届出

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

□ 当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□ 当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□ 当該届出を行う前６か月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□ 当該届出を行う時点において、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入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

　　殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

２　□には、適合する場合「✓」を記入すること。

３　届出書は、１通提出のこと。

様式95

（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ））の施設基準に係る届出書添付書類

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

□　毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善実績報告書」により報告すること、②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

□　本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　開設者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎必要記載項目

1　保険医療機関コード　＿＿＿＿＿＿＿＿

保険医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿

2　届出を行う評価料

□　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

□　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

3　外来医療等の実施の有無

□　外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（医科）

□　外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（歯科）

4　対象職員（常勤換算）数

＿＿＿＿＿＿＿＿人

※　対象職員とは、自保険医療機関に勤務する職員をいう。

（ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。）

※　本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。

※　0より大きい数であればよい。

5　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）注5に係る算定要件確認

※以下の①～③のいずれかの該当する項目に、チェックを付けてください。

＜外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5に該当する医療機関＞

①　□　令和8年3月31日時点において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を届け出ていた保険医療機関

②　□　「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」または「入院ベースアップ評価料」を届け出ていなかったが本様式届出時点において、施設基準通知に記載された給与水準以上の賃上げを行った保険医療機関

＜外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5に該当しない医療機関＞

③　□　①・②に該当せず、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のみを届け出る保険医療機関

（2） 外来・在宅ベースアップ評価料及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料の算定可否



【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。

2 「3」については、外来医療等の実施の有無について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。

3 「4」については、本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算数で記載すること。
なお、常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

様式96

（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ））の施設基準に係る届出書添付書類　（新規・区分変更）

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

□　毎年８月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善実績報告書」により報告すること、②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

□　本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

＿＿年＿＿月＿＿日　　開設者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎必要記載項目

1　保険医療機関コード ＿＿＿＿＿＿＿＿
　　保険医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

2　届出を行う評価料

□　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）
□　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

3　該当する届出

□　新規届出
□　区分変更

●対象職員（常勤換算）数

＿＿＿＿＿＿人

※【記載上の注意】を参照

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入
（前回届出時 ＿＿＿＿＿＿人）
１割以上の変動

※　原則2.0以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員（常勤換算）数が2.0人未満の場合、特定地域（※）に所在する保険医療機関に該当するか。　□

※「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

（1）届出年月日　　令和＿＿年＿＿月

※　**本様式の届出作業を行っている月**をさす

例）令和8年6月から評価料を算定するために、令和8年5月に様式を記入する場合
➡令和 【8】年 【5】月　を入力

（2）賃金改善開始年月日　　令和＿＿年＿＿月

※　当該年度における賃金改善を開始した月

4　区分計算

（1）算出方法

●同一法人内の複数医療機関で通算して算出しますか。　はい　□（はいの場合は（2）の記入は不要、様式99の記入が必要）

（2）賃金改善算定基礎額の算出

●計算に必要な対象職種ごとの記載項目

ア　自保険医療機関に勤務する職員（医師・歯科医師、看護補助者、事務職員を除く）の月額賃金総額

＿＿＿＿＿＿＿＿　円

イ　自保険医療機関に勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

＿＿＿＿＿＿＿＿　円

※ 月額賃金総額：届出を行う月（3（1）の月）の直近1月の総額　＜対象月＞　【　　】

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合（チェックしてください）➡　□

ウ　自保険医療機関に勤務する職員のうち40歳未満の常勤医師及び歯科医師の人数

＿＿＿＿＿＿＿＿　人　（※ ただし、事業主及び役員を除く）

エ　自保険医療機関に勤務する職員のうち、週22時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の人数

＿＿＿＿＿＿＿＿　人　（※ただし、週22時間以上勤務する場合においては、宿日直を除く。また、事業主及び役員を除く。）

※ 人数：本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いる。

＜対象月＞　【　　・　　・　　】の平均

➡【賃金改善算定基礎額】　＿＿＿＿＿＿＿＿　円

（3）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等により算定される点数の見込み、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等の区分の上限を算出する値（【B】）

●　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の対象期間：本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均】

	点数表の項目	算定回数 月	算定回数 月	算定回数 月		算定回数（直近3月平均）
医科点数表	① 初診料等	回	回	回		回
	② 再診料等	回	回	回		回
	③ 訪問診療料（同一建物以外）	回	回	回		回
	④ 訪問診療料（同一建物）	回	回	回		回
歯科点数表	⑤ 初診料等	回	回	回		回
	⑥ 再診料等	回	回	回		回
	⑦ 歯科訪問診療料（同一建物以外）	回	回	回		回
	⑧ 歯科訪問診療料（同一建物）	回	回	回		回

※　本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値（小数第二位を四捨五入）を記載すること。

※　外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7、歯科外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7を算定している場合には、
それぞれの当該評価料の1から3まで又は注6に規定する点数を算定したものとみなす。

※　自由診療の患者については、計上しない。
公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定回数見込み

回

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定により算定される点数の見込み

点

※区分変更の場合は前回届出時の回数も記入
（前回届出時　　回）
1割以上の変動

（4）【B】の値

$$【B】= \frac{\left[\begin{array}{c}\text{賃金改善算定基礎額}\times 0.5 - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び}\\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み})\times 10\text{円}\end{array}\right]}{\left[\begin{array}{c}\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み}\times 8\\ +\ \text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み}\\ +\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み}\times 8\\ +\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み}\end{array}\right]\times 10\text{円}}$$

5　施設基準要件の確認

●常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること

●1月あたりの入院料（※）の算定回数が30未満の医療機関であること。　□

※医科点数表又は歯科点数表第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、
同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）

●外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っており、　□
入院ベースアップ評価料の届出を行っていない保険医療機関であること

●社会保険診療等に係る収入金額（※）の合計額が、総収入の80／100を超えること。　□

※【記載上の注意】を参照

6　4（4）により算出した【B】に基づき、該当する区分の算出

（1）　算定が可能となる区分

※区分変更の必要はありません

※区分変更の必要はありません

（2） 届出する区分（いずれかを選択）

◉	届出無し
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）4
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）5
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）6
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）7
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）9
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）10
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）11
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）12
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）13
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）14
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）15
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）16
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）17
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）18
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）19
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）20
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）21
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）22
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）23
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）24

◉	届出無し	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）4	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）5	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）6	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）7	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）9	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）10	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）11	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）12	～令和9年5月末まで
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）13	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）14	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）15	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）16	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）17	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）18	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）19	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）20	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）21	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）22	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）23	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）24	～令和10年5月末まで

（3） 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5・注6に係る算定要件確認

※以下の①～③のいずれかの該当する項目に、チェックを付けてください。

＜外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5及び注6に該当する医療機関＞

① □ 令和8年3月31日時点において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」 を届け出ていた保険医療機関

② □ 「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」または「入院ベースアップ評価料」を届け出ていなかったが
本様式届出時点において、施設基準通知に記載された給与水準以上の賃上げを行った保険医療機関

＜外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5及び注6に該当しない医療機関＞

③ □ 「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」 のみを届け出る保険医療機関

（4） 最終算定区分

※区分変更の必要はありません

※区分変更の必要はありません

【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。

2 「3」の「対象職員（常勤換算）数」については、自保険医療機関に勤務する職員をいう。ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。また、事業主及び役員を含まない。
なお、本様式の届出時点における人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。

3 「4」（2）対象職員の「月額賃金総額」とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
なお、算出については、届出を行う月の直近1月の総額を用いること。ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額）を用いること。
「月額賃金総額」には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。

4 「4」（2）対象職員の「人数」については、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いること。

5 「4」（3）「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・医科点数表区分番号（以下5～8において、単に「区分番号」という。）A000に掲げる初診料
・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの⑴、1のロの⑴、2のイの⑴若しくは2のロの⑴

6 「4」（3）「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号A001に掲げる再診料
・区分番号A002に掲げる外来診療料
・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のロ若しくは2のロ
・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの⑵、1のロの⑵、2のイの⑵若しくは2のロの⑵
・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

7 「4」（2）「③訪問診療料（同一建物以外）に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1のイ若しくは2のイ
・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料（訪問診療を行った場合に限る。）

8 「4」（2）「④訪問診療料（同一建物に係る算定回数）」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1のロ若しくは2のロ
・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）

9 「4」（2）「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号（以下9～12において、単に「区分番号」という。）A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。

10 「4」（2）「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号A002に掲げる再診料
・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料

・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

11 「4」(2)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1　歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。

12 「4」(2)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1　歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)

・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2　歯科訪問診療2

・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3　歯科訪問診療3

・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4　歯科訪問診療4

・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5　歯科訪問診療5

・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15

・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

13 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。

様式97

（看護職員処遇改善評価料
入院ベースアップ評価料）の施設基準に係る届出書添付書類　（新規・区分変更）

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

□　毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善実績報告書」により報告すること、②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

□　本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

＿＿年＿＿月＿＿日　　開設者名：＿＿＿＿＿＿＿＿

◎必要記載項目

1　保険医療機関コード ＿＿＿＿＿＿＿＿
　保険医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

2　届出を行う評価料

□ 看護職員処遇改善評価料
□ 入院ベースアップ評価料

3　該当する届出

□ 新規
□ 区分変更

●対象職員（常勤換算）数

＿＿＿＿＿＿人

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入
（前回届出時 ＿＿＿＿＿＿人）
1割以上の変動

※【記載上の注意】を参照

※　原則2以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員（常勤換算）数が2.0人未満の場合、特定地域（※）に所在する保険医療機関に該当するか。　□

※「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

（1）届出年月日　　令和＿＿年＿＿月

※　**本様式の届出作業を行っている月**をさす

例）令和8年6月から評価料を算定するために、令和8年5月に様式を記入する場合
➡令和 **【8】**年 **【5】**月　を入力

（2）賃金改善開始年月日　　令和＿＿年＿＿月

※　当該年度における賃金改善を開始した月

4　区分計算

（1）　看護職員等の数

＿＿＿＿＿＿＿＿　人月

※　本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値（小数第二位を四捨五入）を記載すること。

＜対象月＞　【　　・　　・　　】の平均

（2）　延べ入院患者数

＿＿＿＿＿＿＿＿　人月

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入
（前回届出時　＿＿＿＿＿＿　人）
1割以上の変動

※　本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値（小数第二位を四捨五入）を記載すること。

※　自由診療の患者については、計上しない。　＜対象月＞　【　　・　　・　　】の平均

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※　対象期間の1月当たりの平均延べ入院患者数が30人月未満である場合については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）を届け出ても差し支えない。ただし、その場合は入院ベースアップ評価料を届け出ないこと。

（3）算出方法

●同一法人内の複数医療機関で通算して算出しますか。　はい　□　（はいの場合は（4）の記入は不要、様式99の記入が必要）

（4）賃金改善算定基礎額の算出

●計算に必要な対象職種ごとの記載項目

ア　自保険医療機関に勤務する職員（医師・歯科医師、看護補助者、事務職員を除く）の月額賃金総額

＿＿＿＿＿＿＿＿　円

イ　自保険医療機関に勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

＿＿＿＿＿＿＿＿　円

※ 月額賃金総額：届出を行う月（3（1）の月）の直近1月の総額　＜対象月＞　【　　】

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合（チェックしてください）➡　□

ウ　自保険医療機関に勤務する職員のうち40歳未満の常勤医師及び歯科医師の人数

＿＿＿＿＿＿＿＿　人　（※ ただし、事業主及び役員を除く）

エ　自保険医療機関に勤務する職員のうち、週22時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の人数

＿＿＿＿＿＿＿＿　人　（※ただし、週22時間以上勤務する場合においては、宿日直を除く。
また、事業主及び役員を除く。）

※ 人数：本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いる。

＜対象月＞　【　　・　　・　　】の平均

➡【賃金改善算定基礎額】　＿＿＿＿＿＿＿＿　円

（5）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等により算定される点数の見込み、看護職員処遇改善評価料の区分の上限を算出する値（【A】）・入院ベースアップ評価料の区分の上限を算出する値（【C】）

● 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の対象期間：
本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均】

	点数表の項目	算定回数 月	算定回数 月	算定回数 月	→	算定回数（直近3月平均）
医科点数表	① 初診料等	回	回	回		回
	② 再診料等	回	回	回		回
	③ 訪問診療料（同一建物以外）	回	回	回		回
	④ 訪問診療料（同一建物）	回	回	回		回
歯科点数表	⑤ 初診料等	回	回	回		回
	⑥ 再診料等	回	回	回		回
	⑦ 歯科訪問診療料（同一建物以外）	回	回	回		回
	⑧ 歯科訪問診療料（同一建物）	回	回	回		回

※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値（小数点第二位を四捨五入）を記載すること。

※ 外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7、歯科外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7を算定している場合には、それぞれの評価料の1から3まで又は注6に規定する点数を算定したものとみなす。

※ 自由診療の患者については、計上しない。
公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定回数見込み

回

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定により算定される点数の見込み

点

（6）【A】・【C】の値

【A】の値

$$【A】= \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額：（当該保険医療機関の看護職員等の数} \times 12{,}000\text{円} \times 1.165）}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10\text{ 円}}$$

【C】の値

$$【C】= \frac{\text{賃金改善算定基礎額 －（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み）} \times 10\text{円}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10\text{ 円}}$$

5　施設基準要件の確認

【看護職員処遇改善評価料】**（以下の（1）（2）のいずれかに該当するものを選択）**

（1）次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

（イ）　区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算に係る届出を行っている　□

（ロ）　救急搬送実績が、年間で200件以上であること

救急搬送実績：　　件　（期間：令和　　年度）　□

（2）救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること　□

【入院ベースアップ評価料】**（以下の条件全てに該当すること）**

●常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること　□

●入院料（※）を算定している保険医療機関であること　□

※医科点数表又は歯科点数表第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、
同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）

●外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っており、　□
外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの届出を行っていない
保険医療機関であること

●社会保険診療等に係る収入金額（※）の合計額が、総収入の80／100を超えること。　□

※ 【記載上の注意】3を参照

6　3により算出した【A】・【C】に基づき、該当する区分

（1）　看護職員処遇改善評価料算定が可能となる区分

※区分変更の必要はありません

（2）　入院ベースアップ評価料算定が可能となる区分

※区分変更の必要はありません

【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。

2 「3」の「対象職員（常勤換算）数」については、自保険医療機関に勤務する職員をいう。ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。また、事業主及び役員を含まない。
なお、本様式の届出時点における人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。

3 「4」（1）看護職員等とは、「当該保険医療機関に勤務する看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師（非常勤職員を含む。）をいう。）」を指す。
また、看護職員等の数は、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における看護職員等の数の平均の数値を用いること。

4 「4」（2）延べ入院患者数は、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

5 「4」（4）対象職員の「月額賃金総額」とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
なお、算出については、届出を行う月の直近1月の総額を用いること。ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額）を用いること
「月額賃金総額」には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。

6 「4」（4）対象職員の「人数」については、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いること。

7 「4」（5）「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・医科点数表区分番号（以下5～8において、単に「区分番号」という。）A000に掲げる初診料
・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1のロの(1)、2のイの(1)若しくは2のロの(1)

8 「4」（5）「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号A001に掲げる再診料
・区分番号A002に掲げる外来診療料
・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のロ若しくは2のロ
・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1のロの(2)、2のイの(2)若しくは2のロの(2)
・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

9 「4」（5）「③訪問診療料（同一建物以外）に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1のイ若しくは2のイ
・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料（訪問診療を行った場合に限る。）

10 「4」（5）「④訪問診療料（同一建物に係る算定回数）」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1のロ若しくは2のロ
・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）

11 「４」(５)「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号（以下９～12において、単に「区分番号」という。）A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。

12 「４」(５)「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

・区分番号A002に掲げる再診料

・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料

・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料

・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

13 「４」(５)「⑦歯科訪問診療料（同一建物以外）に係る算定回数」については、区分番号C000の１に掲げる歯科訪問診療料の１　歯科訪問診療１（同一患家の患者について算定した場合を除く。）の合計算定回数を記載すること。

14 「４」(５)「⑧歯科訪問診療料（同一建物）に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

・区分番号C000の１に掲げる歯科訪問診療料の１　歯科訪問診療１（同一患家の患者について算定した場合。）

・区分番号C000の２に掲げる歯科訪問診療料の２　歯科訪問診療２

・区分番号C000の３に掲げる歯科訪問診療料の３　歯科訪問診療３

・区分番号C000の４に掲げる歯科訪問診療料の４　歯科訪問診療４

・区分番号C000の５に掲げる歯科訪問診療料の５　歯科訪問診療５

・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15

・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

15 「５」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。

様式98

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）　の注5
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）・歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）　の注5・注6
医科診療報酬点数表第1章第2部　入院料等　通則第11号
歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号

の施設基準に係る届出書添付書類

◎必要記載項目

1　保険医療機関コード
　保険医療機関名

2　届出を行う評価項目

□ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の　**注5**
□ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）・歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の　**注5・6**
□ 医科診療報酬点数表第1章第2部　入院料等　通則11**【入院料減算免除】**
□ 歯科診療報酬点数表第1章第2部　入院料等　通則9**【入院料減算免除】**

届出年月日　　令和　　年　　月

3　要件の確認

（1）開設時期 **【入院料減算免除】要件**

●令和8年6月1日以降に、新規開設した保険医療機関か　はい □
（該当する場合には（3）の記載は不要です。）

（2）ベースアップ評価料の算定有無（該当する項目**1つ**に☑をしてください）**【入院料減算免除】要件**

（ⅰ）令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関である。　はい □
（該当する場合には（3）の記載は不要です。）

（ⅱ）令和8年3月31日時点で外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）を届け出ている有床診療所である。　はい □
（該当する場合には（3）の記載は不要です。）

（ⅲ）本様式届出時点で外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出ている保険医療機関である。　はい □
（（3）③の記載が必要です。）

（ⅳ）上記（ⅰ～ⅲ）条件には該当しないが、減算免除を希望する保険医療機関である。　はい □
（（3）①・②の記載が必要です。）

（3）本評価項目に必要な賃上げ水準の算出 **【注5，注6】・【入院料減算免除】要件**

○　以下、基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。

※　「基本給等総額」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

①ベースアップ評価料対象職員（医師，歯科医師・看護補助者・事務職員を除く。）の
基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

（Ⅰ）当該評価料の算定を開始する年月　【当該評価料：　／　】	令和		年		月
（Ⅱ）対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月（（Ⅰ））時点】					人
（Ⅲ）当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月（（Ⅰ））時点の基本給等総額】					円
（Ⅳ）（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】					円
（Ⅴ）施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【（Ⅳ）×0.055】					円

②ベースアップ評価料対象職員（看護補助者・事務職員）の
基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

（Ⅰ）当該評価料の算定を開始する年月　【当該評価料：　／　】	令和		年		月
（Ⅱ）対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月（（Ⅰ））時点】					人
（Ⅲ）当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月（（Ⅰ））時点の基本給等総額】					円
（Ⅳ）（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】					円
（Ⅴ）施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【（Ⅳ）×0.08】					円

③入院料減算免除（上記３（２）（iii）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出ている保険医療機関の場合）
に該当する医療機関の対象職員（医師・歯科医師を除く）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

（Ⅰ）入院料の減算免除が開始する月　【当該評価料：外来ベア（Ⅰ）のみ】	令和	年		月
（Ⅱ）対象職員の常勤換算数【入院料の減算免除が開始する月（Ⅰ）時点】				人
（Ⅲ）（Ⅰ）入院料の減算免除が開始する月時点の基本給等総額【入院料の減算免除が開始する月（（Ⅰ））時点の基本給等総額】				円
（Ⅳ）（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】				円
（Ⅴ）施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【（Ⅳ）×0.023】				円

ベースアップ評価料対象職員（40歳以上の常勤医師・歯科医師を除く。）の令和6年3月以降の賃金改善が、
必要な水準以上に達しているか（0以上の場合は該当）

※　{①(Ⅲ)＋②(Ⅲ)}－{①(Ⅳ)＋①(Ⅴ)＋②(Ⅳ)＋②(Ⅴ)}　＝　　円

（※賃上げ後の基本給等総額が、賃上げ前の基本給等総額＋賃上げ必要額と同等（0以上であるかを確認））

4　要件の該当可否

●外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）・歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）　注5
及び
●外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）・歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）　注5

【算定可否】

算定可能

5　入院料減算の要否

●医科診療報酬点数表第1章第2部　入院料等　通則11【入院料減算の免除】
及び
●歯科診療報酬点数表第1章第2部　入院料等　通則9【入院料減算の免除】

【算定可否】

減算免除

【記載上の注意】

1　「２」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注５、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注５・注６、医科診療報酬点数表第１章第２部入院料等通則11、歯科点数表第１章第２部入院料等通則第９号のいずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。

2　「３」の（１）及び（２）については、該当する項目１つに☑を入れること。なお、該当しない場合は不要である。

3　「３」の（２）（iii）「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出ている」ということは、医科点数表の第14部
第１節ベースアップ評価料等において、当該評価料のみを届け出ている医療機関をいう。

4　「３」の（３）の（Ⅰ）「当該評価料」は、届け出る施設基準に係る評価料の項目をいう。

5　「３」の（３）の（Ⅱ）「算定を開始する月」は、当該評価料を新たに算定し始める月のことをいう。

６　「３」の（３）の（Ⅱ）「対象職員の常勤換算数」は、本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

７　「３」の（３）「基本給等総額」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。

８　「３」の（３）の（Ⅳ）は、（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた際の基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】」は、（Ⅲ）と同じ対象職員が令和６年３月時点にいると仮定し、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合の基本給等総額を求めること。

９　「３」の（３）の（Ⅴ）「必要な賃上げ額」は、届け出る施設基準の区分によって、必要な賃上げ水準が異なる。

10　「４」の「要件の該当可否」の結果及び「５」の「入院料減算の要否」に基づいて、算定可能若しくは減算免除となった場合、別添２と併せて本用紙を地方厚生(市)局長に提出すること。

様式99

ベースアップ評価料
同一法人内複数医療機関届出用補助計算書

の施設基準に係る届出書添付書類

◎必要記載項目

1　保険医療機関コード

保険医療機関名

（1）届出年月日　　令和　　年　　月

※　**本様式の届出作業を行っている月**をさす

例）令和8年6月から評価料を算定するために、令和8年5月に様式を記入する場合
➡令和　**【8】**年　**【5】**月　を入力

（2）賃金改善開始年月日　　令和　　年　　月

※　当該年度における賃金改善を開始した月

2　区分計算

（1）　社会保険診療等収入金額

●医療機関の社会保険診療等収入金額　＜申請する1医療機関分＞

円

●給与総額等を通算して算出する保険医療機関全体の社会保険診療等収入金額

円

※　**社会保険診療等収入金額**：【記載上の注意】をご確認ください。
届出年月日の直近1か月の総額を用いる。

＜対象月＞　【　　】

●社会保険診療等収入金額を基に算出した当該医療機関の按分比率

（2）賃金改善算定基礎額の算出

①計算に必要な対象職種ごとの記載項目

※以下、月額賃金等を通算して算出する医療機関の各項目の合計値を記入する。

（医療機関以外の法人職員を含めてはならない）

ア　保険医療機関に勤務する職員（40歳未満の常勤医師・歯科医師、看護補助者、事務職員**を除く**）の月額賃金総額

円

イ　保険医療機関に勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

円

※　月額賃金総額：届出を行う月（1（1）の月）の直近1月の総額　**＜対象月＞**　【　　】

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合（チェックしてください）➡　□

ウ　保険医療機関に勤務する職員のうち40歳未満の常勤医師及び歯科医師の人数

＿＿＿＿＿＿＿＿人　（※ただし、事業主及び役員を除く）

エ　保険医療機関に勤務する職員のうち、週22時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の人数

＿＿＿＿＿＿＿＿人　（※ただし、週22時間以上勤務する場合においては、宿日直を除く。
また、事業主及び役員を除く。）

※ 人数：本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いる。

＜対象月＞　【　・　・　】の平均

②賃金改善算定基礎額＜通算して算出する医療機関の合計額＞

➡【賃金改善算定基礎額（通算）】　＿＿＿＿＿＿円

③賃金改善算定基礎額＜申請する1医療機関分＞

➡【賃金改善算定基礎額】×【按分比率】　＿＿＿＿＿＿円

→この数値が様式96、様式97に転記されます

【記載上の注意点】

1 「2」(1)については、ベースアップ評価料に係る「特掲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」（令和8年3月5日保医発 0305 第 8 号）に記載された以下の項目を対象とする。

ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和 32 年法律第 26 号)第 26 条第2項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和 22 年法律第50 号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね 100 分の 10 以下の場合をいう。)の場合に限る。)及び保険外併用療養費（健康保険法第 86 条に規定する保険外併用療養費をいう。）を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。）

イ 健康増進法(平成 14 年法律第 103 号)第6条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第4条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。）

ウ 予防接種(予防接種法(昭和 23 年法律第 68 号)第2条第6項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第 30 条の 35 の3第1項第2号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成 29 年厚生労働省告示第 314 号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額

エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(1の分娩に係る助産に係る収入金額が 50 万円を超えるときは、50 万円を限度とする。）

オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第 26 条第2項第4号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。）

カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第6条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第 77 条及び第 78条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額

キ 児童福祉法第 21 条の5の2に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第 24 条の2に規定する障害児入所給付費、同法第 24 条の7に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第 24 条の 25 に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額

ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

様式100

看護職員処遇改善評価料
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
入院ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書・賃金改善中間報告書」

１．　「看護職員処遇改善評価料」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「歯科外来・在宅ベース　アップ評価料（Ⅰ）」を含む）、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）及び「入院ベースアップ評価料」を算定する医療機関については、別添１の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
２．　法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、、別添２「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

様式100別添１

（令和　　年度分）

保険医療機関コード	
保険医療機関名	

Ⅰ．提出書類の種類　　**※どちらか１つを選択してください。**

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．報告する医療機関種別　　**※どちらか１つを選択してください。**

☐ 病院及び診療所
☐ 歯科診療所

Ⅲ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月　　　ヶ月

※　令和８年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
※　令和８年度又は令和９年度の６月から翌年５月の１年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の４月から翌年３月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月　　　ヶ月

Ⅳ－１．ベースアップ評価料等による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）看護職員処遇改善評価料による収入の実績額		円
（４）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による収入の実績額		円
（５）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による収入の実績額		円
（６）入院ベースアップ評価料による収入の実績額		円
（７）ベースアップ評価料等による収入の実績額【（３）＋（４）＋（５）＋（６）】		円

※　「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は０と記載。）

Ⅳ－１－１．ベースアップ評価料等による収入の繰越状況

（８）前年度からの繰越額（令和８年度分報告時のみ記載）		円

Ⅳ－２．ベースアップ評価料等による収入の実績額（総計）

（９）ベースアップ評価料等による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【（７）＋（８）】		円

○　以下、基本給等総額については１か月当たりの額を記載してください。
※　「基本給等総額」とは、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計をいい、賞与、期末
　　・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
※　「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。
※　（15）のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅴ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（10）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（11）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（12）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（13）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（11）－（12）】		円
（14）ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
（15）上記（13）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

Ⅴ－２．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

（16）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（17）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（18）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（19）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（17）－（18）】		円
（20）ベア等による賃金増率【（19）÷（18）】		%
（21）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（22）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－３．40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

（23）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（24）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（25）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（26）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（24）－（25）】		円
（27）ベア等による賃金増率【（26）÷（25）】		%
（28）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（29）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－４．事務職員の基本給等に係る事項

（30）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（31）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（32）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（33）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（31）－（32）】		円
（34）ベア等による賃金増率【（33）÷（32）】		%
（35）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（36）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－５．看護補助者の基本給等総額に係る事項

（37）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（38）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（39）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（40）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（38）－（39）】		円
（41）ベア等による賃金増率【（40）÷（39）】		%
（42）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（43）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－６．薬剤師の基本給等総額に係る事項

（44）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（45）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（46）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（47）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（45）－（46）】		円
（48）ベア等による賃金増率【（47）÷（46）】		%
（49）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（50）前年度の賞与の支給月数		か月

Ｖ－７．歯科衛生士の基本給等総額に係る事項（歯科診療を主とする病院及び診療所の場合に記入）

（51）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（52）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（53）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（54）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（52）－（53）】		円
（55）ベア等による賃金増率【（54）÷（53）】		%
（56）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（57）前年度の賞与の支給月数		か月

Ｖ－８．その他の対象職種の基本給等に係る事項

（58）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（59）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（60）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（61）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（59）－（60）】		円
（62）ベア等による賃金増率【（61）÷（60）】		%
（63）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（64）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅵ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（65）ベースアップ評価料による収入の実績額【（９）】		円
（66）対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（13）×（算定期間）】		円
（67）ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円
（68）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（66）＋（67））－（65）】		円
（69）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み	

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

１　本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。

２　本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。

３　本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。

４　本報告書において、「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料等を届け出ていた保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

５　Ｖの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

６　Ｖの「ベア等」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げのことをいう。

７　Ｖについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

８　Ｖについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

９　Ⅵについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

様式100別添２

（令和　　年度分）

保険医療機関コード	
保険医療機関名	
集約医療機関数	

Ⅰ．提出書類の種類　※どちらか１つを選択してください。

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．報告する医療機関種別　※どちらか１つを選択してください。

☐ 病院及び診療所
☐ 歯科診療所

Ⅲ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月　　ヶ月

※　令和８年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
※　令和８年度又は令和９年度６月から翌年５月の１年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の４月から翌年３月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月　　ヶ月

Ⅳ－１．ベースアップ評価料等による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）看護職員処遇改善評価料による収入の実績額		円
（４）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による収入の実績額		円
（５）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による収入の実績額		円
（６）入院ベースアップ評価料による収入の実績額		円
（７）ベースアップ評価料等による収入の実績額【（３）＋（４）＋（５）＋（６）】		円

※　「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は０と記載。）

Ⅳ－１－１．ベースアップ評価料等による収入の繰越状況

（８）前年度からの繰越額（令和８年度分報告時のみ記載）		円

Ⅳ－２．ベースアップ評価料等による収入の実績額（総計）

（９）ベースアップ評価料等による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【（７）＋（８）】		円

○　以下、基本給等総額については１月当たりの額を記載してください。
※　「基本給等総額」には、基本給等及び時間外手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
※　「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。
※　（15）のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅴ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（10）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（11）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（12）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（13）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（11）－（12）】		円
（14）ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
（15）上記（14）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

Ⅴ－２．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

（16）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（17）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（18）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（19）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（17）－（18）】		円
（20）ベア等による賃金増率【（19）÷（18）】		%
（21）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（22）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－３．40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

（23）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（24）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（25）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（26）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（24）－（25）】		円
（27）ベア等による賃金増率【（26）÷（25）】		%
（28）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（29）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－４．事務職員の基本給等に係る事項

（30）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（31）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（32）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（33）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（31）－（32）】		円
（34）ベア等による賃金増率【（33）÷（32）】		%
（35）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（36）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－５．看護補助者の基本給等総額に係る事項

（37）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（38）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（39）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（40）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（38）－（39）】		円
（41）ベア等による賃金増率【（40）÷（39）】		%
（42）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（43）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－６．薬剤師の基本給等総額に係る事項

（44）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（45）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（46）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（47）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（45）－（46）】		円
（48）ベア等による賃金増率【（47）÷（46）】		%
（49）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（50）前年度の賞与の支給月数		か月

Ｖ－７．歯科衛生士の基本給等総額に係る事項（歯科診療を主とする病院及び診療所の場合に記入）

（51）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（52）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（53）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（54）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（52）－（53）】		円
（55）ベア等による賃金増率【（54）÷（53）】		%
（56）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（57）前年度の賞与の支給月数		か月

Ｖ－８．その他の対象職種の基本給等に係る事項

（58）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（59）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（60）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（61）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（59）－（60）】		円
（62）ベア等による賃金増率【（61）÷（60）】		%
（63）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（64）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅵ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（65）ベースアップ評価料による収入の実績額【（９）】		円
（66）対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（13）×（算定期間）】		円
（67）ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円
（68）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（66）＋（67））－（65）】		円
（69）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み	

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

１　本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。

２　本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。

３　本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。

４　本報告書において、「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料を届け出ていた医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

５　Ｖの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

６　Ｖの「ベア等」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げのことをいう。

７　Ｖについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

８　Ｖについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

９　Ⅵについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	

連絡先

担当者氏名：

電話番号　：

（届出事項）

（　　）の施設基準に係る届出

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

□ 当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□ 当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□ 当該届出を行う前６か月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□ 当該届出を行う時点において、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入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

　　殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

２　□には、適合する場合「✓」を記入すること。

３　届出書は、１通提出のこと。

様式101

歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準に係る届出書添付書類

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

☐ 毎年８月において、前年度の賃金改善支援の取組状況について、様式102により、「実績報告書」を作成し、報告することについて、理解しました。

☐ 本支援料評価料による収入については全て歯科技工士の賃上げに充当することについて、誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

◎必要記載項目

１　保険医療機関コード

　　保険医療機関名

２　製作委託等を行う歯科技工所の名称

３　歯科技工所における賃金引き上げの方法

【記載上の注意】

１　「３」については、歯科技工所と連携し、可能な限り具体的に記載すること。

様式102

歯科技工所ベースアップ支援料

「実績報告書」

歯科技工所ベースアップ支援料を算定する歯科診療所、病院においては、別添１「実績報告書」を提出すること。

様式102別添１

（歯科技工所ベースアップ支援料）実績報告書（令和　　年度分）

保険医療機関コード	
保険医療機関名	

Ⅰ．提出書類の種類

☐ 実績報告書

Ⅰ．賃金改善支援実施期間及びベースアップ支援料算定期間

（１）賃金改善支援実施期間

令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月		ヶ月

（２）ベースアップ支援料算定期間

令和　　年　　月 ～ 令和　　年　　月		ヶ月

Ⅱ　ベースアップ支援料の算定回数

ベースアップ支援料の算定回数	0 回
ベースアップ支援料の算定額	0 円

Ⅲ　製作委託等を行った歯科技工所の名称と算定回数

歯科技工所名	算定回数	
		回
		回
		回
		回

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

１　「Ⅲ」において、歯科技工所ごとの算定回数については、可能な範囲で記載すること。

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	

連絡先

担当者氏名：

電話番号　：

（届出事項）

（　　）の施設基準に係る届出

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

□ 当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□ 当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□ 当該届出を行う前６か月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□ 当該届出を行う時点において、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入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

　　殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

２　□には、適合する場合「✓」を記入すること。

３　届出書は、１通提出のこと。

様式103

調剤ベースアップ評価料の施設基準に係る届出書添付書類

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

□　~~毎月~~8月に、前年度の賃金改善の取組状況について、様式104「賃金改善実績報告書」により報告すること、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式104「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

□　本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

□　~~同一~~法人又はグループに属する場合は、~~同一~~当該法人内又はグループ~~に属する~~内の本提出をする他の全ての保険薬局において、本様式~~を用いて~~に同一内容(保険薬局コード、所在地及び名称は除く)を記入し、地方厚生(支)局長に届け出ています。(または、どのグループにも属していません。)

＿＿年＿＿月＿＿日　　開設者名：＿＿＿＿＿＿＿＿

◎必要記載項目

1　保険薬局コード　＿＿＿＿＿＿＿＿

　保険薬局名　＿＿＿＿＿＿＿＿

2　対象職員の該当

□　対象職員の該当あり

※　対象職員とは、当該保険薬局に直接勤務する職員をいう。ただし、他の保険薬局又は事業所を主たる勤務先とし、当該保険薬局における調剤業務等に直接従事していない管理的業務に専従する者(本部職員、エリアマネージャー等)は、対象職員に含めない。

(ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。)

様式104

調剤ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書・賃金中間報告書（調剤）」

１．　調剤ベースアップ評価料を算定する保険薬局については、別添１の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
２．　法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、保険薬局の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添２「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

様式104別添1

（保険薬局）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（令和　　年度分）

保険薬局コード	
保険薬局名	

Ⅰ．提出書類の種類　　**※どちらか１つを選択してください。**

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月		
		ヶ月

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月		
		ヶ月

Ⅲ．ベースアップ評価料による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）調剤ベースアップ評価料による収入の実績額		円

○　基本給等総額については１か月当たりの額を記載してください。
※　「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
※　（９）のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること
○　対象職員とは、当該保険薬局に勤務する職員をいう。
※　ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅳ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（４）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（５）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（６）令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（７）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（５）－（６）】		円
（８）ベア等による賃金増率【（７）÷（６）】		%
（９）上記（８）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

Ⅴ－１．事務職員の基本給等総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(12) 令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【(11) － (12)】		円
(14) ベア等による賃金増率【(13) ÷ (12)】		%
(15) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(16) 前年度の賞与の支給月数		か月

Ｖ－２．薬剤師の基本給等総額に係る事項

（17）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（18）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（19）令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（20）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（18）－（19）】		円
（21）ベア等による賃金増率【（20）÷（19）】		%
（22）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（23）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅵ．保険調剤による収入の割合

（24）保険調剤による収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
（25）全ての収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
（26）保険調剤による収入の割合【（24）／（25）】		%

※　保険調剤による収入の総額：調剤報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものの総額（労災保険に係るものを除く）。

Ⅶ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（27）ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）】		円
（28）対象職員全体の賃金改善実績額における、保険調剤分（算定期間分）【（７）×（26）×（算定期間）】		円
（29）ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額（算定期間分）【（９）×（算定期間）】		円
（30）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（28）＋(29)）－（27）】		円
（31）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み	

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

１　「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

２　Ⅵについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

３　Ｖについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

４　Ｖについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

様式104別添2

（保険薬局）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（令和　　年度分）

保険薬局コード	
保険薬局名	
同一グループ保険薬局名	
同一グループ保険薬局数	

Ⅰ．提出書類の種類　　**※どちらか１つを選択してください。**

□ 賃金改善中間報告書
□ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和		年		月	～	令和		年		月		ヶ月

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和		年		月	～	令和		年		月		ヶ月

Ⅲ．ベースアップ評価料による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）調剤ベースアップ評価料による収入の実績額		円

○　基本給等総額については１か月当たりの額を記載してください。
※　「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
※　（９）のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること
○　対象職員とは、当該保険薬局に勤務する職員をいう。
※　ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅳ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（４）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（５）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（６）令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（７）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（５）－（６）】		円
（８）ベア等による賃金増率【（７）÷（６）】		%
（９）上記（８）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

Ⅴ－１．事務職員の基本給等総額に係る事項

（10）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（11）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（12）令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（13）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（11）－（12）】		円
（14）ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
（15）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（16）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－２．薬剤師の基本給等総額に係る事項

（17）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（18）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（19）令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（20）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（18）－（19）】		円
（21）ベア等による賃金増率【（20）÷（19）】		%
（22）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（23）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅵ．保険調剤による収入の割合

（24）保険調剤による収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
（25）全ての収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
（26）保険調剤による収入の割合【（24）／（25）】		%

※　保険調剤による収入の総額：調剤報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものの総額（労災保険に係るものを除く）。

Ⅶ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（27）ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）】		円
（28）対象職員全体の賃金改善実績額における、保険調剤分（算定期間分）【（７）×（26）×（算定期間）】		円
（29）ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額（算定期間分）【（９）】		円
（30）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（28）＋(29)）－（27）】		円
（31）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み	

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

１　「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

２　Ⅵについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

３　Ⅴについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

４　Ⅴについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

（別添４）

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて
（令和８年３月５日保医発 0305 第９号）

第２　届出に関する手続き

５　地方厚生（支）局長は、届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、地方厚生（支）局に おいて閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、~~届出者に対して受理番号を付して通知するとともに、~~併せて、審査支払機関に対して、受理番号を付して通知すること。

第４　経過措置等

１　第２及び第３の規定にかかわらず、令和８年~~３~~５月 31 日現在において現に訪問看護療養費を算定している訪問看護ステーションにおいて、引き続き当該訪問看護療養費を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和８年６月以降の実績により、届出を行っている訪問看護療養費の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和８年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された訪問看護療養費（表１）及び施設基準が改正された訪問看護療養費（表２）については、令和８年６月１日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。なお、表２における経過措置期間については、令和８年３月 31 日時点で改正前の訪問看護療養費の届出を行っている訪問看護ステーションについてのみ適用される。

２　別添「届出基準」の 10 の(６)に掲げる基準については、令和８年９月 30 日までの間に限り、（６）の基準に該当するものとみなす。

別添「届出基準」の11の(10)に掲げる基準については、令和９年５月31日までの間に限り、（~~９~~10）の基準に該当するものとみなす。

13　訪問看護ベースアップ評価料

（１）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）

次のいずれの要件も満たすものであること。

ア　当該訪問看護ステーションに勤務する職員（開設者、役員、専ら管理者の業務に従事する者及び業務委託により勤務する者を除く。以下この項において「対象職員」という。）がいること。

別紙様式11

受理番号	（訪べⅠ）　　号

受付年月日	年　　月　　日

決定年月日	年　　月　　日

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の施設基準に係る届出書添付書類

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

□　毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、別添4「賃金改善実績報告書」により報告すること、②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、別添4「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

□　本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

　　年　　月　　日　　開設者名：

◎必要記載項目

1　訪問看護ステーションコード（7桁）

　訪問看護ステーション名

2　届出を行う評価料

□ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）

3　対象職員（常勤換算）数

　　人

※　対象職員とは、自訪問看護ステーションに勤務する職員をいう。
※　本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算数で記載すること
※　0より大きい数であればよい。

4　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の注3に係る算定要件確認

※以下の①～③のいずれかに該当する項目に、チェックを付けてください。

＜訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の注3に該当する訪問看護ステーション＞

①　□　令和8年3月31日時点において、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」 を届け出ていた訪問看護ステーション

②　□　「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」を届け出ていなかったが、本様式届出時点において、施設基準通知に規定された給与水準以上の賃上げを行った訪問看護ステーション

＜訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の注3に該当しない訪問看護ステーション＞

③　□　①・②に該当せず、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」 のみを届け出る訪問看護ステーション

訪問看護ベースアップ評価料の算定可否

【記載上の注意】

1　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行う場合は、本様式（別紙様式11）を用いること。
2　「3」については、本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算数で記載すること。
　なお、常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、
　「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

別紙様式11

受理番号	（訪べⅡ　） 号

受付年月日	年　月　日

決定年月日	年　月　日

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準に係る届出書~~添付書類~~（新規・区分変更）

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

□ 毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、別添4「賃金改善実績報告書」により報告すること、②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、別添4「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

□ 本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

＿＿年 ＿＿月 ＿＿日　　開設者名：＿＿＿＿＿＿＿＿

◎必要記載項目

1 訪問看護ステーションコード（7桁）＿＿＿＿＿＿＿＿

訪問看護ステーション名＿＿＿＿＿＿＿＿

2 届出を行う評価料

□ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）

3 該当する届出

□ 新規届出
□ 区分変更

●対象職員（常勤換算）数

＿＿＿＿＿＿＿＿ 人

※ 【記載上の注意】を参照

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入
（前回届出時 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 人）
1割以上の変動

※ 原則2.0以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員（常勤換算）数が2.0人未満の場合、特定地域（※）に所在する保険医療機関に該当するか。 □

※ 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

（1）届出年月　令和 ＿＿ 年 ＿＿ 月

※ **本様式の届出作業を行っている月**をさす

例）令和8年6月から評価料を算定するために、令和8年5月に様式を記入する場合
➡この場合、令和 【8】年 【5】月 を入力

（2）賃金改善開始年月　令和 ＿＿ 年 ＿＿ 月

※ 当該年度における賃金改善を開始した月

4　区分計算

（1）算出方法

●同一法人内の訪問看護ステーションで通算して算出しますか。　はい　□

（はいの場合は（2）の記入は不要、別添2の記入が必要）

（2）賃金改善算定基礎額の算出

①計算に必要な対象職種ごとの記載項目

ア　対象職員（看護補助者、事務職員を除く）の月額賃金総額

円

イ　対象職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

円

＜対象月＞

※ 月額賃金総額：届出を行う月（3（1）の月）の直近1月の総額　【　　】

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合（チェックしてください）➡　□

➡【賃金改善算定基礎額】　円

（3）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み、
訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分の上限を算出する値（【A】）

● 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数見込み

【算出の際に用いる「訪問看護評価料（Ⅰ）等の対象期間：
本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均】

①訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）又は包括型訪問看護療養費を算定する実利用者人数

								（直近3月平均）	
訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）を算定した利用者数		人		人		人		人
当該月に包括型訪問看護療養費のみを算定した利用者数		人		人		人		人

※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値（小数第二位を四捨五入）を記載すること。

※ 訪問看護ベースアップ評価料の注3又は注5を算定している場合には、
それぞれの当該評価料又は注4に規定する点数を算定したものとみなす。

※ 自費の訪問看護のみの利用者については、計上しないこと。公費負担医療や労災保険制度等、
指定訪問看護の費用額算定表に従って訪問看護療養費が算定される利用者については、計上すること。

②算定される金額の見込み

【合計】

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数見込み
＿＿＿＿＿＿＿＿ 回

※区分変更の場合は前回届出時の回数も記入
（前回届出時 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 回）
1割以上の変動

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定により算定される金額の見込み
＿＿＿＿＿＿＿＿ 円

（4）医療保険の利用者割合（対象期間の1月当たりの平均）

算定月	医療保険の実利用者数	介護保険の実利用者数

1月当たりの利用者数		

医療保険の利用者割合 ＿＿＿＿＿＿＿＿ （前回届出時 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

※ 算出対象となる期間（算定月）は（3）①の期間を記載すること。
※ 同一月に医療保険と介護保険の両者から訪問看護を受けた利用者は、医療保険の利用者として集計すること。

（5）【A】の値

＿＿＿＿＿＿＿＿

$$【A】= \frac{\left[\begin{array}{c}賃金改善算定基礎額 \times 医療保険の利用者割合 \times 0.5 \\ - \ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み\end{array}\right]}{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み}$$

5　基準要件の確認

●常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること　□

●社会保険診療等に係る収入金額（※）の合計額が、総収入の80／100を超えること。　□

※【記載上の注意】を参照

6　4（5）により算出した【A】に基づき、該当する区分

（1）　算定が可能となる区分

※区分変更の必要はありません

（2）　届出する区分（いずれかを選択）

◉	届出無し
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）3
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）4
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）5
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）6
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）7
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）8
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）9
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）12
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）13
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）14
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）15
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）16
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）17
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18

～令和9年5月末まで

○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）19
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）20
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）21
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）22
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）23
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）24
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）25
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）26
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）27
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）28
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）29
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）30
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）31
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）32
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）33
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）34
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）35
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）36

～令和10年5月末まで

（3）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の注7・注8に係る算定要件確認

※以下の①～③のいずれかに該当する項目に、チェックを付けてください。

＜訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の注7及びに該当する訪問看護ステーション＞

① □ 令和8年3月31日時点において、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」 を届け出ていた訪問看護ステーション

② □ 「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」 を届け出ていなかったが、本様式届出時点において、施設基準通知に記載された給与水準以上の賃上げを行った訪問看護ステーション

＜訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の注7及び8に該当しない訪問看護ステーション＞

③ □ ①・②に該当せず、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」 のみを届け出る保険医療機関

（4）　最終算定区分

※区分変更の必要はありません

【記載上の注意】

１　「３」の「対象職員（常勤換算）数」については、自訪問看護ステーションに勤務する職員をいう。ただし、開設者、役員、専ら管理者の業務に従事する者及び業務委託により勤務する者を除く。~~また事業主及び役員を含まない~~
なお、本様式の届出を行う月の直近３月の期間の１月あたりの平均の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。

２　「４」（２）①対象職員の「月額賃金総額」とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。なお、算出については、届出を行う月の直近１か月の総額（ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額)を用いること。
「月額賃金総額」には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。

３　「５」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。

別紙様式11別添1

受理番号	（訪べⅠ注）　　号
受理番号	（訪べⅡ　注）　　号
決定年月日	年　　月　　日

受付年月日	年　　月　　日

◎必要記載項目

1　訪問看護ステーションコード

訪問看護ステーション名

2　届出を行う評価項目

□ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の**注3**
□ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の**注7・注8**

届出年月　　令和　　年　　月

3　要件の確認

（1）本評価項目に必要な賃上げ水準の算出

○　以下、基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。

※　「基本給等総額」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

①ベースアップ評価料対象職員（看護補助者・事務職員を除く。）の

基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

（Ⅰ）当該評価料の算定を開始する年月　【当該評価料：　／　】	令和		年	月
（Ⅱ）対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月（（Ⅰ-1））時点】				人
（Ⅲ）当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月（（Ⅰ-1））時点の基本給等総額】				円
（Ⅳ）（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】				円
（Ⅴ）施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【（Ⅳ）×0.055】				円

②ベースアップ評価料対象職員（看護補助者・事務職員）の

基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

（Ⅰ）当該評価料の算定を開始する年月　【当該評価料：　／　】	令和		年	月
（Ⅱ）対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月（（Ⅰ-1））時点】				人
（Ⅲ）当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月（（Ⅰ-1））時点の基本給等総額】				円
（Ⅳ）（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】				円
（Ⅴ）施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【（Ⅳ）×0.08】				円

ベースアップ評価料対象職員の令和6年3月以降の賃金改善が、

必要な水準以上に達しているか（0以上の場合は該当）

{①(Ⅲ)＋②(Ⅲ)}－{①(Ⅳ)＋①(Ⅴ)＋②(Ⅳ)＋②(Ⅴ)}　＝　　円

（※賃上げ後の基本給等総額が、賃上げ前の基本給等総額＋賃上げ必要額と同等（0以上であるかを確認））

4　要件の該当可否

●訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）　**注3**

及び

●訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）　**注7**

【算定可否】

算定可能

【記載上の注意】

1　「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
2　「3」の（1）の（Ⅰ）「当該評価料」は、届け出る施設基準に係る評価料の項目を表す。
3　「3」の（1）の（Ⅱ）「算定を開始する月」は、当該評価料を新たに算定し始める月のことをいう。
4　「3」の（1）の（Ⅱ）「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。
5　「3」の（1）「基本給等総額」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。
6　「3」の（1）（Ⅳ）「（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に基づいた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】」は、（Ⅲ）と同じ対象職員が令和６年３月時点にいると仮定し、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合の基本給等総額を求めること。
7　「3」の（1）の（Ⅴ）「必要な賃上げ額」は、届け出る施設基準の要件によって、必要な賃上げ水準が異なる。
8　「4」「要件の該当可否」の結果に基づいて、算定可能となった場合、本用紙を地方厚生局に提出してください。

別紙様式11別添2

ベースアップ評価料同一法人内複数訪問看護ステーション届け出補助計算書

◎必要記載項目

1　訪問看護ステーションコード（7桁）

訪問看護ステーション名

（1）届出年月　　令和　　年　　月

※　**本様式の届出作業を行っている月**をさす

例）令和8年6月から評価料を算定するために、令和8年5月に様式を記入する場合
➡この場合、令和 **【8】**年 **【5】**月　を入力

（2）賃金改善開始年月　　令和　　年　　月

※　当該年度における賃金改善を開始した月

2　区分計算

（3）　社会保険診療等収入金額

●訪問看護ステーションの社会保険診療等収入金額＜申請する1訪問看護ステーション分＞

円

●給与総額等を通算して算出する訪問看護ステーション全体の社会保険診療等収入金額

円

※　**社会保険診療等収入金額**：【記載上の注意】をご確認ください。
届出年月日の直近1か月の総額を用いる。

＜対象月＞　　【　　】

●社会保険診療等収入金額を基に算出した当該訪問看護ステーションの按分比率

（4）賃金改善算定基礎額の算出

①計算に必要な対象職種ごとの記載項目

※以下、給与総額等を通算して算出する訪問看護ステーションの各項目の合計値を記入する。
（訪問看護ステーション以外の法人職員を含めてはならない）

ア　訪問看護ステーションに勤務する職員（看護補助者、事務職員を除く）の月額賃金総額

円

イ　訪問看護ステーションに勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

円

※　月額賃金総額：届出を行う月の直近1月の総額　　**＜対象月＞**　【　　】

※　ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合、（チェックしてください）➡　□

②賃金改善算定基礎額＜通算して算出する訪問看護ステーションの合計額＞

➡【賃金改善算定基礎額（通算）】　　円

③賃金改善算定基礎額＜申請する1訪問看護ステーション分＞

➡【賃金改善算定基礎額】×【按分比率】　　円

→この数値が別紙様式11に転記されます

【記載上の注意点】

1 「2」(3)については、訪問看護ベースアップ評価料に係る「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」(令和8年3月5日保発 0305 第9号)に記載された以下の項目を対象とする。

ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和 32 年法律第 26 号)第 26 条第2項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和 22 年法律第50 号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね 100 分の 10 以下の場合をいう。)の場合に限る。)及び保険外併用療養費(健康保険法第 86 条に規定する保険外併用療養費をいう。)を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。)

イ 健康増進法(平成 14 年法律第 103 号)第6条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第4条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)

ウ 予防接種(予防接種法(昭和 23 年法律第 68 号)第2条第6項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第 30 条の 35 の3第1項第2号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成 29 年厚生労働省告示第 314 号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額

エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(1の分娩に係る助産に係る収入金額が 50 万円を超えるときは、50 万円を限度とする。)

オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第 26 条第2項第4号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)

カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第6条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第 77 条及び第 78条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額

キ 児童福祉法第 21 条の5の2に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第 24 条の2に規定する障害児入所給付費、同法第 24 条の7に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第 24 条の 25 に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額

ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

別紙様式11別添3

特別事情届出書（令和　　年度）

基本情報

訪問看護ステーションコード（7桁）	
訪問看護ステーション名	
フリガナ	
書類作成担当者	
電話番号	

1．事業の継続を図るために対象職員の賃金を引き下げる必要がある状況について

訪問看護ステーションの収支について、利用者数の大幅な減少などにより経営が悪化し、一定期間にわたり収支が赤字である、資金繰りに支障が生じるなどの状況について記載

2．賃金水準の引下げの内容（期間、対象、金額等）

3．経営及び賃金水準の改善の見込み

※ 経営及び賃金水準の改善に係る計画等を提出し、代替することも可。

4．賃金水準を引き下げることについて、適切に労使の合意を得ていること等について

労使の合意の時期及び方法等について記載

令和　　年　　月　　日　　（法人名）

（開設者名）

別紙様式11別添４

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）

「賃金改善実績報告書」

１．　「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」を算定する訪問看護ステーションについては、別添４の１の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
２．　法人内の同一の給与体系に基づく複数の複数の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護ステーションの「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添４の２「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

別紙様式11別添４の１

（訪問看護ステーション）　＿＿＿＿＿＿＿＿　（令和　　年度分）

訪問看護ステーションコード（７桁）	
訪問看護ステーション名	

Ⅰ．提出書類の種類　　**※どちらか１つを選択してください。**

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月　　か月

※　令和８年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
※　令和８年度又は令和９年度の６月から翌年５月の１年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の４月から翌年３月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月　　か月

Ⅲ－１．ベースアップ評価料による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）による収入の実績額	円
（４）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）による収入の実績額	円
（５）ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）＋（４）】	円

※　「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は０と記載。）

Ⅲ－１－１．ベースアップ評価料による収入の繰越状況

（６）前年度からの繰越額（令和８年度分報告時のみ記載）	円

Ⅲ－２．ベースアップ評価料による収入の実績額（総計）

（７）ベースアップ評価料による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【（５）＋（６）】	円

○　以下、基本給等総額については１月当たりの額を記載してください。
※　「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
※　「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。
※　（13）のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅳ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（８）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（９）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（10）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（11）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（９）－（10）】		円
（12）ベア等による賃金増率【（11）÷（10）】		%
（13）上記（12）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

Ⅳ－２．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

（14）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（15）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（16）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（17）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（15）－（16）】		円
（18）ベア等による賃金増率【（17）÷（16）】		%
（19）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（20）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－３．理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の基本給等に係る事項

（21）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（22）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（23）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（24）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（22）－（23）】		円
（25）ベア等による賃金増率【（24）÷（23）】		%
（26）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（27）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－４．事務職員の基本給等に係る事項

（28）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（29）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（30）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（31）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（29）－（30）】		円
（32）ベア等による賃金増率【（31）÷（30）】		%
（33）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（34）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－５．看護補助者の基本給等総額に係る事項

（35）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（36）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（37）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（38）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（36）－（37）】		円
（39）ベア等による賃金増率【（38）÷（37）】		%
（40）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（41）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－６．その他の対象職種の基本給等に係る事項

（42）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（43）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（44）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（45）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（43）－（44）】		円
（46）ベア等による賃金増率【（45）÷（44）】		%
（47）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（48）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（49）ベースアップ評価料による収入の実績額【（７）】		円
（50）対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（11）×（算定期間）】		円
（51）ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

（52）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（50）＋（51））－（49）】		円
（53）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み	

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

1　本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。

2　本報告書において、「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料を届け出ていた訪問看護ステーションにあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、賃金に当てはめた場合の「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

3　Ⅳの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

4　Ⅳについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

5　Ⅳについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

6　Ⅴについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

別紙様式11別添４の２

（訪問看護ステーション）　＿＿＿＿＿＿＿＿　（令和　　年度分）

訪問看護ステーションコード（７桁）	
訪問看護ステーション名	
集約訪問看護ステーション数	

Ⅰ．提出書類の種類　　**※どちらか１つを選択してください。**

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月　　か月

※　令和８年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
※　令和８年度又は令和９年度の６月から翌年５月の１年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の４月から翌年３月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月　　か月

Ⅲ－１．ベースアップ評価料による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）による収入の実績額	円
（４）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）による収入の実績額	円
（５）ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）＋（４）】	円

※　「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は０と記載。）

Ⅲ－１－１．ベースアップ評価料による収入の繰越状況

（６）前年度からの繰越額（令和８年度分報告時のみ記載）	円

Ⅲ－２．ベースアップ評価料による収入の実績額（総計）

（７）ベースアップ評価料による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及び それに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【（５）＋（６）】		円

○　以下、基本給等総額については１月当たりの額を記載してください。
※　「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
※　「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。
※　（13）のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅳ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（８）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（９）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（10）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（11）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（９）－（10）】		円
（12）ベア等による賃金増率【（11）÷（10）】		%
（13）上記（12）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

Ⅳ－２．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

（14）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（15）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（16）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（17）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（15）－（16）】		円
（18）ベア等による賃金増率【（17）÷（16）】		%
（19）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（20）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－３．理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の基本給等に係る事項

（21）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（22）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（23）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（24）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（22）－（23）】		円
（25）ベア等による賃金増率【（24）÷（23）】		%
（26）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（27）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－４．事務職員の基本給等に係る事項

（28）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（29）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（30）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（31）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（29）－（30）】		円
（32）ベア等による賃金増率【（31）÷（30）】		%
（33）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（34）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－５．看護補助者の基本給等総額に係る事項

（35）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（36）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（37）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（38）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（36）－（37）】		円
（39）ベア等による賃金増率【（38）÷（37）】		%
（40）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（41）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－６．その他の対象職種の基本給等に係る事項

（42）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（43）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（44）令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（45）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（43）－（44）】		円
（46）ベア等による賃金増率【（45）÷（44）】		%
（47）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（48）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（49）ベースアップ評価料による収入の実績額【（７）】		円
（50）対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（11）×（算定期間）】		円
（51）ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円
（52）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（50）＋（51））－（49）】		円
（53）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み	

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

１　本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。

２　本報告書において、「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料を届け出ていた訪問看護ステーションにあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、賃金に当てはめた場合の「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

３　Ⅳの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

４　Ⅳについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

５　Ⅳについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

６　Ⅴについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

（別添５）

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う
特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について
（令和８年３月５日保医発 0305 第２号）

（別紙１）

材料料

M023　~~バー~~大連結子（１個につき）

１　鋳造バー

⑴　金銀パラジウム合金（金 12%以上）　2,482 点

⑵　鋳造用コバルトクロム合金　19 点

（別紙２）

材料料

N008　装着

１　帯環（１個につき）

⑴　歯科用合着・接着材料Ⅰ

~~イ　レジン系~~

~~a~~イ　標準型　17 点

~~b~~ロ　自動練和型　36 点

⑵　歯科用合着・接着材料Ⅱ

~~ロ　グラスアイオノマー系~~

~~a~~イ　標準型　10 点

~~b~~ロ　自動練和型　12 点

~~(2)~~⑶　歯科用合着・接着材料~~Ⅱ~~Ⅲ　12 点

~~(3)~~⑷　歯科用合着・接着材料~~Ⅲ~~Ⅳ　4 点

（別添６）

特定保険医療材料の定義について
（令和８年３月５日保医発 0305 第４号）

（別表）

Ⅰ　診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第２章第２部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

113　植込式心臓ペースメーカ用リード

⑴　定義

次のいずれにも該当すること。

①　薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（７）内臓機能代用器」であって、一般的名称が「心外膜植込み型ペースメーカリード」、「心内膜植込み型ペースメーカリード」、「植込み型除細動器・ペースメーカリード」又は「植込み型ペースメーカアダプタ」であること。

（別添７）

「診療報酬における加算等の算定対象等となるバイオ後続品」について
（令和８年３月５日保医発 0305 第 13 号）

別紙3　　バイオ後続品の使用（調剤）割合の算出に当たって対象となる「バイオ後続品のある先行バイオ医薬品」

区分	薬価基準収載医薬品コード	成分名	規格	品名	メーカー名	薬価
（中略）						
注射薬	3399410G1020	ペグフィルグラスチム（遺伝子組換え）	３．６ｍｇ０．３６ｍＬ１筒	ジーラスタ皮下注３．６ｍｇ	協和キリン	77,753.00
注射薬	3399410G2027	ペグフィルグラスチム（遺伝子組換え）	３．６ｍｇ０．３６ｍＬ１キット	ジーラスタ皮下注３．６ｍｇボディーポッド	協和キリン	90,969.00
注射薬	3959409D1029	アガルシダーゼベータ（遺伝子組換え）	５ｍｇ１瓶	ファブラザイム点滴静注用５ｍｇ	サノフィ	95,674.00
注射薬	3959409D2025	アガルシダーゼベータ（遺伝子組換え）	３５ｍｇ１瓶	ファブラザイム点滴静注用３５ｍｇ	サノフィ	528,502.00
注射薬	3999424D1029	エタネルセプト（遺伝子組換え）	２５ｍｇ１瓶	エンブレル皮下注用２５ｍｇ	ファイザー	12,337.00
注射薬	3999424D2025	エタネルセプト（遺伝子組換え）	１０ｍｇ１瓶	エンブレル皮下注用１０ｍｇ	ファイザー	4,485.00
注射薬	3999424G1025	エタネルセプト（遺伝子組換え）	２５ｍｇ０．５ｍＬ１筒	エンブレル皮下注２５ｍｇシリンジ０．５ｍＬ	ファイザー	8,396.00
注射薬	3999424G2021	エタネルセプト（遺伝子組換え）	５０ｍｇ１ｍＬ１筒	エンブレル皮下注５０ｍｇシリンジ１．０ｍＬ	ファイザー	17,524.00
注射薬	3999424G3028	エタネルセプト（遺伝子組換え）	５０ｍｇ１ｍＬ１キット	エンブレル皮下注５０ｍｇペン１．０ｍＬ	ファイザー	14,591.00
注射薬	3999424G4024	エタネルセプト（遺伝子組換え）	２５ｍｇ０．５ｍＬ１キット	エンブレル皮下注２５ｍｇペン０．５ｍＬ	ファイザー	7,592.00
注射薬	3999424G5020	エタネルセプト（遺伝子組換え）	２５ｍｇ０．５ｍＬ１カセット	エンブレル皮下注２５ｍｇクリックワイズ用０．５ｍＬ	ファイザー	8,880.00
注射薬	3999424G6027	エタネルセプト（遺伝子組換え）	５０ｍｇ１ｍＬ１カセット	エンブレル皮下注５０ｍｇクリックワイズ用１．０ｍＬ	ファイザー	16,429.00
注射薬	3999425S5028	ダルベポエチンアルファ（遺伝子組換え）	１０μｇ０．５ｍＬ１筒	ネスプ注射液１０μｇプラシリンジ	協和キリン	841.00

（別添８）

入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する
手続きの取扱いについて
（令和８年３月05日保医発0305第17号）

（別紙様式）

入院時食事療養・入院時生活療養等届出書

受理番号	

届出事項　　入院時食事療養（Ⅰ）・入院時生活療養（Ⅰ）

（入院時食事療養（Ⅰ）の受理番号：　　）
（入院時生活療養（Ⅰ）の受理番号：　　）

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ、現に違反していないこと。

□　当該届出を行う時点において、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入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別紙書類を添えて届け出ます。

年　　月　　日

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者氏名

殿

［記載上の注意］

１　届出事項について該当する番号を○で囲むこと。
２　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
３　届出書（添付書類を含む）は１通を提出すること。

（別添９）

「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
（令和８年３月 27 日保医発 0327 第２号）

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

Ⅱ　診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第３　診療報酬明細書の記載要領（様式第２）

２　診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(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

キ　「注射」欄について

(~~ケ~~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４号又は第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。

(~~コ~~サ)　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２条第 15 号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、カの（エ）の例によること。

シ　「入院」欄について

（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。

(24)　「摘要」欄について

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。

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

（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~~資格確認書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。

２　診療報酬明細書の記載要領に関する事項

（７）　「被保険者~~証・被保険者手帳等の~~資格に係る記号・番号」欄について

ア　~~被保険者証~~資格確認書等の「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~~資格確認書の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載する。~~被保険者証~~資格確認書等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。なお、電子資格確認の場合は、オンラインにより提供された資格情報から、これらの記載を行うこと。

(20)　「初診」欄について

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、歯科診療特別対応連携加算、歯科診療特別対応地域支援加算、歯科外来診療医療安全対策加算１、歯科外来診療医療安全対策加算２、歯科外来診療感染対策加算１、歯科外来診療感染対策加算２、歯科外来診療感染対策加算３、歯科外来診療感染対策加算４は、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特連」、「特地」、「外安全」又は「外感染」の項に当該加算点数を記載する。（項番５、６）

(21)　「再診」欄について

オ　以下の（ア）から（ウ）までについては、全体の「その他」欄に記載する。

（ア）　歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２、歯科診療特別対応加算３は点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 11、12）

（イ）　情報通信機器を用いて再診を行った場合は、~~全体の「その他」の欄に~~点数及び回数を記載する。（項番 13）

（ウ）　地域歯科医療加算は点数及び回数を記載する。

(22)　「管理・リハ」欄について

オ　歯周病患者画像活用指導料の「１　口腔内画像」は、「Ｐ画像」の項~~の左欄~~に点数及び回数を記載する。なお、「２　顕微鏡画像」は、「その他」欄に点数を記載する。

（中略）

シ　小児口腔機能管理料又は口腔機能管理料は、「機能」欄に点数を記載する。なお、口腔管理体制強化加算は、「その他」欄に加算点数を記載する。また、情報通信機器を用いて行った場合は、「その他」欄に点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

ス　以下の(ア)から(ヒ)までについて又は「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。

(ネ)　歯科口腔リハビリテーション料１(４　その他の場合)は、点数及び回数を記載する。

~~(ノ)　歯科口腔リハビリテーション料２は点数及び回数を記載する。~~

(~~ハ~~ノ)　歯科口腔リハビリテーション料３は点数及び回数を記載する。

(~~ヒ~~ハ)　リハビリテーションを算定した場合は、(ナ)、(ニ)、(ヌ)~~及び~~、(ネ)及び(ノ)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 84)

(23)　在宅医療について

ア　全体の「その他」欄に記載する。

(イ)　区分番号Ｃ０００の注 16 に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数~~点数又は点数及び回数~~を記載する。

(26)　「処置・手術」欄について

ネ　「その他」欄について

(ソ)　ハイフローセラピーを算定した場合は、動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果、点数及び回数を~~「その他」欄に~~記載する。(項番 96)

(28)　「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ホ　「その他」欄について

(シ)　歯科鋳造用 14 カラット金合金及び鋳造用金銀パラジウム合金による~~による~~鋳造鉤は、点数及び回数を記載する。

(31)　その他の項目について

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~~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、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。

(37)　その他

セ　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）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、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。）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書（一部負担金の割合（３割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額 83 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 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

（中略）

ネ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書（一部負担金の割合（２割））が提示若しくは後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書情報が提供された場合（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。）、又は「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示若しくは後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・

重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区カ」と記載すること。

ノ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書（一部負担金の割合（１割））が提示若しくは後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書情報が提供された場合（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。）、又は「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示若しくは後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区キ」と記載すること。

ハ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加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（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多カ」と記載すること。

ヒ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加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（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多キ」と記載すること。

※　ネからヒまでについては、令和４年 10 月１日から適用する。令和４年９月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあってはチ及びニに従い、従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

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　「令和　年　月分」欄について

調剤年月又は外来服薬支援料１、服用薬剤調整支援料２、服薬情報等提供料３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。

12　その他

（２）　服薬管理指導料４ロ、服薬管理指導料４ハ、服用薬剤調整支援料、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、「処方箋受付回数」は調剤月について計上すること。また、~~長期~~14 日分を超える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、調剤管理料（在宅協力薬局が当該分析、評価を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）又は服薬管理指導料４ロ、服薬管理指導料４ハ、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１、外来服薬支援料２（在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）、退院時共同指導料、経管投薬支援料、調剤後薬剤管理指導料１、調剤後薬剤管理指導料２若しくは在宅移行初期管理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

（９）　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~~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、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。

(10)　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~~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、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。

２　調剤報酬明細書に関する事項

（７）　「被保険者~~証・被保険者手帳等の~~資格に係る記号・番号」欄について

ア　~~被保険者証~~資格確認書等の「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~~資格確認書の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。~~被保険者証~~資格確認書等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。なお、電子資格確認の場合は、オンラインにより提供された資格情報から、これらの記載を行うこと。

(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１、服用薬剤調整支援料２、服薬情報等提供料３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１、服用薬剤調整支援料２、服薬情報等提供料３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

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、以下に掲げる調剤又は薬学管理料を算定すべき薬学管理のみを行った場合については、受付回数としては計上しないこと。

（ア）　~~長期~~14 日分を超える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べき調剤

（イ）　医師の指示による分割調剤に係る当該保険薬局における２回目以降の調剤

（ウ）　調剤管理料（在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）

（エ）　服薬情報等提供料

（オ）　在宅患者訪問薬剤管理指導料

（カ）　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

（キ）　在宅患者緊急時等共同指導料

（ク）　服薬管理指導料４ロ及び４ハ

（~~ク~~ケ）　服用薬剤調整支援料

（~~ケ~~コ）　外来服薬支援料１

（~~コ~~サ）　外来服薬支援料２（在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）

（~~サ~~シ）　退院時共同指導料

（~~シ~~ス）　経管投薬支援料

（~~ス~~セ）　調剤後薬剤管理指導料

（~~セ~~ソ）　在宅移行初期管理料

（~~ソ~~タ）　訪問薬剤管理医師同時指導料

（チ）　複数名薬剤管理指導訪問料

(21)　「処方」欄について

サ　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２条第 15 号に基づき、長期収載品を選定療養として調剤した場合は、当該医薬品名の後に「(選)」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（選）　　１錠
△△△錠　　１錠　　１７×５

また、長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合は、理由について、別表Ⅰに示す項目を参照して記載すること。

(23)　「調剤数量」欄について

イ　分割調剤の場合は以下によること。

（ア）　~~長期~~14 日分を超える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。

(24)　「薬剤調製料　調剤管理料」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薬剤調製料及び調剤管理料の点数を記載すること。ただし、薬剤調製料及び調剤管理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~~14 日分を超える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薬剤調製料及び調剤管理料から前回までに請求した薬剤調製料及び調剤管理料の点数を減じ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」~~及び別表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）」~~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又は別表Ⅳ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。ただし、別表Ⅰ又は別表Ⅳ（令和８年６月１日適用の旨が表示されたコードに限る。）のコードについては、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。

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Ⅴ「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）　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、無菌製剤処理加算又は外来服薬支援料２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、外来服薬支援料２の算定対象となる剤が複数ある場合は、外来服薬支援料２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）、外来服薬支援料２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、これらの加算又は外来服薬支援料２はどちらか１欄にのみ記載すること。

（中略）

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・医薬品供給対応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・医薬品供給対応体制加算１、地域支援・医薬品供給対応体制加算２、地域支援・医薬品供給対応体制加算３、地域支援・医薬品供給対応体制加算４若しくは地域支援・医薬品供給対応体制加算５、連携強化加算、バイオ後続品調剤体制加算、在宅薬学総合体制加算１、在宅薬学総合体制加算２イ若しくは在宅薬学総合体制加算２ロ、又は区分番号００の注３、注４、注８若しくは門前薬局等立地依存減算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、電子的調剤情報連携体制整備加算については月１回分の点数、~~長期~~14日分を超える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。

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。

（中略）

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（薬学管理料の加算及びその他の項目を含む。以下同じ。）の名称と回数を下記により記載すること。

（中略）

⑱　調剤物価対応料を算定した場合は、名称~~及びその回数~~を記載すること。

（中略）

（エ）　前（ア）の~~15~~16の場合を除き、調剤管理料及び外来服薬支援料２に係る点数については本欄に記載せず、前（24）及び前（26）のイのとおり記載すること。

（30）　その他

イ　特例的に、生活保護法による医療扶助、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による精神通院医療等の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）　生活保護法による医療扶助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~~資格に係る記号・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よる精神通院医療等に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

（中略）

キ　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）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、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、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書（一部負担金の割合（３割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額 83 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 690 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証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。

（中略）

ケ　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）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供され

た場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、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、又は 70 歳以上の場合であって「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」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「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若しくは特定疾患医療受給者証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。

（中略）

シ　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書（一部負担金の割合（２割））が提示若しくは後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書情報が提供された場合、又は「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書（一部負担金の割合（２割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示若しくは後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区カ」と記載すること。

ス　後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書（一部負担金の割合（１割））が提示若しくは後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書情報が提供された場合、又は「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示若しくは後期高齢者医療~~被保険者証~~資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区キ」と記載すること。

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
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	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			（注5のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を算定した場合） 1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100923	1つ目の診療科(初診料)：******		※
				830100002	2つ目の診療科(初診料)：******		
			（情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合） 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100990	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(初診料)		
			（情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100816	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(初診料)		
2	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	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			（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	同日再診料	○	
				112024950	同日再診料(情報通信機器)	○	
				112016850	同日特定妥結率再診料	○	
				112025150	同日特定妥結率再診料(情報通信機器)	○	
				112008850	同日電話等再診料	○	
				112023450	同日電話等再診料(30年3月以前継続)	○	
				112016950	同日電話等特定妥結率再診料	○	
				112023750	同日電話等特定妥結率再診料(30年3月以前継続)	○	
			（健診等に関する疾病に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、保険診療を行う場合） 当該保険診療よりも前に、健診等を別の受診において実施したことを記載すること。	820101331	健診等の実施とは別の受診において保険診療を実施した(再診料)		※
			（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） 1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100964	1つ目の診療科(再診料)：******		※
				830100003	2つ目の診療科(再診料)：******		
			（情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合） 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを記載すること。	820100817	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(再診料)		
			（情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを記載すること。	820100818	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(再診料)		
3	A001 注20	看護師等遠隔診療補助加算	（へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合） 前回の対面診療を実施した年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	850190207	前回の対面診療を実施した年月日(再診料(看護師等遠隔診療補助加算))：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190492	初回(再診料(看護師等遠隔診療補助加算))		
4	A002	外来診療料	（当該病院において過去1年間に12回以上外来診療料（「注1」から「注4」までに限る。）を算定した患者であって、過去1年間に、紹介を行った医療機関との連携により、「B005－11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定していない場合） 「緊急その他やむを得ない事情がある患者」又は「専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者」のいずれか該当するものを選択して記載すること。	820101332	イ　緊急その他やむを得ない事情がある患者(外来診療料)		※
				820101333	ウ　専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者(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	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			（健診等に関する疾病に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、保険診療を行う場合） 当該保険診療よりも前に、健診等を別の受診において実施したことを記載すること。	820101334	健診等の実施とは別の受診において保険診療を実施した(外来診療料)		※
			（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） 1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	~~830100964~~ 830100998	1つ目の診療科(~~再診料~~外来診療料)：******		※
				~~830100003~~ 830100004	2つ目の診療科(~~再診料~~外来診療料)：******		
			（情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合） 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100819	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(外来診療料)		
			（情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100820	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(外来診療料)		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
5	A002 注11	看護師等遠隔診療補助加算	（へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合） 前回の対面診療を実施した年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	850190208	前回の対面診療を実施した年月日(外来診療料(看護師等遠隔診療補助加算));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190493	初回(外来診療料(看護師等遠隔診療補助加算))		
6	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。	830100005	入院元(一般病棟入院基本料)(救急・在宅等支援病床初期加算);******		
			（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）。	830100006	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(救急・在宅等支援病床初期加算);******		
			（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。	830100007	直近の入院医療機関名及び退院年月日(救急・在宅等支援病床初期加算);******		
7	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。	830100008	他の病棟又は病床へ移動させた医療上の必要性(療養病棟入院基本料);******		
			（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27を算定した場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100009	医療上の必要性(療養病棟入院基本料);******		
			（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27を算定する場合） 非該当患者である旨を記載すること。	820100392	非該当患者(療養病棟入院基本料)		
8	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。	830100010	入院元(急性期患者支援療養病床初期加算);******		
				830100011	入院元(在宅患者支援療養病床初期加算);******		
			（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）。	830100012	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(急性期患者支援療養病床初期加算);******		
			（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。	830100015	直近の入院医療機関名及び退院年月日(在宅患者支援療養病床初期加算);******		
9	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（当該加算の施設基準に基づくランク等）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。）	830100016	算定根拠となる評価(重度認知症加算(精神病棟入院基本料));******		
				850100013	評価年月日(重度認知症加算(精神病棟入院基本料));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
10	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（当該加算の施設基準に基づくランク等）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。）	830100455	算定根拠となる評価(重度認知症加算(特定機能病院精神病棟入院基本料));******		
				850100386	評価年月日(重度認知症加算(特定機能病院精神病棟入院基本料));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
11	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。	190161210	特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)	○	
				190161310	特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)(夜勤時間超過減算)	○	
			（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。	830100472	「特外」理由(障害者施設等入院基本料);******		
12	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。	830100018	他の病棟又は病床へ移動した医療上の必要性(有床診療所療養病床入院基本料);******		
			（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。	830100019	同一の保険医療機関の療養病床以外又は別の保険医療機関の一般病棟等以外へ転院する医療上の必要性(有床診療所療養病床入院基本料);******		
13	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所急性期患者支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100800	入院元(有床診療所急性期患者支援病床初期加算);******		
			（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）。	830100801	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(有床診療所急性期患者支援病床初期加算);******		
14	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所在宅患者支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100802	入院元(有床診療所在宅患者支援病床初期加算);******		
			（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。	830100803	直近の入院医療機関名及び退院年月日(有床診療所在宅患者支援病床初期加算);******		
15	A109	有床診療所療養病床入院基本料の有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100020	入院元(有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算);******		
			（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）。	830100021	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算);******		
16	A109	有床診療所療養病床入院基本料の有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100779	入院元(有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算);******		
			（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。	830100022	直近の入院医療機関名及び退院年月日(有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算);******		
17	A200	急性期総合体制加算	（当該加算の算定を開始した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合） 当該加算の算定を開始した入院年月日を記載すること。	850100487	加算の算定を開始した入院年月日(急性期充実総合体制加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（他の保険医療機関に入院中の患者が転院により入院する場合） 転院前の入院における主傷病名を記載すること。	830100804	転院前の入院における主傷病名(救急医療管理加算1);******		
				820100393	一　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態(救急医療管理加算1)		
				820101043	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS0		
				820100395	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS1		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
18	A205の1	救急医療管理加算1	以下の内容について、記載すること。 ア 「基本診療料の施設基準等」の別表七の三（以下この項において「別表」という。）別表の一から十二までのうち該当する状態 イ 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びに FiO2 を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。） ウ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの エ 重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であってJCS（Japan Coma Scale）0の状態、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の状態、別表の四に掲げる状態であってNYHA１度の状態、又は別表の八に掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	820100396	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS2		
				820100397	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS3		
				820100398	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS10		
				820100399	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS20		
				820100400	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS30		
				820100401	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS100		
				820100402	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS200		
				820100403	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS300		
				820101044	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P／F比400以上(酸素投与前)		
				820100408	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P／F比300以上400未満(酸素投与前)		
				820100409	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P／F比200以上300未満(酸素投与前)		
				820100410	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P／F比200未満(酸素投与前)		
				820101045	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P／F比400以上(酸素投与後)		
				820101046	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P／F比300以上400未満(酸素投与後)		
				820101047	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P／F比200以上300未満(酸素投与後)		
				820101048	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P／F比200未満(酸素投与後)		
				842100116	呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1)であって、酸素投与後の場合におけるFiO2の値(%)		
				830100805	P／F比400以上であって呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見(救急医療管理加算1):******		
				820100404	四　心不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):NYHA1		
				820100405	四　心不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):NYHA2		
				820100406	四　心不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):NYHA3		
				820100407	四　心不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):NYHA4		
				820100411	五　急性薬物中毒(救急医療管理加算1)		
				820100412	六　ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg以上		
				820100413	六　ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg未満		
				820100414	六　ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用なし		
				820100415	六　ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用あり		
				842100001	七　重篤な代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)AST値:******		
				842100002	七　重篤な代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)ALT値:******		
				842100003	七　重篤な代謝障害(腎不全)(救急医療管理加算1)eGFR値:******		
				842100004	七　重篤な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)JDS値:******		
				842100005	七　重篤な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)NGSP値:******		
				842100006	七　重篤な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)随時血糖値:******		
				830100023	七　重篤な代謝障害(その他)(救急医療管理加算1)具体的な状態:******		
				820100416	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index　9以上		
				820100417	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index　4以上9未満		
				820100418	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index　1以上4未満		
				820101049	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index　0		
				820100419	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷なし		
				820100420	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷あり		
				820100421	九　外傷、破傷風等で重篤な状態(救急医療管理加算1)		
				820100808	十　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt－PA療法を必要とする状態（救急医療管理加算1）		
				820100822	十一　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(救急医療管理加算1)		
				820100823	十二　蘇生術を必要とする重篤な状態(救急医療管理加算1)		
				830100473	緊急入院が必要であると判断した医学的根拠(救急医療管理加算1):******		
			当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、「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30年4月27日保発0428第10号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。）の別添5に掲げる医科診療行為コードを記載すること。	831110001	入院後3日以内に実施した主要な診療行為(救急医療管理加算1):*********(医科診療行為コード)		
			（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。	850100017	救急医療管理加算1を算定した入院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（他の保険医療機関に入院中の患者が転院により入院する場合） 転院前の入院における主傷病名を記載すること。	830100806	転院前の入院における主傷病名(救急医療管理加算2):******		
				820100422	一　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態(救急医療管理加算2)		
				820101050	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS0		
				820100423	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS1		
				820100424	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS2		
				820100425	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS3		
				820100426	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS10		
				820100427	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS20		
				820100428	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS30		
				820100429	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS100		
				820100430	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS200		
				820100431	二　意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS300		
				820100436	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算2):P／F比400以上(酸素投与前)		
				820100437	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算2):P／F比300以上400未満(酸素投与前)		
				820100438	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算2):P／F比200以上300未満(酸素投与前)		
				820100439	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算2):P／F比200未満(酸素投与前)		
				820101051	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算2):P／F比400以上(酸素投与後)		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
19	A205の2	救急医療管理加算2	以下の内容について、記載すること。 ア　別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態として該当するもの イ　別表の二、三、四、六、七又は八に準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びに FiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。） ウ　当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの エ　重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態に準ずる状態であってJCS（Japan Coma Scale）0の状態、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であってP/F比400以上の状態、別表の四に掲げる状態に準ずる状態であってNYHA Ⅰ度の状態、又は別表の八に掲げる状態に準ずる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	820101052	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算2)：P／F比300以上400未満(酸素投与後)		
				820101053	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算2)：P／F比200以上300未満(酸素投与後)		
				820101054	三　呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算2)：P／F比200未満(酸素投与後)		
				842100117	呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算2)であって、酸素投与後の場合におけるFiO2の値(%)		
				830100807	P／F比400以上であって呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見(救急医療管理加算2)：******		
				820100432	四　心不全で重篤な状態(救急医療管理加算2)：NYHA1		
				820100433	四　心不全で重篤な状態(救急医療管理加算2)：NYHA2		
				820100434	四　心不全で重篤な状態(救急医療管理加算2)：NYHA3		
				820100435	四　心不全で重篤な状態(救急医療管理加算2)：NYHA4		
				820100440	五　急性薬物中毒(救急医療管理加算2)		
				820100441	六　ショック(救急医療管理加算2)：平均血圧70mmHg以上		
				820100442	六　ショック(救急医療管理加算2)：平均血圧70mmHg未満		
				820100443	六　ショック(救急医療管理加算2)：昇圧剤利用なし		
				820100444	六　ショック(救急医療管理加算2)：昇圧剤利用あり		
				842100007	七　重篤な代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算2)AST値：******		
				842100008	七　重篤な代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算2)ALT値：******		
				842100009	七　重篤な代謝障害(腎不全)(救急医療管理加算2)eGFR値：******		
				842100010	七　重篤な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)JDS値：******		
				842100011	七　重篤な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)NGSP値：******		
				842100012	七　重篤な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)随時血糖値：******		
				830100025	七　重篤な代謝障害(その他)(救急医療管理加算2)具体的な状態：******		
				820100445	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2)：Burn Index　9以上		
				820100446	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2)：Burn Index　4以上9未満		
				820100447	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2)：Burn Index　1以上4未満		
				820101055	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2)：Burn Index　0		
				820100448	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2)：気道熱傷なし		
				820100449	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2)：気道熱傷あり		
				830100642	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2)Burn Index　0：顔面熱傷又は気道熱傷なしの場合は、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠：******		
				820100450	九　外傷、破傷風等で重篤な状態(救急医療管理加算2)		
				820100451	十　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt－PA療法を必要とする状態（救急医療管理加算2）		
				820100824	十一　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(救急医療管理加算2)		
				820100825	十二　蘇生術を必要とする重篤な状態(救急医療管理加算2)		
				820101056	十三　その他の重症な状態(救急医療管理加算2)		
				830100808	緊急入院が必要であると判断した医学的根拠(救急医療管理加算2)：******		
			当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、「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30年4月27日保発0428第10号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。）の別添5に掲げる医科診療行為コードを記載すること。	831110002	入院後3日以内に実施した主要な診療行為(救急医療管理加算2)：*********(医科診療行為コード)		
			（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。	850100387	加算を算定した入院年月日(救急医療管理加算2)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
20	A209	特定感染症入院医療管理加算	院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者に係る感染症について、記載すること。	820101057	ア　狂犬病(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101058	イ　鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101059	ウ　エムポックス(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101060	エ　重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101061	オ　腎症候性出血熱(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101062	カ　ニパウイルス感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101063	キ　ハンタウイルス肺症候群(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101064	ク　ヘンドラウイルス感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101065	ケ　インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101066	コ　後天性免疫不全症候群(ニューモシスチス肺炎に限る。)(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101067	サ　麻しん(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101068	シ　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101069	ス　RSウイルス感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101070	セ　カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101071	ソ　感染性胃腸炎(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101072	タ　急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101073	チ　新型コロナウイルス感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101074	ツ　侵襲性髄膜炎菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101075	テ　水痘(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101076	ト　先天性風しん症候群(特定感染症入院医療管理加算)		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
				820101077	ナ　バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101078	ニ　バンコマイシン耐性腸球菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101079	ヌ　百日咳(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101080	ネ　風しん(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101081	ノ　ペニシリン耐性肺炎球菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101082	ハ　無菌性髄膜炎(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101083	ヒ　薬剤耐性アシネトバクター感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101084	フ　薬剤耐性緑膿菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101085	ヘ　流行性耳下腺炎(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101086	ホ　感染症法第6条第8項に規定する指定感染症(特定感染症入院医療管理加算)		
				820101335	マ　クロストリジオイデス・ディフィシル感染症(特定感染症入院医療管理加算)		※
				820101336	ミ　基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)		※
			(7日を超えて算定する場合) 病原体検査の結果及び他の患者への感染の危険性が特に高いと判断する根拠を記載すること。	830100809	病原体検査の結果及び他の患者への感染の危険性が特に高いと判断する根拠(特定感染症入院医療管理加算):******		
21	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。	850100020	算定開始年月日(超重症児(者)入院診療加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100021	算定開始年月日(準超重症児(者)入院診療加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
22	A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算	個室管理を必要とする原因となった感染症について、記載すること。	820101087	ア　狂犬病(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101088	イ　鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101089	ウ　エムポックス(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101090	エ　重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101091	オ　腎症候性出血熱(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101092	カ　ニパウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101093	キ　ハンタウイルス肺症候群(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101094	ク　ヘンドラウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101095	ケ　インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101096	コ　麻しん(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101097	サ　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101098	シ　RSウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101099	ス　カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101100	セ　感染性胃腸炎(病原体がノロウイルスであるものに限る。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101101	ソ　急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101102	タ　新型コロナウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101103	チ　侵襲性髄膜炎菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101104	ツ　水痘(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101105	テ　先天性風しん症候群(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101106	ト　バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101107	ナ　バンコマイシン耐性腸球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101108	ニ　百日咳(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101109	ヌ　風しん(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101110	ネ　ペニシリン耐性肺炎球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101111	ノ　無菌性髄膜炎(病原体がパルボウイルスB19 によるものに限る。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101112	ハ　薬剤耐性アシネトバクター感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101113	ヒ　薬剤耐性緑膿菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101114	フ　流行性耳下腺炎(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101115	ヘ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(急性灰白髄炎)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101116	ヘ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(結核)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101117	ヘ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(ジフテリア)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101118	ヘ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(重症急性呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。))(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101119	ヘ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。))(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101120	ヘ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(特定鳥インフルエンザ)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101121	ホ　感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101122	マ　感染症法第6条第8項に規定する指定感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101337	ミ　クロストリジオイデス・ディフィシル感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		※

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
				820101338	ム　基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		※
23	A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算の陰圧室加算	陰圧室管理を必要とする原因となった感染症について、記載すること。	820101123	ア　鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101124	イ　麻しん(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101125	ウ　新型コロナウイルス感染症(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101126	エ　水痘(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101127	オ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(急性灰白髄炎)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101128	オ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(結核)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101129	オ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(ジフテリア)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101130	オ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(重症急性呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101131	オ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101132	オ　感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(特定鳥インフルエンザ)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101133	カ　感染症法同法第6同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
				820101134	キ　感染症法同法第6同条第8項に規定する指定感染症(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))		
24	A220-3	特定薬剤治療環境特別加算	個室管理を必要とする薬剤について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	830100924	個室管理を必要とする薬剤(特定薬剤治療環境特別加算)；******		※
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	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		
				820100026	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。	830100027	皮膚潰瘍に係るSheaの分類(重症皮膚潰瘍管理加算)；******		
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。	820100452	規定により移送された患者(応急入院患者等)(精神科応急入院施設管理加算)		
28	A229	精神科隔離室管理加算	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
29	A230-3	精神科身体合併症管理加算	対象患者について基本診療料の施設基準等別表第七の二の各号に掲げるものの中からいずれか該当するものを選択して記載すること。	820100453	呼吸器系疾患の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100454	心疾患の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100455	手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100456	脊髄損傷の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100457	重篤な内分泌・代謝性疾患の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100458	重篤な栄養障害の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100459	意識障害の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100460	全身感染症の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100461	中枢神経系の感染症の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100462	急性腹症の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100463	劇症肝炎又は重症急性膵炎の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100464	悪性症候群又は横紋筋融解症の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100465	広範囲(半肢以上)熱傷の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100466	手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100467	透析導入時の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100468	重篤な血液疾患の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100469	急性かつ重篤な腎疾患の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100470	手術室での手術を必要とする状態の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100471	膠原病の患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100472	妊産婦である患者(精神科身体合併症管理加算)		
				820100473	指定難病の患者(精神科身体合併症管理加算)		
30	A230-4	精神科リエゾンチーム加算	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			精神科リエゾンチームが介入する要因となった傷病名を記載すること。	820101339	認知症（精神科リエゾンチーム加算）		※
				820101340	せん妄（精神科リエゾンチーム加算）		※
				820101341	認知症及びせん妄以外の精神疾患（精神科リエゾンチーム加算）		※
				820101342	自殺企図（精神科リエゾンチーム加算）		※
31	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。	830100028	強度行動障害スコア(強度行動障害入院医療管理加算)；******		
				830100029	医療度判定スコア(強度行動障害入院医療管理加算)；******		
32	A231-4	摂食障害入院医療管理加算	初回算定時のBMIの値を記載すること。	842100013	初回算定時のBMI値(摂食障害入院医療管理加算)；******		
33	A233-2	栄養サポートチーム加算	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
34	A234-2	感染対策向上加算3	(初回算定後、90日を超えて再度算定した場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100401	加算を算定した入院年月日(感染対策向上加算3)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
35	A234-4	重症患者初期支援充実加算	(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。	850190197	加算を算定した入院年月日(重症患者初期支援充実加算)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
36	A236	褥瘡ハイリスク患者ケ	(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。	850100026	加算を算定した入院年月日(褥瘡ハイリスク患者ケア加算)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820100826	ア　ショック状態のもの		
				820100902	イ　重度の末梢循環不全のもの		
				820100827	ウ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの		
				820100903	エ　6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
		ア加算	「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A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算の(3)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。	820100828	オ　特殊体位による手術を受けたもの		
				820100904	カ　強度の下痢が続く状態であるもの		
				820100829	キ　極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等)であるもの		
				820100830	ク　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの		
				820100831	ケ　褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があって既に褥瘡を有するもの		
37	A242	呼吸ケアチーム加算	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
38	A244	病棟薬剤業務実施加算	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
39	A246-3	医療的ケア児(者)入院前支援加算	入院前支援を行った年月日を記載すること。	850190209	入院前支援を行った年月日(医療的ケア児(者)入院前支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
40	A247-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	せん妄のリスク因子の確認結果について、「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」別紙様式7の3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。	820100832	せん妄のリスク因子:70 歳以上		
				820100905	せん妄のリスク因子:脳器質的障害		
				820100833	せん妄のリスク因子:認知症		
				820100906	せん妄のリスク因子:アルコール多飲		
				820100907	せん妄のリスク因子:せん妄の既往		
				820100834	せん妄のリスク因子:リスクとなる薬剤(特にベンゾジアゼピン系薬剤)の使用		
				820100835	せん妄のリスク因子:全身麻酔を要する手術後又はその予定があること		
				820100836	せん妄のリスク因子:その他		
			リスク因子に1項目以上該当する場合は、「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」別紙様式7の3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。	820100908	ハイリスク患者に対するせん妄対策:認知機能低下に対する介入(見当識の維持等)		
				820100909	ハイリスク患者に対するせん妄対策:脱水の治療・予防(適切な補液と水分摂取)		
				820100837	ハイリスク患者に対するせん妄対策:リスクとなる薬剤(特にベンゾジアゼピン系薬剤)の漸減・中止		
				820100838	ハイリスク患者に対するせん妄対策:早期離床の取組		
				820100839	ハイリスク患者に対するせん妄対策:疼痛管理の強化(痛みの客観的評価の併用等)		
				820100840	ハイリスク患者に対するせん妄対策:適切な睡眠管理(非薬物的な入眠の促進等)		
				820100841	ハイリスク患者に対するせん妄対策:本人及び家族へのせん妄に関する情報提供		
				820100842	ハイリスク患者に対するせん妄対策:その他		
41	A250注2	薬剤調整加算	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。	842100014	調整前の内服薬の種類数(薬剤調整加算):******		
				842100015	調整前の内服薬の種類数(クロルプロマジン換算量(mg))(薬剤調整加算):******		
				842100016	調整後の内服薬の種類数(薬剤調整加算):******		
				842100017	調整後の内服薬の種類数(クロルプロマジン換算量(mg))(薬剤調整加算):******		
			(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。	830100030	他の保険医療機関名(薬剤調整加算):******		
				842100018	当該保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤調整加算):******		
				842100019	他の保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤調整加算):******		
				842100020	当該保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤調整加算):******		
				842100021	他の保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤調整加算):******		
42	A251	排尿自立支援加算	当該加算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。	850100027	初回算定年月日(排尿自立支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100022	通算算定回数(排尿自立支援加算):******		
43	A253	協力対象施設入所者入院加算	当該入院患者の入所していた介護保険施設等の名称	830100810	入所していた介護保険施設等:******		
44	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。	850100028	救命救急入院料の算定に係る入院年月日(救命救急入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
45	A300注5	急性薬毒物中毒加算1	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物を記載すること。	820101135	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):バルビタール系薬物		
				820101136	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):ブロムバレリル尿素		
				820101137	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):三環系・四環系抗うつ薬		
				820101138	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):アセトアミノフェン		
				820101139	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):サリチル酸		
				820101140	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):有機リン系農薬		
				820101141	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):カーバメート系農薬		
				820101142	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):グルホシネート		
				820101143	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):パラコート		
				820101144	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):メタンフェタミン		
				820101145	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):メタノール		
				820101146	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):青酸化合物		
				820101147	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):ヒ素化合物		
				830100811	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬毒物中毒加算1):その他:******		
				820100027	出生時体重　1，500g以上		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
46	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1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100028	出生時体重　1，000g以上1，500g未満		
				820100029	出生時体重　1，000g未満		
				820101040	出生時体重　500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重　500g未満		
			「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A302新生児特定集中治療室管理料の(1)のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100474	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ア　高度の先天奇形		
				820100475	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):イ　低体温		
				820100476	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ウ　重症黄疸		
				820100477	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):エ　未熟児		
				820100478	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):オ　意識障害又は昏睡		
				820100479	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):カ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100480	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):キ　急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100481	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ク　急性薬物中毒		
				820100482	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ケ　ショック		
				820100483	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):コ　重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		
				820100484	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):サ　大手術後		
				820100485	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):シ　救急蘇生後		
				820100486	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ス　その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
47	A302-2	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	「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第1章第2部A302-2新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の(1)のアからケまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820101148	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ア　体外式膜型人工肺を実施している状態		
				820101149	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):イ　腎代替療法(血液透析、腹膜透析等)を実施している状態		
				820101150	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ウ　交換輸血を実施している状態		
				820101151	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):エ　低体温療法を実施している状態		
				820101152	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):オ　人工呼吸器を使用している状態(出生時体重が七百五十グラム未満である場合に限る。)		
				820101153	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):カ　人工呼吸器を使用している状態であって、一酸化窒素吸入療法を実施している状態		
				820101154	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):キ　人工呼吸器を使用している状態であって、胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している状態		
				820101155	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ク　手術術後に人工呼吸器を使用してる状態		
				820101156	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ケ　新興感染症や先天性感染症等の感染症患者であって、陰圧個室管理など厳重な感染対策を行いながら人工呼吸器を使用している状態(合併症として発生した感染症は除く。)		
48	A303の1	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	「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A303総合周産期特定集中治療室管理料の(2)のアからカまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100487	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ア　合併症妊娠		
				820100488	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):イ　妊娠高血圧症候群		
				820100489	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ウ　多胎妊娠		
				820100490	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):エ　胎盤位置異常		
				820100491	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):オ　切迫流早産		
				820100492	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):カ　胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
49	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1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重　1，500g以上		
				820100028	出生時体重　1，000g以上1，500g未満		
				820100029	出生時体重　1，000g未満		
				820101040	出生時体重　500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重　500g未満		
			「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A302新生児特定集中治療室管理料の(1)のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100493	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ア　高度の先天奇形		
				820100494	該当するもの(新生児集中治療室管理料):イ　低体温		
				820100495	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ウ　重症黄疸		
				820100496	該当するもの(新生児集中治療室管理料):エ　未熟児		
				820100497	該当するもの(新生児集中治療室管理料):オ　意識障害又は昏睡		
				820100498	該当するもの(新生児集中治療室管理料):カ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100499	該当するもの(新生児集中治療室管理料):キ　急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100500	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ク　急性薬物中毒		
				820100501	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ケ　ショック		
				820100502	該当するもの(新生児集中治療室管理料):コ　重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		
				820100503	該当するもの(新生児集中治療室管理料):サ　大手術後		
				820100504	該当するもの(新生児集中治療室管理料):シ　救急蘇生後		
				820100505	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ス　その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
50	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1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重　1，500g以上		
				820100028	出生時体重　1，000g以上1，500g未満		
				820100029	出生時体重　1，000g未満		
				820101040	出生時体重　500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重　500g未満		
			「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A303-2新生児治療回復室入院医療管理料の、(2)のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100506	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ア　高度の先天奇形		
				820100507	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):イ　低体温		
				820100508	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ウ　重症黄疸		
				820100509	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):エ　未熟児		
				820100510	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):オ　意識障害又は昏睡		
				820100511	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):カ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100512	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):キ　急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100513	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ク　急性薬物中毒		
				820100514	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ケ　ショック		
				820100515	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):コ　重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		
				820100516	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):サ　大手術後		
				820100517	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):シ　救急蘇生後		
				820100518	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ス　その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
51	A304	地域包括医療病棟入院料	（入院中に患者の状態が変化し、当初の治療予定が変更になった場合） 治療を変更する理由となった患者の状態の変化について記載すること。	830100925	患者の状態の変化(地域包括医療病棟入院料):******		※
			（入院中に患者の状態が変化し、当初の治療予定が変更になった場合） 治療を変更した後の予定される治療内容について記載すること。	830100926	変更後の治療予定(地域包括医療病棟入院料):******		※
52	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。	830100031	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特殊疾患入院医療管理料):******		
53	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年月日、手術年月日又は損傷年月日及び入棟年月日並びに退棟年月日を記載する	850100029	対象疾患の発症年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100030	対象疾患の手術年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100031	対象疾患の損傷年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100032	入棟年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100033	退棟年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			（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。	842100023	1日6単位以上のリハビリテーション提供日数(回復期リハビリテーション病棟入院料):******		
			（回復期リハビリテーション病棟入院料等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等を算定する場合） 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。	842100024	転院前の算定日数(回復期リハビリテーション病棟入院料):******		
			（「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(13)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。	830100032	実績指数算出から除外する理由(回復期リハビリテーション病棟入院料):******		
			（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。	830100033	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(回復期リハビリテーション病棟入院料):******		
54	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。	830100034	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(地域包括ケア病棟入院料):******		
55	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。	830100035	入院元(急性期患者支援病床初期加算):******		
				830100036	入院元(在宅患者支援病床初期加算):******		
			（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）。	830100037	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(急性期患者支援病床初期加算):******		
			（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。	830100040	直近の入院医療機関名及び退院年月日(在宅患者支援病床初期加算):******		
56	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。	830100041	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特殊疾患病棟入院料):******		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
57	A311 A311-2 A311-3	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料	算定を開始した年月日を記載すること。	850100034	精神科救急急性期医療入院料の算定開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100035	精神科急性期治療病棟入院料の算定開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100036	精神科救急・合併症入院料の算定開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(転棟患者等が精神科急性期治療病棟入院料を算定する場合) 転棟の必要性を記載すること。	830100042	転棟の必要性(精神科救急急性期医療入院料):******		
				830100043	転棟の必要性(精神科急性期治療病棟入院料):******		
				830100044	転棟の必要性(精神科救急・合併症入院料):******		
			(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救急急性期医療入院料、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(年月日)を記載すること。	850100037	医療観察法による入院開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100038	医療観察法による入院終了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
58	A311 A311-2 A311-3 A315	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料 精神科地域包括ケア病棟入院料 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。	830100045	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科救急急性期医療入院料)):******		
				830100046	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科急性期治療病棟入院料)):******		
				830100047	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科救急・合併症入院料)):******		
				830100922	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科地域包括ケア病棟入院料)):******		
59	A311	精神科救急急性期医療入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。	850100039	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科救急急性期医療入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合) 投与中止日及び投与中止の理由について、「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1章第2部A311精神科救急急性期医療入院料の(3)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100040	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急急性期医療入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100519	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急急性期医療入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100520	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急急性期医療入院料):イ 患者事由により、投与を中止		
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100041	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急急性期医療入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100025	クロザピンの投与中止回数(精神科救急急性期医療入院料):******		
60	A311-2	精神科急性期治療病棟入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。	850100042	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科急性期治療病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合) 投与中止日及び投与中止の理由について、「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1章第2部A311－2精神科急性期治療病棟入院料の(4)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100043	当該病棟におけるクロザピンの投与中止日(精神科急性期治療病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100521	クロザピンの投与中止の理由(精神科急性期治療病棟入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100522	クロザピンの投与中止の理由(精神科急性期治療病棟入院料):イ 患者事由により、投与を中止		
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100044	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科急性期治療病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100026	クロザピンの投与中止回数(精神科急性期治療病棟入院料):******		
61	A311-3	精神科救急・合併症入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。	850100045	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科救急・合併症入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合) 投与中止日及び投与中止の理由について、「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1章第2部A311－3精神科救急・合併症入院料の(3)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100046	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急・合併症入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100523	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100524	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):イ 患者事由により、投与を中止		
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100047	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急・合併症入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100027	クロザピンの投与中止回数(精神科救急・合併症入院料):******		
62	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。	830100048	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(精神療養病棟入院料):******		
63	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。	830100049	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神療養病棟入院料)):******		
64	A312	精神療養病棟入院料の重症者加算	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
65	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。	830100050	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(認知症治療病棟入院料):******		
66	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。	830100051	入院元(特定一般病棟入院料)(救急・在宅等支援病床初期加算):******		
			(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)。	830100006	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(救急・在宅等支援病床初期加算):******		
			(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。	830100007	直近の入院医療機関名及び退院年月日(救急・在宅等支援病床初期加算):******		
67	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年月日を記載すること。	850100048	特定一般病棟入院料(地域包括ケア)を行う病室への入室年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(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。	830100054	患者を他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特定一般病棟入院料)(地域包括ケア):******		
68	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。	830100055	向精神病薬名(地域移行機能強化病棟入院料)(非定型抗精神病薬加算):******		
69	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。	算定日情報	(算定日)	○	
70	A319	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	(医療上特に必要がある場合であって、特定機能病院リハビリテーション病棟から他の病棟へ患者が移動した場合) その医療上の必要性について詳細に記載する。	830100476	他の病棟へ患者が移動した医療上の必要性(特定機能病院リハビリテーション病棟入院料):******		
			転院前の保険医療機関における特定機能病院リハビリテーション病棟入院料又は回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数を記載すること。	830100477	転院前の保険医療機関における算定日数(特定機能病院リハビリテーション病棟入院料):******		
				算定日情報	(算定日)	○	
				820100992	対象手術(短手1):内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
				820100993	対象手術(短手1):小児食物アレルギー負荷検査		
				820100525	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 3 長径四センチメートル以上(六歳未満に限る。)		
				820100526	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 3 長径六センチメートル以上十二センチメートル未満(六歳未満に限る。)		
				820100527	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 4 長径十二センチメートル以上(六歳未満に限る。)		
				820100528	対象手術(短手1):臍臭症手術		
				820100994	対象手術(短手1):四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 7 手軟部腫瘍摘出術		
				820100995	対象手術(短手1):骨内異物(挿入物を含む。)除去術 ~~10~~ 10 手根骨骨内異物除去術		
				820101343	対象手術(短手1):骨内異物(挿入物を含む。)除去術 ~~11~~ 11 中手骨骨内異物除去術		※
				820100529	対象手術(短手1):半月板切除術		
				820100530	対象手術(短手1):~~関節鏡下半月板切除術~~半月板切除術(関節鏡下)		
				820100996	対象手術(短手1):ガングリオン摘出術 1 手部ガングリオン摘出術		
				820100531	対象手術(短手1):手根管開放手術		
				820100532	対象手術(短手1):~~関節鏡下手根管開放手術~~手根管開放手術(内視鏡下)		
				820100997	対象手術(短手1):涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの		
				820100998	対象手術(短手1):眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法		
				820100999	対象手術(短手1):眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法		
				820101000	対象手術(短手1):眼瞼下垂症手術 3 その他のもの		
				820101001	対象手術(短手1):翼状片手術(弁の移植を要するもの)		
				820101002	対象手術(短手1):治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)		
				820101003	対象手術(短手1):緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術		
				820100533	対象手術(短手1):水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの		
			短手1と表示し、算定日及び手術名を記載すること	820101157	対象手術(短手1):水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの		
71	A400の1	短期滞在手術等基本料1		820101158	対象手術(短手1):水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合		
				820101159	対象手術(短手1):水晶体再建術 3 計画的後嚢切開を伴う場合		
				820100534	対象手術(短手1):乳腺腫瘍摘出術 1 長径五センチメートル未満		
				820101160	対象手術(短手1):乳腺腫瘍摘出術 2 長径五センチメートル以上		
				820100535	対象手術(短手1):気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)		
				820100536	対象手術(短手1):気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)		
				820101004	対象手術(短手1):経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回(透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合)		
				820101344	対象手術(短手1):経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回(その他の場合)		※
				820101005	対象手術(短手1):経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合		
				820101006	対象手術(短手1):下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術		
				820101007	対象手術(短手1):下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)		
				820101008	対象手術(短手1):下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術		
				820101009	対象手術(短手1):下肢静脈瘤血管内焼灼術		
				820101010	対象手術(短手1):下肢静脈瘤血管内塞栓術		
				820100537	対象手術(短手1):内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術		
				820100538	対象手術(短手1):内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満		
				820101011	対象手術(短手1):痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)		
				820101012	対象手術(短手1):肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)		
				820101013	対象手術(短手1):尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)		
				820101014	対象手術(短手1):顕微鏡下精索静脈瘤手術		
				820100539	対象手術(短手1):経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの		
				820101161	対象手術(短手1):経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの		
				820101162	対象手術(短手1):経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの		
			(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。	830100056	非算定理由(短手1):******		
			(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。	820100540	対象手術とは別目的で実施した検査等(短手1)		
72	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。	算定日情報	(算定日)	○	
				~~820101345~~ 190880210	(選)急性期病院A一般入院料	○	
				~~820101346~~ 190880310	(選)急性期病院B一般入院料	○	
				190117810	(選)急性期一般入院料1	○	
				190214510	(選)急性期一般入院料2	○	
				190214610	(選)急性期一般入院料3	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
73	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。	190214710	(選)急性期一般入院料4	○	
				190214810	(選)急性期一般入院料5	○	
				190214910	(選)急性期一般入院料6	○	
				190215010	(選)地域一般入院料1	○	
				190111910	(選)地域一般入院料2	○	
				190112010	(選)地域一般入院料3	○	
				190113410	(選)一般病棟特別入院基本料	○	
				~~190118710~~	~~(選)特定機能病院一般病棟7対1入院基本料~~	~~○~~	
				~~190114710~~	~~(選)特定機能病院一般病棟10対1入院基本料~~	~~○~~	
				190887010	(選)特定機能病院A一般病棟7対1入院基本料	○	
				190887110	(選)特定機能病院A一般病棟10対1入院基本料	○	
				190886910	(選)特定機能病院B一般病棟7対1入院基本料	○	
				190886810	(選)特定機能病院B一般病棟10対1入院基本料	○	
				190886710	(選)特定機能病院C一般病棟7対1入院基本料	○	
				190886610	(選)特定機能病院C一般病棟10対1入院基本料	○	
				190119410	(選)専門病院7対1入院基本料	○	
				190115710	(選)専門病院10対1入院基本料	○	
				190115810	(選)専門病院13対1入院基本料	○	
				190122890	選定療養(入院180日超)減算(入院基本料)	○	
			(「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」の九のいずれかに該当する場合) 「選外」と記載し、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」第九のイからワまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100030	イ　通算対象入院料算定患者以外の患者		
				820100031	ロ　難病患者等入院診療加算を算定する患者		
				820100032	ハ　重症者等療養環境特別加算を算定する患者		
				820100033	ニ　厚生労働省告示に規定する難病患者等		
				820100034	ホ　悪性新生物に対する腫瘍用薬を投与している状態にある患者		
				820100035	ヘ　悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態にある患者		
				820100036	ト　ドレーン法等を実施している状態にある患者		
				820100037	チ　人工呼吸器を使用している状態にある患者		
				820100038	リ　人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態にある患者		
				820100039	ヌ　全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術患者		
				820100040	ル　15歳未満の患者		
				820100041	ヲ　小児慢性特定疾病児童等患者又は育成医療給付患者		
				820100042	ワ　ロからヌまでに掲げる状態に準ずる状態にある患者		
74	A	救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床(救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。)に入院したものとみなす場合	死亡年月日及び死亡を確認した場所として、「処置室で死亡」、「手術室で死亡」、「処置室・手術室以外で死亡」の中から該当するものを選択して記載すること。 なお、「処置室・手術室以外で死亡」を選択した場合は、死亡を確認した場所を記載すること。	820100043	処置室で死亡		
				820100044	手術室で死亡		
				820100045	処置室・手術室以外で死亡		
				830100057	死亡を確認した場所:******		
75	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部第1節B001の2特定薬剤治療管理料の(1)のアの(イ)から(ナ)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。 また、初回の算定年月を記載すること。ただし、抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月目以降の特定薬剤治療管理料1を算定する場合又は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者について特定薬剤治療管理料1を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。	820100046	(イ)　心疾患患者でジギタリス製剤を投与		
				820100047	(ロ)　てんかん患者で抗てんかん剤を投与		
				820100558	(ハ)　臓器移植術を受けた患者で免疫抑制剤を投与		
				820100559	(ニ)　気管支喘息等の患者でテオフィリン製剤を投与		
				820100560	(ホ)　不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与		
				820100561	(ヘ)　統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与		
				820100562	(ト)　躁うつ病の患者でリチウム製剤を投与		
				820100563	(チ)　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		
				820100054	(リ)　留意事項通知に規定する患者でシクロスポリンを投与		
				820100564	(ヌ)　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		
				820100565	(ル)　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		
				820100566	(ヲ)　悪性腫瘍の患者でメトトレキサートを投与		
				820100567	(ワ)　留意事項通知に規定する患者でエベロリムスを投与		
				820100568	(カ)　入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質等を数日間以上投与		
				820100569	(ヨ)　重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与		
				820100570	(タ)　イマチニブを投与		
				820100062	(レ)　リンパ脈管筋腫症の患者でシロリムス製剤を投与		
				820100063	(ソ)　腎細胞癌の患者で抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与		
				820100572	(ツ)　片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与		
				820100843	(ネ)　統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与		
				820101163	(ナ)　ブスルファンを投与		
76	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年月日を記載すること。	850100049	臓器移植年月日(臓器移植加算)(特定薬剤治療管理料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
77	B001の2	特定薬剤治療管理料1の注9加算	ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の必要性を記載すること。	830100058	ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の必要性(特定薬剤治療管理料1):******		
78	B001の2	特定薬剤治療管理料1の注10加算	(エベロリムスの初回投与から3月の間に算定する場合) エベロリムスの初回投与日	850100050	エベロリムスの初回投与年月日(特定薬剤治療管理料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(エベロリムスの初回投与から3月の間に算定する場合) エベロリムスの血中濃度測定の必要性	830100059	エベロリムスの血中濃度測定の必要性(特定薬剤治療管理料1):******		
79	B001の2	特定薬剤治療管理料2のロ	カルタヘナ法に基づく管理を必要とする薬剤について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	830100927	カルタヘナ法に基づく管理を必要とする薬剤(特定薬剤治療管理料2ロ):******		※

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
80	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。	830100060	検査名(悪性腫瘍特異物質治療管理料):******		
81	B001の4	小児特定疾患カウンセリング料	同一患者に対し初めてのカウンセリングを行った年月日を記載すること。	850100051	同一患者に対し初めてのカウンセリング実施年月日(小児特定疾患カウンセリング料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
82	B001の8	皮膚科特定疾患指導管理料	(結節性痒疹及びその他の痒疹(慢性型で経過が1年以上のものに限る。)に対して算定する場合) 痒疹の発症年月を記載すること。	850100494	痒疹の発症年月日:(元号)yy"年"mm"月"		※
83	B001の9	外来栄養食事指導料の「注2」の場合	指導した年月日を記載すること。	850100052	指導した年月日(外来栄養食事指導料(注2)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
84	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年月日を記載すること。	850100053	導入期加算(心臓ペースメーカー指導管理料)移植年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
85	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部第1節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。	850100054	直近の算定年月日(植込型除細動器移行期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100055	使用開始年月日(植込型除細動器移行期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100064	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		
				820100065	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		
86	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。	850190001	直近の算定年月(遠隔モニタリング加算(心臓ペースメーカー指導管理料)):(元号)yy"年"mm"月"		
87	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年月日を記載すること。	850100056	人工内耳植込術実施年月日(高度難聴指導管理料(術後3月以内)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
88	B001の14	高度難聴指導管理料のロ	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850100488	前回算定年月日(高度難聴指導管理料(その他の患者)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190488	初回(高度難聴指導管理料(その他の患者))		
89	B001の14	高度難聴指導管理料の人工内耳機器調整加算	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190043	前回算定年月日(人工内耳機器調整加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190043	初回(人工内耳機器調整加算)		
90	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。	830100061	管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した必要性(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部第1節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	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		
				820100067	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		
				820100068	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		
				820100069	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		
				820100070	オ　透析アミロイド症の月2回目以後のβ2－マイクログロブリン検査		
				820100071	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		
91	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年月日を記載すること。	850100058	第1回目の治療管理を行った年月日(重度喘息患者治療管理加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
92	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) 算定年月日を記載すること。	850100059	算定年月日(慢性疼痛疾患管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
93	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。	850100060	過去に算定した年月日(がん患者指導管理料ロ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
94	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。	850100061	過去に算定した年月日(がん患者指導管理料ハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
95	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	植込術を行った年月日を記載すること。	850100062	植込術の実施年月日(導入期加算(植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
96	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。	842100028	ヘモグロビンA1c値(糖尿病透析予防指導管理料):******		
				820100574	内服薬やインスリン製剤使用(糖尿病透析予防指導管理料)		
97	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。	850190002	前回算定年月(小児運動器疾患指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"		
				820190002	初回(小児運動器疾患指導管理料)		
98	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。	842100029	乳腺炎重症化予防ケア・指導料1の通算実施回数:******		
				842100111	乳腺炎重症化予防ケア・指導料2の通算実施回数:******		
99	B001の31	腎代替療法指導管理料	(腎代替療法指導管理料を2回算定する場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100065	2回算定する医療上の必要性(腎代替療法指導管理料):******		
			(「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第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(2)のアに該当する場合) 直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、「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1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(6)の(イ)から(ハ)のうちいずれか該当するものを選択して記載すること。	820100575	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(イ)　25mL／min／1．73m2以上　30mL／min／1．73m2未満		
				820100576	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ロ)　15mL／min／1．73m2以上　25mL／min／1．73m2未満		
				820100577	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ハ)　15mL／min／1．73m2未満		
			(「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部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(2)のイに該当する場合) 腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由を記載すること。	830100066	腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由:******		
100	B001の32	一般不妊治療管理料	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。	850100402	前回算定年月(一般不妊治療管理料):(元号)yy"年"mm"月"		
				820190049	初回(一般不妊治療管理料)		
101	B001の33	生殖補助医療管理料	生殖補助医療の開始日における年齢(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	830100478	生殖補助医療の開始日における年齢(生殖補助医療管理料):******		
				820190061	初回(生殖補助医療管理料)		
			治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で、当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日を記載すること。	830100479	治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計(生殖補助医療管理料):******		
				850100403	胚移植術の実施回数を確認した年月日(生殖補助医療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			治療計画を作成し、又は見直した場合における当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。	850100404	治療計画の同意を得た年月日(生殖補助医療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合) 当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。	850100405	治療計画の同意を得た年月日(2回目以降)(生殖補助医療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
102	B001の34のハ	二次性骨折予防継続管理料3	初回算定年月日を記載すること。	850100406	初回算定年月日(二次性骨折予防継続管理料3):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
103	B001の35	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	初回算定年月日を記載すること。	850100407	初回算定年月日(アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
104	B001の36	下肢創傷処置管理料	下肢創傷処置を実施した年月日を記載すること。	850190198	下肢創傷処置実施年月日(下肢創傷処置管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
105	B001の37	慢性腎臓病透析予防指導管理料	初回算定年月日を記載すること。	850190210	初回算定年月日(慢性腎臓病透析予防指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
106	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。	830100067	夜間緊急の受診等やむを得ない院内投与理由(小児科外来診療料):******		
			(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。	820100578	小児科外来診療料非算定理由:他の保険医療機関で在宅療養指導管理料算定		
			(健診等に関する疾病に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、保険診療を行う場合) 当該保険診療よりも前に、健診等を別の受診において実施したことを記載すること。	820101347	健診等の実施とは別の受診において保険診療を実施した(小児科外来診療料)		※
107	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。	830100068	2回以上算定する理由(地域連携小児夜間・休日診療料):******		
108	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。	830100069	2回以上算定する理由(地域連携夜間・休日診療料):******		
109	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。	算定日情報	(算定日)	○	
110	B001-2-8	外来放射線照射診療料	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			(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。	算定日情報	(算定日)	○	
			(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理由を記載すること。	830100070	治療を継続する医学的理由(外来放射線照射診療料):******		
			(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。	830100071	早期に治療終了となった医学的理由(外来放射線照射診療料):******		
111	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。	830100072	夜間緊急の受診等やむを得ない院内投与理由(小児かかりつけ診療料):******		
112	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年月日を記載すること。	850100064	初回算定年月日(ニコチン依存症管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
113	B001-5	手術後医学管理料	当該手術に係る手術料を算定した日を記載すること。	850100495	当該手術に係る手術料の算定年月日(手術後医学管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
114	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)(年月日)を記載すること。	850100065	手術実施年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100066	手術予定年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
115	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(年月日)及び実施した手術名を記載すること。	850100067	退院年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100073	手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):******		
			(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。	830100074	入院中にリンパ浮腫指導管理料(入院外)を算定した保険医療機関名(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):******		
				830100075	入院中に実施した手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):******		
116	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。	850190003	前回算定年月(療養・就労両立支援指導料):(元号)yy"年"mm"月"		
				820190003	初回(療養・就労両立支援指導料)		
117	B001-11	遺伝性疾患療養指導管理料の2のイ	遺伝性疾患療養指導管理料の2のイ 検査又は病理診断を実施した年月日を記載すること。	850100496	検査等実施年月日(遺伝性疾患療養指導管理料の2のイ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
		遺伝性疾患療養指導管理料の2のロ	前回遺伝性疾患に係る療養指導管理を実施した年月日を記載すること。	850100497	前回実施年月日(遺伝性疾患療養指導管理料の2のロ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
		遺伝性疾患療養指導管理料(BRCA1／2遺伝子検査を行った保険医療機関と「注1」から「注3」までに掲げる行為を行った保険医療機関が異なる場合)	【BRCA1／2遺伝子検査を行った保険医療機関と「注1」から「注3」までに掲げる行為を行った保険医療機関とが異なる場合】 「注1」から「注3」までに掲げる行為を行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した日付を記載すること。	830100928	注1から注3までに掲げる行為を行った保険医療機関名(遺伝性疾患療養指導管理料):******		※
				850100498	注1から注3までに掲げる行為を行った保険医療機関の受診日(遺伝性疾患療養指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
118	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。	算定日情報	(算定日)	○	
119	B005	退院時共同指導料2	共同指導を行った年月日を記載すること。	850100071	共同指導を行った日(退院時共同指導料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(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。	830100076	共同指導を行った者の職種:******		
				850100072	指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
120	B005-1-2	介護支援等連携指導料	算定年月日(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。	算定日情報	(算定日)	○	
				850100073	初回算定年月日(介護支援等連携指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
121	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年月日及び維持期のリハビリテーションを終了した年月日を記載すること。	850100074	介護保険によるリハビリテーションの開始年月日(介護保険リハビリテーション移行支援料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100075	維持期リハビリテーションの終了年月日(介護保険リハビリテーション移行支援料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
122	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年月日を記載すること。	850100076	医学管理を行った年月日(ハイリスク妊産婦共同管理料(1)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
123	B005-6の1	がん治療連携計画策定料1	退院年月日を記載すること。	850100077	退院年月日(がん治療連携計画策定料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
124	B005-7の2	認知症専門診断管理料2	前回算定年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190004	前回算定年月日(認知症専門診断管理料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190004	初回(認知症専門診断管理料2)		
125	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年月日を記載すること。	850100078	認知症療養計画に基づく初回治療年月日(認知症療養指導料1(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
126	B005-7-2	認知症療養指導料1(入院外)	治療を行った年月日を記載すること。	850100079	治療年月日(認知症療養指導料1(入院外)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
127	B005-7-2	認知症療養指導料2	治療を行った年月日を記載すること。	850100080	治療開始年月日(認知症療養指導料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
128	B005-7-2	認知症療養指導料3	治療を行った年月日を記載すること。	850100081	治療開始年月日(認知症療養指導料3):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
129	B005-7-2	認知症療養指導料3	認知症の病状変化により認知症療養計画の再検討が必要な患者である旨を記載すること。	820101351	認知症の病状変化により認知症療養計画の再検討が必要な患者(認知症療養指導料3)		※
130	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。	850190005	前回算定年月(認知症サポート指導料):(元号)yy"年"mm"月"		
				820190005	初回(認知症サポート指導料)		
131	B005-9	外来排尿自立指導料	A251排尿自立支援加算の初回算定日並びにA251排尿自立支援加算の初回算定日からのA251排尿自立支援加算	850100082	排尿自立支援加算の初回算定年月日(外来排尿自立指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			及び当該指導料の通算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること。	842100030	排尿自立支援加算及び外来排尿自立指導料の通算算定回数(外来排尿自立指導料);******		
132	B005-10	ハイリスク妊産婦連携指導料1	精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を標榜する保険医療機関に対して診療情報が文書により提供された妊婦又は出産日(年月日)を記載すること。	820100844	診療情報が文書により提供された妊婦(ハイリスク妊産婦連携指導料1)		
				850100409	出産日(ハイリスク妊産婦連携指導料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
133	B005-10-2	ハイリスク妊産婦連携指導料2	当該保険医療機関で精神療法が実施されている又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産日(年月日)を記載すること。	820100845	産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦(ハイリスク妊産婦連携指導料2)		
				850100410	出産日(ハイリスク妊産婦連携指導料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
134	B005-11の1	遠隔連携診療料　外来診療の場合	連携して診療を行う他の保険医療機関の名称を記載すること。	830100929	連携先保険医療機関名(遠隔連携診療料(外来));******		※
135	B005-11の2	遠隔連携診療料　訪問診療の場合	連携して診療を行う他の保険医療機関の名称を記載すること。	830100930	連携先保険医療機関名(遠隔連携診療料(在宅));******		※
136	B005-11の3	遠隔連携診療料　入院診療の場合	連携して診療を行う他の保険医療機関の名称を記載すること。	830100931	連携先保険医療機関名(遠隔連携診療料(入院));******		※
137	B005-12	こころの連携指導料（1）	初回算定年月日を記載すること。	850100413	初回算定年月日(こころの連携指導料(1)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
138	B005-13	こころの連携指導料（2）	初回算定年月日を記載すること。	850100414	初回算定年月日(こころの連携指導料(2)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
139	B005-14	プログラム医療機器等指導管理料	プログラム医療機器等指導管理料を算定する際に用いる特定保険医療材料について記載すること。	820101164	ニコチン依存症治療補助アプリ(プログラム医療機器等指導管理料)		※
				820101165	高血圧治療補助アプリ(プログラム医療機器等指導管理料)		
				820101352	アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリ(プログラム医療機器等指導管理料)		※
			（地域の医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である医療機関において高血圧治療補助アプリを用いる場合（例えば、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関からの紹介で治療する場合や心筋梗塞等の救急治療で入院後に当該医療機関において一定期間外来でフォローする場合）） 当該医療機関でアプリを活用して治療を行う具体的な理由について記載するとともに、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関での治療が可能かどうか検討を行い、その検討結果について記載すること。	830100812	当該保険医療機関においてアプリを活用して治療を行う理由(プログラム医療機器等指導管理料);******		
				830100813	地域のかかりつけ医機能を担う保険医療機関での治療が可能かどうかの検討結果(プログラム医療機器等指導管理料);******		
140	B007	退院前訪問指導料	（2回算定した場合） 各々の訪問指導年月日を記載すること。	850100084	訪問指導年月日(退院前訪問指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
141	B007-2	退院後訪問指導料	退院日(年月日)を記載すること。	850100085	退院年月日(退院後訪問指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
142	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。	算定日情報	(算定日)	○	
				830100078	薬剤名(薬剤管理指導料1);******		
143	B008の2	薬剤管理指導料2	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
144	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。	830100079	他の保険医療機関名(薬剤総合評価調整管理料);******		
				842100031	当該保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料);******		
				842100032	他の保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料);******		
				842100033	当該保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料);******		
				842100034	他の保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料);******		
145	B009	診療情報提供料（Ⅰ）	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			情報提供先を記載すること。	830100080	情報提供先(診療情報提供料(1));******		
146	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の注8に規定する加算	退院年月日を記載すること。	850100087	退院年月日(注8加算(診療情報提供料(1))):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
147	B009	診療情報提供料（Ⅰ）の検査・画像情報提供加算のイ	退院年月日を記載すること。	850100088	退院年月日(検査・画像情報提供加算イ(診療情報提供料(1))):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
148	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。	830100081	訪問看護ステーション名(療養情報提供加算(診療情報提供料(1)));******		
149	B010	診療情報提供料（Ⅱ）	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
150	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。	830100082	連携先保険医療機関名(診療情報連携共有料);******		
151	B011	連携強化診療情報提供料	（妊婦である場合） 当該患者が妊娠している者である旨記載すること。	820100579	妊娠中{(連携強化診療情報提供料)}		
			（産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関等と他の保険医療機関が連携した場合） 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。	850100415	前回算定年月(連携強化診療情報提供料):(元号)yy"年"mm"月"		
				820190050	初回(連携強化診療情報提供料)		
152	B011注5	連携強化診療情報提供料	（注5に規定する注1から注4までのいずれにも該当しない場合（頻回の情報提供の必要性を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合を除く。）） 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。	850190199	前回算定年月(注5(頻回の情報提供を行う場合以外)):(元号)yy"年"mm"月"		
				820190062	初回(注5(頻回の情報提供を行う場合以外))		
153	B012	傷病手当金意見書交付料	交付年月日を記載すること。	850100089	交付年月日{(傷病手当金意見書交付料)}:{(元号)}yy"年"mm"月"dd"日"		
			（当該月前に受傷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。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)	○	
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)	○	
			（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。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)	○	
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)	○	
			（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。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)	○	
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)	○	
154	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。	180000850	感染症法申請診断書交付料	○	
				180000950	感染症法申請手続代行料	○	
				180001030	感染症法申請診断書交付・申請手続代行料	○	
155	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。	850100090	交付年月日(療養費同意書交付料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100083	同意書又は診断書に記載した病名(療養費同意書交付料);******		
156	B014	退院時薬剤情報管理指導料	退院年月日を記載すること。	850100091	退院年月日(退院時薬剤情報管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
157	B015	精神科退院時共同指	対象となる患者の状態について記載すること。	820100581	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):措置入院にかかる患者		
				820100582	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):緊急措置入院にかかる患者		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
[illegible]	[illegible]	導料1のイ	対象となる患者の状態について記載すること。	820100583	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者		
				820100584	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):入院の期間が1年以上の患者		
158	B015	精神科退院時共同指導料1のロ	対象となる患者の状態について記載すること。	820100585	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある。		
				820100586	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):自分1人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある		
				820100587	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。		
				820100588	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。		
				820100589	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):自傷や自殺を企てたことがある。		
				820100590	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):家族への暴力、暴言、拒絶がある。		
				820100591	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):警察・保健所介入歴がある。		
				820100592	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。		
				820100593	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):外来受診をしないことが2か月以上あった。		
				820100594	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。		
				820100595	精神科退院時共同指導料1のロの対象患者:直近の入院は措置入院である。		
				820100596	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。		
				820100597	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。		
				820100598	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):支援をする家族がいない。		
				820100599	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。		
159	B015	精神科退院時共同指導料2	対象となる患者の状態について記載すること。	820100600	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):措置入院にかかる患者		
				820100601	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):緊急措置入院にかかる患者		
				820100602	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者		
				820100603	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):入院の期間が1年以上の患者		
				820100604	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある。		
				820100605	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自分1人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある		
				820100606	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。		
				820100607	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。		
				820100608	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自傷や自殺を企てたことがある。		
				820100609	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家族への暴力、暴言、拒絶がある。		
				820100610	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):警察・保健所介入歴がある。		
				820100611	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。		
				820100612	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):外来受診をしないことが2か月以上あった。		
				820100613	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。		
				820100614	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):直近の入院は措置入院である。		
				820100615	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。		
				820100616	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。		
				820100617	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):支援をする家族がいない。		
				820100618	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。		
160	C	在宅患者診療・指導料	(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。	830100085	指示のあった在宅療養支援診療所名:******		
161	C	乳幼児呼吸管理材料加算	(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。	820100619	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):当月分		
				820100620	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):翌月分		
				820100621	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):翌々月分		
				820100622	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):前月分		
				820100623	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):前々月分		
162	C000	往診料等	(往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60 日以内に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は在宅がん医療総合診療料を算定している患者に往診料を算定した場合) 当該他の保険医療機関の名称を記載すること。	830100814	訪問診療を行っている保険医療機関名:******		
			(往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームに入所する患者に往診料を算定した場合) 当該介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームの名称を記載すること。	830100815	入所する介護保険施設等の名称:******		
			(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。	830100086	患者の病状の急変等往診が必要となった理由:******		
			(在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院であって、当該保険医療機関において普段から訪問診療を実施する患者に対し、患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合) 往診日及び当該往診を実施した医師の氏名について記載すること。	850100499	患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				830100932	患家に事前に氏名を提供していない往診医名:******		※
163	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。	830100087	往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間(特別往診料):******		
164	C000	往診料の患家診療時間加算	診療時間を記載すること。	114000970	患家診療時間加算(往診料)	○	
				114002470	患者診療時間加算(特別往診)	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
165	C000	往診料 在宅ターミナルケア加算	死亡年月日を記載すること。	850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
166	C000	往診料 往診時医療情報連携加算	当該患者に定期的に訪問診療を行っている保険医療機関の名称を記載すること。	830100990	訪問診療を行っている保険医療機関の名称(往診時医療情報連携加算):******		※
167	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、必要を認めた診療年月日及び当該訪問診療を行った年月日を記載すること。	830100088	頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性(在宅患者訪問診療料(1)):******		
				850100094	必要性を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(1)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100095	訪問診療年月日(在宅患者訪問診療料(1)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(「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。	850100096	他医療機関から依頼があった年月(在宅患者訪問診療料(1)):(元号)yy"年"mm"月"		
			(「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。また、6月を超えて訪問診療を行った場合は、継続的な訪問診療の必要性を記載すること。	820100072	ア　その診療科の医師でなければ困難な診療		
				820100073	イ　既に診療した傷病等とは明らかに異なる傷病に対する診療		
				830100089	継続的な訪問診療の必要性(在宅患者訪問診療料2):******		
			(「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	末期の悪性腫瘍		
				820100075	多発性硬化症		
				820100076	重症筋無力症		
				820100077	スモン		
				820100078	筋萎縮性側索硬化症		
				820100079	脊髄小脳変性症		
				820100080	ハンチントン病		
				820100081	進行性筋ジストロフィー症		
				820100082	パーキンソン病関連疾患(留意事項通知に規定するもの)		
				820100083	多系統萎縮症(留意事項通知に規定するもの)		
				820100084	プリオン病		
				820100085	亜急性硬化性全脳炎		
				820100086	ライソゾーム病		
				820100087	副腎白質ジストロフィー		
				820100088	脊髄性筋萎縮症		
				820100089	球脊髄性筋萎縮症		
				820100090	慢性炎症性脱髄性多発神経炎		
				820100091	後天性免疫不全症候群		
				820100092	頸髄損傷の患者		
				820100093	人工呼吸器を使用している状態の患者		
168	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。	114001470	患家診療時間加算(在宅患者訪問診療料(1)・(2))	○	
169	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	死亡年月日を記載すること。	850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(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年月日及び時刻を記載すること。	850100100	死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100038	死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻(在宅ターミナルケア加算)		
170	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)を利用し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。	820100624	ICTを利用した看護師との連携による死亡診断		
171	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。	830100090	訪問地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間(在宅患者訪問診療料(1)):******		
172	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、必要を認めた診療年月日及び当該訪問診療を行った年月日を記載すること。	830100091	頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性(在宅患者訪問診療料(2)):******		
				850100102	必要を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(2)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100103	訪問診療年月日(在宅患者訪問診療料(2)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
173	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。	114001470	患家診療時間加算(在宅患者訪問診療料(1)・(2))	○	
174	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	死亡年月日を記載すること。	850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(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年月日及び時刻を記載すること。	850100100	死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100038	死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻(在宅ターミナルケア加算)		
175	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)を利用し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。	820100624	ICTを利用した看護師との連携による死亡診断		
176	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年月日を記載すること。	850100106	往診又は訪問診療年月日(在医総管):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100107	往診又は訪問診療年月日(施医総管):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日を記載すること。	850100492	情報通信機器を用いた診療年月日(在医総管):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100493	情報通信機器を用いた診療年月日(施医総管):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(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。	842100035	単一建物診療患者数(在医総管):******		
				842100036	単一建物診療患者数(施医総管):******		
			(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。	820100847	2人目患者診療時間が1時間超		
			(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人以下の場合」、「単一建物診療患者の人数とみなす場合」	820100094	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		
				820100095	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		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			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。	820100096	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		
177	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。	850100108	初回算定年月日(在宅移行早期加算(在医総管));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100109	初回算定年月日(在宅移行早期加算(施医総管));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
178	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包括的支援加算	「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C002在宅時医学総合管理料及びC002-2施設入居時等医学総合管理料の(23)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。なお、(23)に規定するものについては、以下のとおりであること。 〔1　要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態〕 　1－1　要介護3 　1－2　要介護4 　1－3　要介護5 　1－4　障害支援区分2以上 〔2　認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上〕 　2－1　ランクⅢa 　2－2　ランクⅢb 　2－3　ランクⅣ 　2－4　ランクM 3　頻回の訪問看護を受けている状態 4　訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 5　介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 6　麻薬投薬を受けている状態 〔7　その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態〕 　7－1　脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者 　7－2　出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者 　7－3「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者 　7－4　訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者	820100626	該当する状態(包括的支援加算):1－1　要介護3		
				820100627	該当する状態(包括的支援加算):1－2　要介護4		
				820100628	該当する状態(包括的支援加算):1－3　要介護5		
				820100629	該当する状態(包括的支援加算):1－4　障害支援区分2以上		
				820100631	該当する状態(包括的支援加算):2－1　ランク3a		
				820100632	該当する状態(包括的支援加算):2－2　ランク3b		
				820100633	該当する状態(包括的支援加算):2－3　ランク4		
				820100634	該当する状態(包括的支援加算):2－4　ランクM		
				820100635	該当する状態(包括的支援加算):3　頻回の訪問看護を受けている状態		
				820100636	該当する状態(包括的支援加算):4　訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態		
				820100637	該当する状態(包括的支援加算):5　施設に入居し、看護職員による処置を受けている状態		
				820101318	該当する状態(包括的支援加算):6　麻薬投薬を受けている状態		
				820100638	該当する状態(包括的支援加算):7－1　脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者		
				820100639	該当する状態(包括的支援加算):7－2　出生時体重が1，500g未満であった1歳未満の患者		
				820100640	該当する状態(包括的支援加算):7－3「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者		
				820100641	該当する状態(包括的支援加算):7－4　家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者		
179	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、訪問看護を行った年月日を記載すること。 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。	850100111	訪問診療年月日(在宅がん医療総合診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100112	訪問看護年月日(在宅がん医療総合診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
180	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。	852100004	診療に要した時間(長時間加算(救急搬送診療料))		
181	C004-2	救急患者連携搬送料	搬送先の保険医療機関名について記載すること。	830100816	搬送先の保険医療機関名(救急患者連携搬送料);******		
182	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。	830100092	支援　訪問看護の指示を行った在宅療養支援診療所名(在宅患者訪問看護・指導料);******		
				830100093	訪問看護の指示を行った在宅療養支援診療所名(同一建物居住者訪問看護・指導料);******		
			(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。	842100037	前月最終週の訪問回数(在宅患者訪問看護・指導料);******		
				842100038	前月最終週の訪問回数(同一建物居住者訪問看護・指導料);******		
			(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。	842100039	指導回数(在宅患者訪問看護・指導料);******		
				842100040	指導回数(同一建物居住者訪問看護・指導料);******		
183	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年月日、訪問看護・指導を行った年月日及びその必要を認めた理由を記載すること。	850100113	頻回な在宅患者訪問看護・指導を行う必要を認めた診療年月日(難病等複数回訪問加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100114	訪問看護・指導を行った年月日(難病等複数回訪問加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100094	頻回な訪問看護・指導の必要を認めた理由(難病等複数回訪問加算);******		
184	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	情報共有を行った年月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年月日を記載すること。	850100117	情報共有年月日(在宅患者連携指導加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100118	指導年月日(在宅患者連携指導加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
185	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年月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年月日を記載すること。	850100119	カンファレンス実施年月日(緊急時等カンファレンス加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100120	共同指導年月日(緊急時等カンファレンス加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
186	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年月日及び時刻、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(年月日及び時刻)を記載すること。	820100097	在宅で死亡		
				820100098	在宅以外で死亡		
				850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100001	患者死亡時刻(在宅ターミナルケア加算)		
187	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。	特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
188	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(年月日及び時刻)を記載すること。	850100121	訪問看護年月日(夜間・早朝訪問看護加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100122	訪問看護年月日(深夜訪問看護加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100002	訪問看護実施時刻(夜間・早朝訪問看護加算)		
				851100003	訪問看護実施時刻(深夜訪問看護加算)		
189	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年月日を記載すること。	850100123	同行訪問年月日(看護・介護職員連携強化加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
190	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。	830100095	患者住所(特別地域訪問看護加算):******		
				852100005	訪問に要する時間(片道)(特別地域訪問看護加算)		
			（特別地域訪問看護加算ロの場合） 訪問看護・指導を行った年月日を記載すること。	850100500	訪問年月日(特別地域訪問看護加算ロの場合):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			（特別地域訪問看護加算ロの場合） 訪問看護・指導に要した時間を記載すること。	852100016	訪問看護時間(特別地域訪問看護加算ロの場合)		※
191	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・指導料の緊急訪問看護加算	加算を算定する理由を詳細に記載すること。	830100817	緊急訪問看護の理由(緊急訪問看護加算):******		
			緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。	850190211	緊急訪問年月日(緊急訪問看護加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
192	C005-1-3	訪問看護遠隔連携診療補助料	情報通信機器を用いた診療を行う医師が実施した診療前相談により判断された看護師等による患家への訪問の必要性について記載すること。	830100933	看護師等による患家への訪問の必要性(訪問看護遠隔連携診療補助料):******		※
193	C005-1-3	訪問看護遠隔連携診療補助料	（訪問看護遠隔連携診療補助料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。	820100847	2人目患者診療時間が1時間超		※
194	C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	点滴注射を行った年月日を記載すること。	850100124	点滴注射年月日(在宅患者訪問点滴注射管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（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。	820100642	訪点		
				算定日情報	(算定日)	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
195	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。	114006410	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(同一建物居住者以外)	○	
				114015010	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(同一建物居住者)	○	
			(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。	820100643	急性		
196	C007	訪問看護指示料	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
197	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	急性増悪		
				820100100	終末期		
				820100101	退院直後		
				830100469	その他具体的理由(特別訪問看護指示加算):******		
198	C007 注3	訪問看護指示料の手順書加算	前回の算定日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850100418	前回算定年月日(手順書加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190052	初回(手順書加算)		
199	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年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190006	指示書の前回交付年月日(介護職員等喀痰吸引等指示料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190006	初回(介護職員等喀痰吸引等指示料)		
200	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。	算定日情報	(算定日)	○	
			(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。	842100041	単一建物患者数(在宅患者訪問薬剤管理指導料):******		
			(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」、「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	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100104	管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100105	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		
				820100094	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		
201	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。	842100042	単一建物患者数(在宅患者訪問栄養食事指導料):******		
			(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	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100106	指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100107	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		
				820100094	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		
202	C010	在宅患者連携指導料	情報共有を行った年月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年月日を記載すること。	850100125	情報共有年月日(在宅患者連携指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100126	指導年月日(在宅患者連携指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
203	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年月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年月日を記載すること。	850100127	カンファレンス実施年月日(在宅患者緊急時等カンファレンス料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100128	指導年月日(在宅患者緊急時等カンファレンス料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
204	C012	在宅患者共同診療料	初回算定年月日を記載すること。	850100129	初回算定年月日(在宅患者共同診療料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(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年月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。	842100043	通算算定回数(在宅患者共同診療料):******		
205	C012-2	訪問診療薬剤師同時指導料	同時に訪問した在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する別の保険医療機関又は保険薬局の名称を記載すること。	830100934	同時訪問施設名(訪問診療薬剤師同時指導料):******		※
206	C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	(「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第2章第2部C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料の(8)又は(9)により当該指導管理料算定する場合) カンファレンスの実施年月日、DESIGN-R®2020による深さの評価及び本通知C013(2)のいずれに該当するのかを記載すること。	850100130	初回カンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100131	2回目のカンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100132	3回目のカンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100644	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d0(皮膚損傷・発赤なし)		
				820100645	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d1(持続する発赤)		
				820100646	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d2(真皮までの損傷)		
				820100647	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D3(皮下組織までの損傷)		
				820100648	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D4(皮下組織を越える損傷)		
				820100649	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D5(関節腔、体腔に至る損傷)		
				820100650	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):DU(深さ判定が不能の場合)		
				820100651	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):ア　重度の末梢循環不全のもの		
				820100652	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):イ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの		
				820100653	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):ウ　強度の下痢が続く状態であるもの		
				820100654	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):エ　極度の皮膚脆弱であるもの		
				820100655	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):オ　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの		
207	C014	外来在宅共同指導料	共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載すること。	830100643	共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称(外来在宅共同指導料):******		
				850100490	共同指導を行った年月日(外来在宅共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
208	C015	在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料	ICTを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日を記載すること。	850190212	ICTを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日(在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
209	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(院外処方の場合を除く。)) 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。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
			(在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。))	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
210	C101	在宅自己注射指導管理料	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。	830100480	薬剤支給日数(在宅自己注射指導管理料):******		
			（緊急時に受診した場合の注射に係る費用を算定する場合） 緊急時の受診である旨及びその年月日を記載すること。	820100656	算定理由(在宅自己注射指導管理料):緊急時		
				850100133	緊急受診した年月日(在宅自己注射指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
211	C101 注4	在宅自己注射指導管理料 バイオ後続品導入初期加算	初回処方年月日を記載すること。	850100408	初回使用年月日(バイオ後続品導入初期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
212	C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2	分娩日（年月日）を記載すること。	850100134	分娩日(在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
213	C102の1	在宅自己腹膜灌流指導管理料1	（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	ア　在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）		
				820100111	イ　糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）		
				820100112	ウ　腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）		
				820100113	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（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）		
				820100114	オ　その他医師が特に必要と認めるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）		
			（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（院外処方の場合を除く。）） 算定した日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
				算定日情報	（算定日）	○	
			（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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
			（他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合） J038人工腎臓を算定している他の保険医療機関名	830100096	人工腎臓を算定している他の保険医療機関名(在宅自己腹膜灌流指導管理料1):******		
			（他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合） 他の保険医療機関での実施の必要性	830100097	他の保険医療機関で人工腎臓を実施する必要性(在宅自己腹膜灌流指導管理料1):******		
214	C102の2	在宅自己腹膜灌流指導管理料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。	820101354	ア　在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）		※
				820101355	イ　糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）		※
				820101356	ウ　腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）		※
				820101357	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（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）		※
				820101358	オ　その他医師が特に必要と認めるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）		※
215	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年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。	850100137	初回算定年月日(在宅血液透析指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100115	ア　在宅血液透析の導入期にあるもの		
				820100116	イ　合併症の管理が必要なもの		
				820100117	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。	算定日情報	（算定日情報）	○	
			（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（院外処方の場合を除く。）） 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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
216	C103	在宅酸素療法指導管理料	当該月の動脈血酸素分圧又は動脈血酸素飽和度を記載すること。	842100072	動脈血酸素分圧(在宅酸素療法指導管理料):******		
				842100044	動脈血酸素飽和度(%)(在宅酸素療法指導管理料):******		
			（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。	850100139	終夜睡眠ポリグラフィーの実施年月日(在宅酸素療法指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100045	無呼吸低呼吸指数(在宅酸素療法指導管理料):******		
217	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。	850100140	在宅酸素療法指導管理料の前回算定年月(遠隔モニタリング加算):(元号)yy"年"mm"月"		
218	C103 C107 C107-2	在宅療養指導管理材料加算の乳幼児呼吸管理材料加算	（6歳未満の乳幼児に対する在宅呼吸管理を行い、専用の経皮的動脈血酸素飽和度測定器その他附属品を貸与又は支給した場合） 貸与又は支給した機器等の名称及びその数量を記載すること。	830100819	貸与又は支給した機器等の名称及びその数量(在宅療養指導管理材料加算(乳幼児呼吸管理材料加算)):******		
219	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（院外処方の場合を除く。）） 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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
220	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（院外処方の場合を除く。）） 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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
221	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。	842100046	患者体重(kg)(在宅小児経管栄養法指導管理料):******		
			（在宅小児経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
222	C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	胃瘻造設年月日及び初回算定年月日を記載すること。	850100141	胃瘻造設年月日(在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100142	初回算定年月日(在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（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（院外処方の場合を除く。）） 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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
			（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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
223	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（院外処方の場合を除く。）） 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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				850100143	一連の治療期間における初回の指導管理年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
224	C107-2 C107-2 注3	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、直近の無呼吸低呼吸指数、直近3月のCPAP1日平均使用時間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。 ※注3における「初診日」は一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日を指す。	842100047	直近の無呼吸低呼吸指数(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料):******		
				852100017	前月の~~CPAP~~CPAP1日平均使用時間		※
				852100018	2月前の~~CPAP~~CPAP1日平均使用時間		※
				852100019	3月前の~~CPAP~~CPAP1日平均使用時間		※
				830100099	睡眠ポリグラフィー上の所見(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料):******		
				850100144	睡眠ポリグラフィー実施年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100100	算定日の自覚症状(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料):******		
			（注3を算定する場合） CPAP 療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した日を記載すること。	850190214	症状が改善していることを対面診療で確認した年月日(情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			（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。	830100101	療法の継続が可能であると認める理由(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料):******		
225	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。	850100145	遠隔モニタリング加算(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料)前回算定年月:(元号)yy"年"mm"月"		
226	C108	在宅麻薬等注射指導管理料	（在宅麻薬等注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
227	C108-2	在宅腫瘍化学療法注射指導管理料	（在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
228	C108-3	在宅強心剤持続投与指導管理料	（在宅強心剤持続投与に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
229	C108-4	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	在宅麻薬等注射指導管理料（悪性腫瘍の場合）又は在宅腫瘍化学療法注射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。	850100146	連携指導管理年月日(在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100102	連携指導保険医療機関名(在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料):******		
			（在宅麻薬注射又は在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。））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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
230	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（院外処方の場合を除く。）） 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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
231	C110-2 注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。	850100147	植込術実施年月日(導入期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
	C110-2 注3	情報通信機器を用いた在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	（情報通信機器を用いた指導管理を実施する場合） 一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日及び植込型脳・脊髄電気刺激装置の植込手術後の初回の指導日を記載すること。	850100501	一連の治療期間における初回の指導管理年月日(情報通信機器を用いた在宅振戦等刺激装置治療指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100502	植込型脳・脊髄電気刺激装置の植込手術後の初回の指導管理年月日(情報通信機器を用いた在宅振戦等刺激装置治療指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
232	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。	850100147	植込術実施年月日(導入期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
233	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（院外処方の場合を除く。）） 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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
234	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（院外処方の場合を除く。）） 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。	特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
235	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（院外処方の場合を除く。）） 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。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
236	C150	血糖自己測定器加算	（「7間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの」以外を算定する場合） 1月の血糖自己測定の回数を記載すること。	842100048	1月の血糖自己測定回数(血糖自己測定器加算):******		
			（1型糖尿病の患者等に対し算定する場合） 1型糖尿病の患者等である旨を記載すること。	114009910	血糖自己測定器加算(20回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114046110	血糖自己測定器加算(30回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114010010	血糖自己測定器加算(40回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114010110	血糖自己測定器加算(60回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114010210	血糖自己測定器加算(90回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114015610	血糖自己測定器加算(120回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
237	第2款 在宅療養指導管理材料加算通則	在宅療養指導管理材料加算	（1月に2回分又は3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、前月分のいずれかを算定したのかを選択して記載すること。	820100122	当月分		
				820100123	翌々月分		
				820100124	翌月分		
				820100125	前月分		
				820100126	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第2章第2部C152－2持続血糖測定器の(1)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。	820100657	該当する患者(持続血糖測定器):1型糖尿病患者の患者(間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合)		
				820100658	該当する患者(持続血糖測定器):膵全摘後の患者(間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合)		
				820100659	該当する患者(持続血糖測定器):2型糖尿病患者(間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合)		
				820100660	該当する患者(持続血糖測定器):1型糖尿病患者の患者(間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合)		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
238	C152-2	持続血糖測定器加算		820100661	該当する患者(持続血糖測定器):膵全摘後の患者(間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合)		
				820100662	該当する患者(持続血糖測定器):2型糖尿病患者(間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合		
			(2型糖尿病患者に対して、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合) 直近の空腹時血清Cペプチドの測定結果を記載すること。	830100103	直近の空腹時血清Cペプチドの測定結果(持続血糖測定器):******		
			(1月に2回分の算定を行う場合) 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	当月分		
				820100124	翌月分		
				820100125	前月分		
239	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	ア　糖尿病等で1日概ね4回以上自己注射が必要		
				820100121	イ　血友病で自己注射が必要		
240	C163	特殊カテーテル加算「2」の「イ」親水性コーティング	「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C163の「特殊カテーテル加算」の(3)のアからエ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。	830100104	ア　脊髄障害の要件を満たす医学的根拠:********		
				830100105	イ　二分脊椎の要件を満たす医学的根拠:********		
				830100106	ウ　他の中枢神経を原因とする神経因性膀胱の要件を満たす医学的根拠:********		
				830100107	エ　その他の要件を満たす医学的根拠:********		
241	C165の1	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算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	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		
				820100128	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		
				850100148	留意事項通知イの心不全患者　ASV療法開始年月日(在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
242	C175	在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算	初回算定日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850100419	初回算定年月日(在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190053	初回(在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算)		
243	C200 C300	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。	850190200	訪問看護ステーション等の看護師等が薬剤を使用した年月日(C200):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190201	訪問看護ステーション等の看護師等が特定保険医療材料を使用した年月日(C300):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
244	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。	830100108	紹介元医療機関名:******		
				830100109	在宅療養指導管理料の算定理由:******		
245	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。	830100109	在宅療養指導管理料の算定理由:******		
246	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。	特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
247	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。	853100001	検査開始日時(時間外緊急院内検査加算):dd"日"hh"時"mm"分"		
			(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		
248	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。	830100111	検体検査名(外来迅速検体検査加算):******		
			(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		
249	D001の11	トリプシノーゲン2(尿)	急性膵炎を疑う医学的根拠について記載すること。	830100481	急性膵炎を疑う医学的根拠(トリプシノーゲン2(尿)):******		
250	D001の18	プロスタグランジンE主要代謝物(尿)	(医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合) その詳細な理由及び検査結果を記載すること。	830100820	1月に1回行う詳細な理由(プロスタグランジンE主要代謝物(尿)):******		
				830100821	検査結果(プロスタグランジンE主要代謝物(尿)):******		
251	D001の20	L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)	(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。	830100112	3月に2回以上算定した詳細な理由(L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(尿)):******		
252	D001の20	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。	830100113	医学的必要性から4回以上算定した詳細な理由(好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン(NGAL)(尿)):******		
253	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。	830100116	慢性的な炎症性腸疾患の診断補助を目的として測定した要旨(カルプロテクチン(糞便)要旨):******		
			(潰瘍性大腸炎又はクローン病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。	830100117	詳細理由(カルプロテクチン(糞便)):******		
				830100118	検査結果(カルプロテクチン(糞便)):******		
254	D004の15	アミロイドβ42/40比(髄液)	(効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合) 必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100822	必要と判断した医学的根拠(アミロイドβ42／40比(髄液):******		
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1		
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		
			検査の結果におけるAβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101172	検査の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり(アミロイドβ42／40比(髄液))		
				820101173	検査の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし(アミロイドβ42／40比(髄液))		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
255	D004の15	リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液)	(効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合) 必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100935	必要と判断した医学的根拠(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液));*******		※
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101359	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
				820101360	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101361	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
				820101362	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
				820101863	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
				820101864	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
			検査の結果におけるAβ　病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101865	検査の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
				820101866	検査の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
256	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(2)から(4)までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	820100663	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるALK融合遺伝子検査		
				820100664	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100665	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるBRAF遺伝子検査(次世代シーケンシング)		
				820100666	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):膵癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100667	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるRAS遺伝子検査		
				820100668	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるBRAF遺伝子検査		
				820100669	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるEGFR遺伝子検査		
				820100670	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100671	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):リンチ症候群におけるマイクロサテライト不安定性検査		
				820100672	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):乳癌におけるHER2遺伝子検査		
				820100673	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査		
				820100674	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS－Fli1遺伝子検査		
				820100675	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるTLS－CHOP遺伝子検査		
				820100676	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるSYT－SSX遺伝子検査		
				820100677	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):消化管間葉系腫瘍におけるc－kit遺伝子検査		
				820100678	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査		
				820100680	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査		
				820100803	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるEGFR遺伝子検査		
				820100804	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるROS1融合遺伝子検査		
				820100848	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるBRAF遺伝子検査(次世代シーケンシングを除く。)		
				820100849	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるMETex14遺伝子検査(次世代シーケンシングを除く。)		
				820100850	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):濾胞性リンパ腫におけるEZH2遺伝子検査		
				820100853	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるMETEX14遺伝子検査(次世代シーケンシング)		
				820100854	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるRET融合遺伝子検査		
				820100855	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査(リアルタイムPCR法)		
				820100856	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査		
				820100857	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査		
				820101174	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるKRAS遺伝子変異(G12C)検査		
				820101175	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるHER2遺伝子検査(次世代シーケンシング)		
				820101176	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査(PCR－rSSO法)		
				820101177	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):甲状腺癌におけるRET融合遺伝子検査		
				820101178	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):甲状腺髄様癌におけるRET遺伝子変異検査		
				820101179	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形腫瘍(肺癌及び大腸癌を除く。)におけるBRAF遺伝子検査(PCR－rSSO法)		
				820101180	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性リンパ腫におけるBRAF遺伝子検査(PCR－rSSO法)		
				820101931	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):尿路上皮癌におけるFGFR3遺伝子検査		
				820101932	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌におけるRET融合遺伝子検査		
				820101933	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):甲状腺癌におけるBRAF遺伝子検査		
				820101934	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):乳癌におけるAKT1遺伝子変異検査		
				820101935	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):乳癌におけるPIK3CA遺伝子変異検査		
				820101936	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):乳癌におけるPTEN遺伝子変異検査		
			(早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的としてBRAF遺伝子検査を実施した場合) マイクロサテライト不安定性検査又は「N005－4」ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を実施した年月日を記載すること。	850100150	マイクロサテライト不安定性検査の実施年月日(悪性腫瘍遺伝子検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190215	ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の実施年月日(悪性腫瘍遺伝子検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(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)	850100151	血栓性血小板減少性紫斑病の診断年月日(ADAMTS13活性);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
257	D006の35	ADAMTS13活性	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。	850100152	血栓性血小板減少性紫斑病の再発年月日(ADAMTS13活性):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（血栓性血小板減少性紫斑病に対し、血漿交換療法、免疫抑制療法及びカプラシズマブ製剤による治療を行った際に治療の継続の要否を判定することを目的として測定を行った場合） 30日間を超え1週間に1回に別に算定する、その医学的な必要性を記載すること。	830100823	医学的な必要性(ADAMTS13活性):******		
258	D006の36	血小板凝集能	（先天性血小板機能低下症が疑われる患者に対し、当該疾患の鑑別診断の補助を目的として、3種類以上の試薬を用いて血小板凝集能を測定した場合） 2回以上算定する場合は、その医学的必要性について記載すること。	830100824	2回以上算定する医学的必要性(血小板凝集能　イ　鑑別診断の補助に用いるもの):******		
259	D006の37	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。	850100153	後天性血栓性血小板減少性紫斑病の診断年月日(ADAMTS13インヒビター):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100154	後天性血栓性血小板減少性紫斑病の再発年月日(ADAMTS13インヒビター):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
260	D006-4	遺伝学的検査	「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D006-4遺伝学的検査の（1）に掲げる遺伝子疾患の中から該当するものを選択して記載すること。	830100825	遺伝子疾患の名称:******		
			（2回以上実施する場合） その医学上の必要性を記載すること。	830100119	遺伝学的検査を2回以上実施する医療上の必要性(遺伝学的検査):******		
			（「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D006－4遺伝学的検査の（1）のオに掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する場合） 臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性を記載すること。	830100120	臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性(遺伝学的検査):******		
261	D006-4注2	遺伝学的検査の注2加算	検査の対象となった全ての遺伝子疾患の名称及び検査の実施の必要性について、記載すること。	830100826	遺伝子疾患の名称(遺伝学的検査注2):******		
				830100827	実施の必要性(遺伝学的検査注2):******		
262	D006-5	染色体検査　1　FISH法を用いた場合	（びまん性大細胞型B細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断の目的で2回以上検査を行った場合） 「未確」と表示し、前回算定日を記載すること。	850100420	前回算定年月日(染色体検査1　FISH法を用いた場合):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100858	未確(染色体検査1　FISH法を用いた場合)		
263	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。	830100121	併せて算定した理由及び医学的根拠(CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)):******		
264	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。	830100122	必要理由(FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査):******		
			（本検査を再度実施した場合） その理由を記載すること。	830100123	再実施理由(FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査):******		
265	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。	830100124	肺癌の組織検体検査が実施困難である医学的理由(EGFR遺伝子検査(血漿)):******		
266	D006-14	FLT3遺伝子検査	（本検査を再度実施した場合） 本検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100936	医学的根拠(FLT3遺伝子検査):******		※
267	D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	上皮内癌（CIS）と診断された病理所見を記載すること。	830100125	上皮内癌(CIS)と診断された病理所見(膀胱がん関連遺伝子検査):******		
			K803膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施年月日を記載すること。	850100155	膀胱悪性腫瘍手術(経尿道的手術)の実施年月日(膀胱がん関連遺伝子検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（本検査を過去に算定している場合） 過去の算定日を記載すること。	850100156	過去の算定年月日(膀胱がん関連遺伝子検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
268	D006-18	BRCA1／2遺伝子検査	その医学上の必要性を記載すること。	830100126	医療上の必要性(BRCA1／2遺伝子検査):*******		
269	D006-19の1	がんゲノムプロファイリング検査 固形腫瘍を対象とする場合	（血液を検体とする場合であって、医学的な理由により、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体としてがんゲノムプロファイリング検査を行うことが困難な場合） 固形腫瘍の腫瘍細胞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。	830100761	固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(血液を検体とする)(がんゲノムプロファイリング検査):*******		
			（血液を検体とする場合であって、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として実施したがんゲノムプロファイリング検査において、包括的なゲノムプロファイルの結果を得られなかった場合） その旨を記載すること。	820100859	包括的なゲノムプロファイルの結果を得られない(血液を検体とする)(がんゲノムプロファイリング検査)		
			（抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合） 包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施年月日を記載すること。	850100421	肺癌におけるEGFR遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100422	肺癌におけるROS1融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100423	肺癌におけるALK融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190216	肺癌におけるRAS遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190217	肺癌におけるHER2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100424	大腸癌におけるRAS遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190218	大腸癌におけるHER2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190219	大腸癌におけるBRAF遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100425	乳癌におけるHER2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100426	固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100427	肺癌におけるMETex14遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100428	悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100429	固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100430	固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100503	固形癌におけるRET融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100431	胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100432	卵巣癌におけるBRCA1遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100433	前立腺癌におけるBRCA1遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100434	卵巣癌におけるBRCA2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100435	前立腺癌におけるBRCA2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100504	乳癌におけるAKT1遺伝子変異検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100505	乳癌におけるPIK3CA遺伝子変異検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100506	乳癌におけるPTEN遺伝子変異検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100507	固形癌におけるHER2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100508	乳癌におけるESR1遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
270	D006-19の2	がんゲノムプロファイリング検査 造血器腫瘍を対象とする場合	((ロ)、(ニ)又は(ホ)に該当する場合) その医学的な必要性を記載すること。	~~850100509~~ 830100991	医学的な必要性(がんゲノムプロファイリング検査(造血器腫瘍を対象とする場合));******		※
271	D006-20	角膜ジストロフィー遺伝子検査	その医学的な必要性を記載すること。	830100127	医学的な必要性(角膜ジストロフィー遺伝子検査);******		
272	D006-22	RAS遺伝子検査(血漿)	大腸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。	830100483	大腸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(RAS遺伝子検査(血漿));******		
273	D006-25	CYP2C9遺伝子多型	必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100484	必要と判断した医学的根拠(CYP2C9遺伝子多型);******		
274	D006-26	染色体構造変異解析	検査を実施する医学的な理由を記載すること。	830100485	検査を実施する医学的な理由(染色体構造変異解析);******		
275	D006-27の1	悪性腫瘍遺伝子検査 (血液・血漿) ROS1融合遺伝子検査	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。	830100486	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(ROS1融合遺伝子検査);******		
276	D006-27の2	悪性腫瘍遺伝子検査 (血液・血漿) ALK融合遺伝子検査	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。	830100487	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(ALK融合遺伝子検査);******		
277	D006-27の3	悪性腫瘍遺伝子検査 (血液・血漿) METex14遺伝子検査	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。	830100488	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(METex14遺伝子検査);******		
278	D006-27の4	悪性腫瘍遺伝子検査 (血液・血漿) NTRK融合遺伝子検査	固形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。	830100489	固形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(NTRK融合遺伝子検査);******		
279	D006-27の5	悪性腫瘍遺伝子検査 (血液・血漿) RAS遺伝子検査	本検査の実施に当たっては、「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部第1節D006-27イ(6)に該当する医学的な理由を記載すること。	830100828	医学的な理由(イの(イ)に該当)(RAS遺伝子検査);******		
				830100829	医学的な理由(イの(ロ)に該当)(RAS遺伝子検査);******		
				830100830	医学的な理由(イの(ハ)に該当)(RAS遺伝子検査);******		
280	D006-27の6	悪性腫瘍遺伝子検査 (血液・血漿) BRAF遺伝子検査	大腸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。	830100831	大腸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(BRAF遺伝子検査);******		
281	D006-27の8	悪性腫瘍遺伝子検査 (血液・血漿) HER2遺伝子検査(肺癌に係るもの)	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。	830100832	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(HER2遺伝子検査(肺癌に係るもの));******		
282	D006-27の9	悪性腫瘍遺伝子検査 (血液・血漿) マイクロサテライト不安定性検査	固形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。	830100833	固形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(マイクロサテライト不安定性検査);******		
283	D006-29	乳癌悪性度判定検査	(医学的な必要性から患者1人につき2回以上実施した場合) その理由を記載すること。	830100834	患者1人につき2回以上実施した理由(乳癌悪性度判定検査);******		
			本検査の実施に当たっては、ホルモン受容体、HER2の検査結果及びリンパ節転移の状況について記載すること。	830100835	ホルモン受容体の検査結果(乳癌悪性度判定検査);******		
				830100836	HER2の検査結果(乳癌悪性度判定検査);******		
				830100837	リンパ節転移の状況(乳癌悪性度判定検査);******		
284	D007の8	マンガン(Mn)	高カロリー静脈栄養法を開始した年月日を記載すること。	850100157	高カロリー静脈栄養法の開始年月日(Mn);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
285	D007の37	アルブミン非結合型ビリルビン	(早産児にあって、生後2週間を超えて、修正週数として正期産に相当する期間まで経過観察を行う場合) 検査を実施した日に相当する修正週数を記載すること。	842100112	検査を実施した日に相当する修正週数(アルブミン非結合型ビリルビン);******		
286	D007の56	ロイシンリッチα2グリコプロテイン	前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190049	前回実施年月日(ロイシンリッチα2グリコプロテイン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190054	初回(ロイシンリッチα2グリコプロテイン)		
			医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を記載すること。	830100490	1月に1回行う詳細な理由(ロイシンリッチα2グリコプロテイン);******		
				830100491	検査結果(ロイシンリッチα2グリコプロテイン);******		
287	D008の19	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。	算定日情報	(算定日)	○	
288	D008の21	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。	算定日情報	(算定日)	○	
289	D008の24	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) 前回算定年月日を記載すること。	850100161	前回算定年月日(ucOC);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
290	D008の26	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ(TRACP−5b)	(診断補助として実施した後、6月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合) 診断補助として実施した日を記載すること。	850100159	診断補助の実施年月日(TRACP−5b);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(治療方針を変更した際に実施した場合) 治療方針の変更年月日を記載すること。	850100160	治療方針変更年月日(TRACP−5b);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
291	D008の43	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。	850100163	抗GAD抗体陰性の確認年月日(抗IA−2抗体);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
292	D008の46	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。	算定日情報	(算定日)	○	
293	D008の53	抗ミュラー管ホルモン(AMH)	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。	850190050	前回実施年月日(抗ミュラー管ホルモン(AMH));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190055	初回(抗ミュラー管ホルモン(AMH))		
294	D008の54	レプチン	脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由を記載すること。	830100492	脂肪萎縮の発症時期(レプチン);******		
				830100493	全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由(レプチン);******		
295	D009の9	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、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	850100164	検査の実施年月日(前立腺特異抗原(PSA));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100049	未確　検査値(前立腺特異抗原(PSA));******		
296	D009の30	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。	820100809	(イ) 石綿曝露歴があり、胸水、腹水等の貯留が認められる患者(可溶性メソテリン関連ペプチド)		
				820100810	(ロ)体腔液細胞診で悪性中皮腫が疑われる患者(可溶性メソテリン関連ペプチド)		
				820100811	(ハ)画像診断で胸膜腫瘍、腹膜腫瘍等の漿膜腫瘍が認められる患者(可溶性メソテリン関連ペプチド)		
297	D009の31	S2, 3PSA%	(前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合) 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。	850190220	前回実施年月日(S2, 3PSA%);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190494	初回(S2, 3PSA%)		
			前立腺特異抗原(PSA)の測定年月日及び測定結果を記載すること	850190221	前立腺特異抗原(PSA)の測定年月日(S2, 3PSA%);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。	830100838	前立腺特異抗原(PSA)の測定結果(S2，3PSA%)；******		
			（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	830100839	2回以上算定する必要性(S2，3PSA%)；******		
298	D009の32	プロステートヘルスインデックス（phi）	（前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合） 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。	850190051	前回実施年月日(プロステートヘルスインデックス(phi))；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190056	初回(プロステートヘルスインデックス(phi))		
			前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。	850100436	前立腺特異抗原(PSA)の測定年月日(プロステートヘルスインデックス(phi))；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100494	前立腺特異抗原(PSA)の測定結果(プロステートヘルスインデックス(phi))；******		
			（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	830100495	2回以上算定する必要性(プロステートヘルスインデックス(phi))；******		
299	D009の35	アポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォーム	本検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100840	必要と判断した医学的根拠(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム)；******		
			（本検査を、「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部第1節D009腫瘍マーカーの(2624)アの（イ）に実施する場合） CA19－9の測定年月日及び測定結果を、記載すること。	850190222	CA19－9の測定年月日(アの(イ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100841	CA19－9の測定結果(アの(イ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム)；******		
			（本検査を、「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部第1節D009腫瘍マーカーの(2624)アの（ロ）及び（ハ）に実施する場合） 癌胎児性抗原（CEA）及びCA19－9の測定年月日並びに測定結果を、記載すること。	850190223	癌胎児性抗原(CEA)の測定年月日(アの(ロ)(ハ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850190224	CA19－9の測定年月日(アの(ロ)(ハ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100842	癌胎児性抗原(CEA)の測定結果(アの(ロ)(ハ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム)；******		
				830100843	CA19－9の測定結果(アの(ロ)(ハ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム)；******		
300	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	輸血歴あり		
				820100138	妊娠歴あり		
301	D012の16	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	（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年月日を記載すること。	850100165	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1，2抗体定性)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100166	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1，2抗体半定量)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100167	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1，2抗体・抗体同時測定定性)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
302	D012の17	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年月日を記載すること。	850100168	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1抗体)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
303	D012の21	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年月日を記載すること。	850100169	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1，2抗原・抗体同時測定定量)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
304	D012の19	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年月日を記載すること。	850100510	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1，2抗体定量)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
305	D012の28	SARS-CoV-2抗原定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100500	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2抗原定性)；******		
306	D012の42	単純ヘルペスウイルス抗原定性（皮膚）	（医学的な必要性から、本検査を2回目以上算定する場合） その理由を記載すること。	830100844	2回目以上算定する理由(単純ヘルペスウイルス抗原定性(皮膚))；******		
307	D012の53	SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はインフルエンザウイルス感染症以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100503	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性)；******		
308	D012の56	白癬菌抗原定性	（KOH直接鏡検が陰性であったものの、臨床所見等から爪白癬が疑われる場合） 検査を実施した医学的な必要性を記載すること。	830100496	医学的な必要性(白癬菌抗原定性)；******		
			（KOH直接鏡検が実施できない場合） KOH直接鏡検を実施できない理由を記載すること。	830100497	KOH直接鏡検を実施できない理由(白癬菌抗原定性)；******		
309	D012の60	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。	830100456	高度細胞性免疫不全に対して算定した必要性理由(サイトメガロウイルスpp65抗原定性必要理由)；******		
310	D012の63	SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はRSウイルス感染症以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100845	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性)；******		
311	D012の63	SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19、インフルエンザウイルス感染症又はRSウイルス感染症以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100846	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性)；******		
312	D012の65	SARS-CoV-2抗原定量	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100501	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2抗原検出定量)；******		
313	D012の64	トキソプラズマIgG抗体アビディティー	（本検査を2回算定する場合又は妊娠満16週以降の妊婦に対して当該検査を算定する場合） 必要性を記載すること。	830100937	2回算定する必要性(トキソプラズマIgG抗体アビディティー)；******		※
314	D012の69	鳥特異的IgG抗体	検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100498	検査が必要と判断した医学的根拠(鳥特異的IgG抗体)；******		
315	D012の70	抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体	（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	830100499	2回以上算定する必要性(抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗体)；******		
316	D012の70	抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74（AAVrh74）抗体	（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	830100938	2回以上算定する必要性(抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74(AAVrh74)抗体)；******		※
317	D014の24	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、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	850100171	検査の実施年月日(抗シトルリン化ペプチド抗体定性；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100172	検査の実施年月日(抗シトルリン化ペプチド抗体定量)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100050	未確　検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定性)；******		
				842100051	未確　検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定量)；******		
			（再度治療薬を選択する必要があり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） その医学的な必要性を記載すること。	830100128	検査を2回以上算定する医学的な必要性(抗シトルリン化ペプチド抗体定性)；******		
				830100129	検査を2回以上算定する医学的な必要性(抗シトルリン化ペプチド抗体定量)；******		
318	D014の27	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。	850100173	抗核抗体陰性確認年月日(抗LKM－1抗体)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
319	D014の46	抗NF155抗体	（2回以上算定する場合） 医学的な必要性を記載すること。	830100939	2回以上実施する医学的な必要性(抗NF155抗体)；******		※
320	D014の46	抗CNTN1抗体	（2回以上算定する場合） 医学的な必要性を記載すること。	830100940	2回以上実施する医学的な必要性(抗CNTN1抗体)；******		※
321	D014の46	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）	850100174	前回実施年月日(抗アクアポリン4抗体)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			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。	830100130	再度実施する医学的な必要性(抗アクアポリン4抗体);******		
322	D014の46	抗P／Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体（抗P／Q型VGCC抗体）	（反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認めない患者を対象として実施する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100504	医学的な必要性(抗P／Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体(抗P／Q型VGCC抗体));******		
323	D014の47	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。	830100131	1年に2回以上実施する医学的な必要性(抗HLA抗体(スクリーニング検査));******		
324	D014の49	抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）	（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。	830100132	1年に2回以上実施する医学的な必要性(抗HLA抗体(抗体特異性同定検査));******		
325	D015の16	インターロイキン－6（IL－6）	実施した年月日を記載すること。	850100437	実施年月日(インターロイキン－6(IL－6));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（3回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100762	3回以上算定する詳細な理由(インターロイキン－6(IL－6));******		
326	D015の27	sFlt－1／PlGF比	リスク因子のいずれに該当するかを記載すること。	820100860	(イ) 収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上(sFlt－1／PlGF比)		
				820100861	(ロ) 蛋白尿(sFlt－1／PlGF比)		
				820100862	(ハ) 妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見(sFlt－1／PlGF比)		
				820100863	(ニ) 子宮内胎児発育遅延(sFlt－1／PlGF比)		
				820100864	(ホ) 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見(sFlt－1／PlGF比)		
			((ハ) 妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見に該当する場合） 医学的根拠を記載すること。	830100506	(ハ)に該当する医学的根拠(sFlt－1／PlGF比);******		
			((ホ) 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見に該当する場合） 医学的根拠を記載すること。	830100507	(ホ)に該当する医学的根拠(sFlt－1／PlGF比);******		
			（リスク因子を2つ以上有する妊婦において算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	830100508	医学的必要性(リスク因子を2つ以上有する妊婦)(sFlt－1／PlGF比);******		
			（一連の妊娠につき2回以上算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	830100509	医学的必要性(一連の妊娠につき2回以上算定)(sFlt－1／PlGF比);******		
327	D015の31	コンシズマブ	（2回以上算定する場合） その理由を記載すること	830100941	2回以上算定する理由(コンシズマブ);******		※
328	D016の8	顆粒球表面抗原検査	本検査を実施した場合には、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日付け健発1112第1号厚生労働省健康局長通知）において示されている診断基準に基づいて、当該疾患を疑う根拠を記載すること。	830100847	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール(GPI)欠損症を疑う根拠(顆粒球表面抗原検査);******		
329	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。	830100133	検体の種類(S－蛍光M、位相差M、暗視野M);******		
				830100134	検体の種類(S－M);******		
				830100135	検体の種類(S－保温装置使用アメーバM);******		
330	D023の4	HBV核酸定量	（B型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を行っている悪性リンパ腫等の患者に対して、B型肝炎の再活性化を考慮し、「4」のHBV核酸定量を行った場合） 治療中又は治療終了年月日を記載すること。	850100438	治療終了年月日(HBV核酸定量);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100865	B型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を行っている悪性リンパ腫等の患者の治療中(HBV核酸定量)		
331	D023の6	インフルエンザ核酸検出	当該検査が必要である理由を記載すること。	820101181	ア 5歳未満の幼児(インフルエンザ核酸検出)		
				820101182	イ 65歳以上の高齢者(インフルエンザ核酸検出)		
				820101183	ウ 妊婦(インフルエンザ核酸検出)		
				820101184	エ その他重症化リスクのある患者(インフルエンザ核酸検出)		
332	D023の8	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（~~7~~8）のアからク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	ア 臓器移植後の患者		
				820100140	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		
				820100141	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		
				820100142	エ 移植後リンパ増殖性疾患患者(経過観察目的)		
				820100143	オ 悪性リンパ腫又は白血病の患者(経過観察目的)		
				820100144	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		
				820100145	キ 慢性活動性EBウイルス感染症等の患者		
				820101185	ク 上咽頭癌の患者		
				850100175	臓器移植実施年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100176	造血幹細胞移植実施年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100177	移植後リンパ増殖性疾患と診断された年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100178	EBウイルス陽性を確認した年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100179	抗胸腺細胞グロブリンの投与開始年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100136	移植後リンパ増殖性疾患と診断した医学的根拠(EBウイルス核酸定量);******		
				830100137	EBウイルス陽性を確認した医学的根拠(EBウイルス核酸定量);******		
				830100848	留意事項通知キに該当する医学的根拠(EBウイルス核酸定量);******		
333	D023の17	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。	850100180	HTLV－1抗体判定保留確認年月日(HTLV－1核酸検出);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
334	D023の17	サイトメガロウイルス核酸定量	（高度細胞性免疫不全の患者に算定する場合） 検査が必要であった理由について記載すること。	830100513	検査が必要な理由(サイトメガロウイルス核酸定量);******		
335	D023の19	SARS-CoV-2核酸検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100511	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2核酸検出);******		
336	D023の20	SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100518	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2・インフルエンザ核酸同時検出);******		
337	D023の20	SARS－CoV－2・RSウイルス核酸同時検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100849	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2・RSウイルス核酸同時検出);******		
338	D023の20	SARS－CoV－2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100850	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出);******		
339	D023の24	ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出	検査を実施した年月日を記載すること。	850100511	検査実施年月日(ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			（「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の24ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出の(36)のアの（ロ）に該当する場合） 治療内容を記載すること。	830100942	治療内容(ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出);******		※

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
340	D023の25	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	検査を実施した年月日を記載すること。	850100181	検査実施年月日(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS－CoV－2核酸検出を含まないもの));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(「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の~~17~~25ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の(37)のイの(ロ)に該当する場合) 治療内容を記載すること。	830100140	治療内容(~~ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS－CoV－2核酸検出を含まないものウイルス・細菌核酸多項目同時検出~~));******		
			(「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の25ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の(37)のイの(ハ)に該当する場合) COVID-19又はインフルエンザウイルス感染症を対象とする抗原検査又は本検査以外の核酸検出検査ではなく、本検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100943	検査が必要と判断した医学的根拠(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出));******		※
341	D023の26	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。	830100141	敗血症を疑う根拠(細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出);******		
342	D023の26	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液)	髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性を詳細に記載すること。	830100851	髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液));******		
343	D023の27	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記載すること。	850190225	あらかじめ行われた組織診断の実施日(HPVジェノタイプ判定);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100146	CIN1		
				820100147	CIN2		
			(当該検査の2回目以降を算定した場合) 前回実施年月日を記載すること。	850100182	前回実施年月日(HPVジェノタイプ判定);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
344	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。	852100006	心電図が記録されていた時間(植込型心電図検査)		
345	D211-3	時間内歩行試験	過去の実施年月日を記載すること。	850100184	過去実施年月日(時間内歩行試験);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
346	D211-4	シャトルウォーキングテスト	過去の実施年月日、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。	850100185	過去実施年月日(シャトルウォーキングテスト);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100143	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(シャトルウォーキングテスト);******		
347	D215	超音波検査(記録に要する費用を含む。) 2断層撮影法(心臓超音波検査を除く。) ロ　その他の場合 (1)　胸腹部	検査を行った領域を記載すること。	820100681	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部);ア　消化器領域		
				820100682	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部);イ　腎・泌尿器領域		
				820100683	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部);ウ　女性生殖器領域		
				820100684	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部);エ　血管領域(大動脈・大静脈等)		
				820100685	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部);オ　腹腔内・胸腔内の貯留物等		
				820100686	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部);カ　その他		
			(カに該当する場合) 具体的な臓器又は領域を記載すること。	830100144	具体的な臓器又は領域;********		
348	D215-2	肝硬度測定	(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。	830100145	3月に2回以上算定する理由・医学的根拠(肝硬度測定);******		
			(肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、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。	830100147	別に算定する理由及び医学的根拠(肝硬度測定);******		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
349	D215-3	超音波エラストグラフィー	(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。	830100146	3月に2回以上算定する理由・医学的根拠(超音波エラストグラフィー):*******		
			(肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、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。	830100148	別に算定する理由及び医学的根拠(超音波エラストグラフィー):*******		
350	D215-4	超音波減衰法検査	(肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、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。	830100619	別に算定する理由及び医学的根拠(超音波減衰法検査):*******		
			(脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、肝臓の脂肪量を評価した場合) 前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190052	前回実施年月日(超音波減衰法検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190057	初回(超音波減衰法検査)		
351	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	算定開始年月日を記載すること。	850100186	算定開始年月日(呼吸心拍監視等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
352	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	ア　留意事項通知に規定する1型糖尿病患者(検査)		
				820100152	イ　留意事項通知に規定する2型糖尿病患者(検査)		
353	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	手術実施年月日又は手術実施予定年月日を記載すること。	850100187	手術実施年月日(光トポグラフィー(脳外科手術前検査)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100188	手術予定年月日(光トポグラフィー(脳外科手術前検査)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(手術が行われなかった場合) その理由を記載すること。	830100149	手術が行われなかった理由(光トポグラフィー(脳外科手術前検査)):*******		
354	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年月日(該当する患者に限る。)を記載すること。	830100150	検査の必要理由(光トポグラフィー(抑うつ症状の鑑別診断)):*******		
				850100189	前回実施年月日(光トポグラフィー(抑うつ症状の鑑別診断)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
355	D236-3の1	脳磁図　1 自発活動を測定するもの	手術実施年月日又は手術実施予定年月日を記載すること。	850100190	手術実施日(脳磁図(自発活動を測定するもの)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100191	手術実施予定日(脳磁図(自発活動を測定するもの)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(手術が行われなかった場合) その理由を記載すること。	830100151	手術が行われなかった理由(脳磁図(その他のもの)):*******		
356	D236-3の2	脳磁図 2 その他のもの	検査の医学的な必要性及び結果の概要を記載すること。	830100152	検査の医学的な必要性(脳磁図(その他のもの)):*******		
				830100153	結果の概要(脳磁図(その他のもの)):*******		
357	D237の3のイ	終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの	「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D237終夜睡眠ポリグラフィーの(3)の(イ)から(ホ)までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100154	(イ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下)):*******		
				830100155	(ロ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下)):*******		
				830100156	(ハ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下)):*******		
				830100157	(ニ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下)):*******		
				830100778	(ホ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下)):*******		
			次の事項を記載すること。	830100521	安全精度管理を要した患者の診断名(疑い病名を含む。)(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下)):*******		
				830100522	検査中の安全精度管理に係る検査結果の要点(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下)):*******		
			(合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合) 継続的な治療の内容、BMI又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性について記載すること。	830100523	継続的な治療の内容(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下)):*******		
				830100524	BMI(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下)):*******		
				830100525	医学的な必要性(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下)):*******		
358	D239の2	筋電図検査　2 誘発筋電図	検査を行った神経名を記載すること。 (感覚・運動の別、左・右の別を記載すること。)	830100158	正中神経(誘発筋電図):*******		
				830100159	尺骨神経(誘発筋電図):*******		
				830100160	腓腹神経(誘発筋電図):*******		
				830100161	脛骨神経(誘発筋電図):*******		
				830100162	腓骨神経(誘発筋電図):*******		
				830100163	顔面神経(誘発筋電図):*******		
				830100164	橈骨神経(誘発筋電図):*******		
				830100165	三叉神経(誘発筋電図):*******		
				830100166	腋窩神経(誘発筋電図):*******		
				830100167	その他(誘発筋電図):*******		
359	D239の4	筋電図検査　4 単線維筋電図(一連につき)	検査実施年月日、実施医療機関の名称、診断名(疑いを含む。)及び当該検査を行う医学的必要性の症状詳記を記載すること。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。	850190226	検査実施年月日(単線維筋電図):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100852	実施医療機関の名称(単線維筋電図):********		
				830100853	診断名(疑いを含む。)(単線維筋電図):********		
				830100854	検査を行う医学的必要性(単線維筋電図):********		
360	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年月日(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年月日)を記載すること。	830100168	鼻腔通気度検査に関連する手術名(鼻腔通気度検査):*******		
				850100192	手術実施年月日(鼻腔通気度検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100193	手術予定年月日(鼻腔通気度検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
361	D255から D282-2まで	眼科学的検査	(近視進行抑制薬を投与している患者に対して眼科学的検査を算定する場合) 近視進行抑制薬の投与を開始した年月日を記載すること。	850100512	近視進行抑制薬の投与開始年月日(眼科学的検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
362	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。)年月日を記載すること。	820100153	(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		
				820100154	(2)　黄斑ジストロフィーの診断目的		
				820100155	(3)　網膜手術の前後		
				850190007	前回算定年月日(網膜機能精密電気生理検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190007	初回(網膜機能精密電気生理検査)		
				850100194	手術実施年月日(網膜機能精密電気生理検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100195	手術予定年月日(網膜機能精密電気生理検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
363	D258-3	黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図	(黄斑局所網膜電図又は全視野精密網膜電図を年2回以上算定する場合) その医学的必要性を記載すること。	830100169	年2回以上算定する医学的必要性(黄斑局所網膜電図):********		
				830100170	年2回以上算定する医学的必要性(全視野精密網膜電図):********		
364	D282-4	ダーモスコピー	(新たに他の病変で検査を行う場合) 医学的な必要性から4月に2回以上算定するときはその理由を記載すること。	830100763	新たな他の病変で4月に2回以上算定する理由(ダーモスコピー):********		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
365	D285	認知機能検査その他の心理検査１操作が容易なもの イ 簡易なもの	（3月以内に2回以上算定する場合） その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100171	その理由及び医学的根拠(認知機能検査1　簡易なもの):********		
			前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190053	前回実施年月日(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なものイ簡易なもの):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190058	初回(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なものイ簡易なもの)		
366	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記載すること。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。	830100172	小腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)症状詳記:******		
367	D310 注2	小腸内視鏡検査 内視鏡的留置術加算	当該患者の症状詳記を記載すること。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。	830100527	小腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記:******		
368	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記載すること。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）のアからウまで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、アの場合は実施日を、イ又はウ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	ア 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		
				820100157	イ 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		
				820100805	ウ 身体的負担により大腸ファイバースコピーが実施困難であると判断された患者		
				850100196	大腸内視鏡検査の実施年月日(大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100173	大腸内視鏡検査が困難な理由(大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)):******		
369	D313 注3	大腸内視鏡検査 バルーン内視鏡加算	当該患者の症状詳記を記載すること。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。	830100528	大腸内視鏡検査(バルーン内視鏡加算)症状詳記:******		
370	D313 注4	大腸内視鏡検査 内視鏡的留置術加算	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。	830100529	大腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記:******		
371	D414	内視鏡下生検法	「1臓器」の取扱いについては、「N000」病理組織標本作製（1臓器につき）に準ずる。 「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N000病理組織標本作製の（1）の（ア）から（ケ）までのいずれかを選択し記載する。 なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載すること。	820100866	ア 気管支及び肺臓		
				820100867	イ 食道		
				820100868	ウ 胃及び十二指腸		
				820100869	エ 小腸		
				820100870	オ 盲腸		
				820100871	カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸		
				820100872	キ S状結腸		
				820100873	ク 直腸		
				820100874	ケ 子宮体部及び子宮頸部		
				830100612	コ その他:******		
				850190008	前回実施年月日(アルブミン定量(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190008	初回(アルブミン定量(尿))		
				850190009	前回実施年月日(ミオイノシトール(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190009	初回(ミオイノシトール(尿))		
				850190227	前回実施年月日(プロスタグランジンE主要代謝物(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190495	初回(プロスタグランジンE主要代謝物(尿))		
				850190010	前回実施年月日(4型コラーゲン(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190010	初回(4型コラーゲン(尿))		
				850190011	前回実施年月日(シュウ酸(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190011	初回(シュウ酸(尿))		
				850190012	前回実施年月日(L型脂肪酸結合蛋白(L－FABP(尿))):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190012	初回(L－FABP(尿))		
				850190013	前回実施年月日(カルプロテクチン(糞便)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190013	初回(カルプロテクチン(糞便))		
				850190014	前回実施年月日(免疫関連遺伝子再構成):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190014	初回(免疫関連遺伝子再構成)		
				850190015	前回実施年月日(Mn):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190015	初回(Mn)		
				850190016	前回実施年月日(遊離カルニチン):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190016	初回(遊離カルニチン)		
				850190017	前回実施年月日(総カルニチン):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190017	初回(総カルニチン)		
				850190018	前回実施年月日(リポ蛋白(a)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190018	初回(リポ蛋白(a))		
				850190019	前回実施年月日(ペントシジン):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190019	初回(ペントシジン)		
				850190020	前回実施年月日(イヌリン):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190020	初回(イヌリン)		
				850190021	前回実施年月日(シスタチンC):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190021	初回(シスタチンC)		
				850190022	前回実施年月日(RLP－C):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
372	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） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること	820190022	初回(RLP－C)		
				850190228	前回実施年月日(ELFスコア):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190496	初回(ELFスコア)		
				850190023	前回実施年月日(MDA－LDL):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190023	初回(MDA－LDL)		
				850190054	前回実施年月日(β－CTX(尿)):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190059	初回(β－CTX(尿))		
				850190024	前回実施年月日(β－CTX):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190024	初回(β－CTX)		
				850190025	前回実施年月日(抗RNAポリメラーゼ3抗体):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190025	初回(抗RNAポリメラーゼ3抗体)		
				850190026	前回実施年月日(抗HLA抗体(スクリーニング検査)):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190026	初回(抗HLA抗体(スクリーニング検査))		
				850190027	前回実施年月日(抗HLA抗体(抗体特異性同定検査)):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190027	初回(抗HLA抗体(抗体特異性同定検査))		
				850190028	前回実施年月日(トランスフェリン(尿)):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190028	初回(トランスフェリン(尿))		
				850190029	前回実施年月日(HIVジェノタイプ薬剤耐性):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190029	初回(HIVジェノタイプ薬剤耐性)		
				850190030	前回実施年月日(肝硬度測定):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190030	初回(肝硬度測定)		
				850190031	前回実施年月日(超音波エラストグラフィー):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190031	初回(超音波エラストグラフィー)		
				850190032	前回実施年月日(骨塩定量検査(DEXA法による腰椎撮影)):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190032	初回(骨塩定量検査(DEXA法による腰椎撮影))		
				850190229	前回実施年月日(骨塩定量検査(REMS法(腰椎)):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190497	初回(骨塩定量検査(REMS法(腰椎))		
				850190033	前回実施年月日(骨塩定量検査(MD法、SEXA法等)):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190033	初回(骨塩定量検査(MD法、SEXA法等))		
				850190034	前回実施年月日(骨塩定量検査(超音波法)):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190034	初回(骨塩定量検査(超音波法))		
				850190035	前回実施年月日(経皮的酸素ガス分圧測定):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190035	初回(経皮的酸素ガス分圧測定)		
				850190036	前回実施年月日(皮下連続式グルコース測定(診療所)):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190036	初回(皮下連続式グルコース測定(診療所))		
				850190037	前回実施年月日(網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190037	初回(網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図))		
				850190038	前回実施年月日(ダーモスコピー):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190038	初回(ダーモスコピー)		
				850190039	前回実施年月日(イヌリンクリアランス測定):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190039	初回(イヌリンクリアランス測定)		
				850190041	前回実施年月日(内服・点滴誘発試験):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190041	初回(内服・点滴誘発試験)		
373	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年月日を記載すること。	850100197	訪問看護ステーション等の看護師等による検体採取実施年月日:(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
374	D 通則7	看護師等遠隔診療検査実施料	当該検査の区分番号を記載すること。	830100944	看護師等により実施した検査の区分番号:		※

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	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
375	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	830100457	検選:******		
376	E	画像診断	撮影部位を記載すること。 ※E001写真診断、E200コンピューター断層撮影、E202磁気共鳴コンピューター断層撮影は項番344、349、353のとおり、選択して記載すること。	830189300	撮影部位(写真診断、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以外):その他:******		
	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。	853100003	撮影開始日時(時間外緊急院内画像診断加算):dd"日"hh"時"mm"分"		
377	E001	写真診断 1 単純撮影	撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。 なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。	820181000	撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔を除く。)		
				820183620	撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔に限る。)		
				820181100	撮影部位(単純撮影):頚部(頚椎を除く。)		
				820181220	撮影部位(単純撮影):胸部(肩を除く。)		
				820181300	撮影部位(単純撮影):腹部		
				820181340	撮影部位(単純撮影):骨盤(仙骨部・股関節を除く。)		
				820181120	撮影部位(単純撮影):頚椎		
				820181240	撮影部位(単純撮影):胸椎		
				820181310	撮影部位(単純撮影):腰椎		
				820181320	撮影部位(単純撮影):仙骨部		
				830181200	撮影部位(単純撮影):肩__:******		
				830181400	撮影部位(単純撮影):上腕__:******		
				830181410	撮影部位(単純撮影):肘関節__:******		
				830181420	撮影部位(単純撮影):前腕__:******		
				830181430	撮影部位(単純撮影):手関節__:******		
				830181440	撮影部位(単純撮影):手__:******		
				830181370	撮影部位(単純撮影):股関節__:******		
				830181500	撮影部位(単純撮影):膝__:******		
				830181510	撮影部位(単純撮影):大腿__:******		
				830181520	撮影部位(単純撮影):下腿__:******		
				830181530	撮影部位(単純撮影):足関節__:******		
				830181540	撮影部位(単純撮影):足__:******		
				830189000	撮影部位(単純撮影):その他:******		
378	E	コンピューター断層撮影診断料 通則4　新生児頭部外傷撮影加算	医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。	820100696	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):ア　GCS≦14		
				820100697	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候		
				820100698	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):ウ　意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)		
				820100699	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):エ　受診後の症状所見の悪化		
				820100700	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):オ　家族等の希望		
				820100701	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):カ　その他		
				830100187	詳細な理由及び医学的な必要性(新生児頭部外傷撮影加算(カ　その他)):******		
379	E	コンピューター断層撮影診断料 通則4　乳幼児頭部外傷撮影加算	医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。	820100702	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):ア　GCS≦14		
				820100703	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候		
				820100704	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):ウ　意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)		
				820100705	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):エ　受診後の症状所見の悪化		
				820100706	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):オ　家族等の希望		
				820100707	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):カ　その他		
				830100188	詳細な理由及び医学的な必要性(乳幼児頭部外傷撮影加算(カ　その他)):******		
				820100708	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):ア　GCS≦14		
				820100709	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
380	E	コンピューター断層撮影診断料 通則4　幼児頭部外傷撮影加算	医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。	820100710	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):ウ　意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)		
				820100711	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):エ　受診後の症状所見の悪化		
				820100712	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):オ　家族等の希望		
				820100806	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):カ　その他		
				830100189	詳細な理由及び医学的な必要性(幼児頭部外傷撮影加算(カ　その他)):******		
381	E101-2の5	ポジトロン断層撮影　5　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合	(効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合において、さらに1回に限り算定する場合) 本撮影が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100855	本撮影が必要と判断した医学的根拠(ポジトロン断層撮影(5　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合)):******		
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1		
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		
			画像診断の結果におけるAβ　病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101186	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり		
				820101187	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし		
382	E101-2の6	ポジトロン断層撮影　6　PSMAイメージング剤を用いた場合	(2回以上算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	830100945	2回以上算定する医学的必要性(ポジトロン断層撮影　6　PSMAイメージング剤を用いた場合):******		※
383	E101-3の4	ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影　4　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合	(効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合において、さらに1回に限り算定する場合) 本撮影が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100856	本撮影が必要と判断した医学的根拠(ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影(4　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合)):******		
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1		
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		
			画像診断の結果におけるAβ　病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101186	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり		
				820101187	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし		
384	E101-3の5	ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影　5　PSMAイメージング剤を用いた場合	(2回以上算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	830100946	2回以上算定する医学的必要性(ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影　5　PSMAイメージング剤を用いた場合):******		※
385	E101-4の3	ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影　3　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合	(効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合において、さらに1回に限り算定する場合) 本撮影が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100857	本撮影が必要と判断した医学的根拠(ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(3　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合)):******		
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1		
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		
			画像診断の結果におけるAβ　病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101186	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり		
				820101187	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし		
386	E101-2の4	ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影　4　PSMAイメージング剤を用いた場合	(2回以上算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	830100947	2回以上算定する医学的必要性(ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影　4　PSMAイメージング剤を用いた場合):******		※
387	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。	算定日情報	(算定日情報)	○	
			(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。	~~170040210~~ 170901510	CT撮影(128列以上)共同利用施設(画診共同)	○	
				~~170040310~~ 170901610	CT撮影(128列以上)共同利用施設・頭部外傷(画診共同)	○	
				~~170040410~~ 170901910	CT撮影(128列以上)(その他)(画診共同)	○	
				~~170040510~~ 170902010	CT撮影(128列以上)(その他)頭部外傷(画診共同)	○	
				170040210	CT撮影(64列以上128列未満)共同利用施設(画診共同)	○	
				170040310	CT撮影(64列以上128列未満)共同利用施設・頭部外傷(画診共同)	○	
				170040410	CT撮影(64列以上128列未満)(その他)(画診共同)	○	
				170040510	CT撮影(64列以上128列未満)(その他)頭部外傷(画診共同)	○	
				170040610	CT撮影(16列以上64列未満)(画診共同)	○	
				170040710	CT撮影(16列以上64列未満)頭部外傷(画診共同)	○	
				170040810	CT撮影(4列以上16列未満)(画診共同)	○	
				170040910	CT撮影(4列以上16列未満)頭部外傷(画診共同)	○	
				170041010	CT撮影(イ、ロ又はハ以外)(画診共同)	○	
				170041110	CT撮影(イ、ロ又はハ以外)頭部外傷(画診共同)	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
				170041210	脳槽CT撮影(造影含む)(画診共同)	○	
				170041310	脳槽CT撮影(造影含む)頭部外傷(画診共同)	○	
			撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。	820182000	撮影部位(CT撮影):頭部(副鼻腔を除く)		
				820182800	撮影部位(CT撮影):頭部(副鼻腔)		
				820182110	撮影部位(CT撮影):頸部		
				820182210	撮影部位(CT撮影):胸部・肩		
				820182300	撮影部位(CT撮影):腹部		
				820182350	撮影部位(CT撮影):骨盤・股関節		
				820182600	撮影部位(CT撮影):四肢		
				820182700	撮影部位(CT撮影):全身		
				820182250	撮影部位(CT撮影):心臓		
				820182230	撮影部位(CT撮影):脊椎		
				830189100	撮影部位(CT撮影)(その他):*******		
388	E200 注4	冠動脈CT撮影加算	「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4部E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)の(8)のアからオまでの該当するものを選択して記載すること。なお、オに該当する場合はその詳細な理由を記載する。	820100723	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ア　諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常		
				820100724	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):イ　急性冠症候群		
				820100725	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ウ　狭心症		
				820100726	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):エ　狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子が認められる場合		
				820100727	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):オ　その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合		
				830100191	その詳細な理由(冠動脈CT撮影加算):******		
389	E200-2	血流予備量比コンピューター断層撮影解析	血流予備量比コンピューター断層撮影解析による血流予備量比の値を記載すること。	842100052	血流予備量比の値(血流予備量比コンピューター断層撮影解析):******		
390	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。	算定日情報	(算定日情報)	○	
			(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。	170041410	MRI撮影(3テスラ以上)共同利用施設(画診共同)	○	
				170041510	MRI撮影(3テスラ以上)(その他)(画診共同)	○	
				170041610	MRI撮影(1．5テスラ以上3テスラ未満)(画診共同)	○	
				170041710	MRI撮影(1又は2以外)(画診共同)	○	
391	E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影	撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。	820183020	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳)		
				820183630	撮影部位(MRI撮影):頭部(副鼻腔)		
				820183010	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳・副鼻腔を除く)		
				820183110	撮影部位(MRI撮影):頸部		
				820183200	撮影部位(MRI撮影):肩		
				820183220	撮影部位(MRI撮影):胸部(肩を除く)		
				820183300	撮影部位(MRI撮影):腹部		
				820183360	撮影部位(MRI撮影):骨盤・股関節		
				820183610	撮影部位(MRI撮影):四肢(膝を除く)		
				820183500	撮影部位(MRI撮影):膝		
				820183120	撮影部位(MRI撮影):頸椎		
				820183240	撮影部位(MRI撮影):胸椎		
				820183330	撮影部位(MRI撮影):腰椎・仙骨部		
				830189200	撮影部位(MRI撮影)(その他):*******		
392	E202 注10	肝エラストグラフィー加算	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190055	前回実施年月日(肝エラストグラフィー加算):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190060	初回(肝エラストグラフィー加算)		
393	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、処方料又は処方箋料について「1」の点数を算定しない場合) その理由を記載すること。	830100193	1を算定しない理由(処方料):*******		
				830100194	1を算定しない理由(処方箋料):*******		
			(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年月日を記載すること。	850100200	初診年月日(処方料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100201	初診年月日(処方箋料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			(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年月日、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。	850100202	薬剤切替開始年月日(処方料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100203	薬剤切替開始年月日(処方箋料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100195	切替対象薬剤名(処方料):******		
				830100196	切替対象薬剤名(処方箋料):******		
				830100197	新しく導入する薬剤名(処方料):******		
				830100198	新しく導入する薬剤名(処方箋料):******		
			(向精神薬多剤投与に関する臨時に投与した場合) 臨時の投与の開始年月日を記載すること。	850100204	臨時投与開始年月日(処方料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100205	臨時投与開始年月日(処方箋料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			(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。	820100741	複数診療科で処方		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			（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） その日付及び理由を記載すること。	850100513	処方箋料を算定する年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				830100948	その理由：*******		※
394	F100 F400	処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算	（隔日、漸増・減等で投与する場合） その旨を記載すること。	820100742	隔日投与		
				820100743	漸増投与		
				820100744	漸減投与		
				820100875	週1回投与		
395	F200	薬剤（入院分）	（入院患者に対し退院時に投薬（内服薬）を行った場合） 「退院時　日分投薬」と記載すること。 （入院患者に対し退院時に投薬（屯服薬）を行った場合） 「退院時　回分投薬」と記載すること。 （入院患者に対し退院時に投薬（外用薬）を行った場合） 「退院時投薬」と記載すること。	840000006	退院時　　日分投薬		
				840000634	退院時　　回分投薬(屯服薬)		
				820101042	退院時投薬(外用薬)		
			（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。	830100201	ビタミン剤の投与趣旨(薬剤)：******		
396	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。	830100202	ビタミン剤の投与趣旨(薬剤料・処方箋料)：******		
			（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。	830100203	臨時薬の投与の必要性(薬剤料・処方箋料)：******		
			（鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合） 所定単位当たりの薬剤名、貼付剤の枚数としての投与量を記載した上で、貼付剤の枚数としての1日用量又は投与日数を記載すること。	830100204	鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤の1日用量又は投与日数(薬剤料)：******		
			（1回の処方において、63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合） 当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。	830000052	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した理由：******		
			（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） その年月日及び理由を記載すること。	850100206	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100205	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った理由(処方箋料)：******		
			（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。	830100206	長期投与理由(薬剤料・処方箋料)：******		
			（手術後の患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合） 手術年月日を記載すること。	850100514	手術年月日(薬剤料・処方箋料)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			（経管により栄養補給を行っている患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合） 直近の食道瘻の造設若しくはカテーテル交換、胃瘻の造設若しくはカテーテル交換、腸瘻の造設若しくはカテーテル交換又は経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術の実施年月日を記載すること。	850100515	直近の食道瘻の造設若しくはカテーテル交換、胃瘻の造設若しくはカテーテル交換、腸瘻の造設若しくはカテーテル交換又は経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術の実施年月日(薬剤料・処方箋料)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			（手術後の患者又は経管により栄養補給を行っている患者以外に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合） 栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。	830100949	栄養保持を目的とした医薬品を投与した理由(薬剤料・処方箋料)：******		※
397	G 通則7	バイオ後続品導入初期加算	初回使用年月日を記載すること。	850100408	初回使用年月日(バイオ後続品導入初期加算)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
398	G 通則10	看護師等遠隔診療注射実施料	当該注射の区分番号を記載すること。	830100950	看護師等により実施した注射の区分番号：		※
399	G004	点滴注射の血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施年月日を記載すること。	850100207	血漿成分製剤加算(点滴注射)1回目注射年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
400	G005	中心静脈注射の血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施年月日を記載すること。	850100208	血漿成分製剤加算(中心静脈注射)1回目注射年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
401	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。	830100201	ビタミン剤の投与趣旨(薬剤)：******		
402	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。 ［記載例］ （離床減） 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）(理学)　6単位 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）(作業)　6単位 実施日数3日	180744210	心大血管疾患リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				↓	↓		
				820101867	心大血管疾患リハビリテーション料(離床減)		※
			疾患名及び治療開始年月日を記載すること。	830100208	疾患名(心大血管疾患リハビリテーション料)：******		
				850100209	治療開始年月日(心大血管疾患リハビリテーション料)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（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、2023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、術後に水頭症及び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。2024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。	830100209	継続理由(心大血管疾患リハビリテーション料)：******		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			（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年月日等を記載すること。	830100210	新たな疾患名(心大血管疾患リハビリテーション料):******		
				850100210	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(心大血管疾患リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100211	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日(心大血管疾患リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
403	H000 注2	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	入院年月日を記載すること。 ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。	850100516	入院年月日(早期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100517	転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
404	H000 注3	心大血管疾患リハビリテーション料の初期加算	発症、手術若しくは急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。	850100518	発症年月日(初期加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100519	手術年月日(初期加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100520	急性増悪年月日(初期加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100521	治療開始年月日(初期加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
405	H000 注4	心大血管疾患リハビリテーション料の急性期リハビリテーション加算	算定の根拠となった要件(「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7部H000(10)に掲げるアからエまでのいずれか)を日毎に記載すること。	850190230	算定の根拠となった要件アの年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190231	算定の根拠となった要件イの年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190232	算定の根拠となった要件ウの年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190233	算定の根拠となった要件エの年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			発症、手術若しくは急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。	850100522	発症年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100523	手術年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100524	急性増悪年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100525	治療開始年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
406	H000 注5	心大血管疾患リハビリテーション料の休日リハビリテーション加算	発症、手術若しくは急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。	850100526	発症年月日(休日リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100527	手術年月日(休日リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100528	急性増悪年月日(休日リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100529	治療開始年月日(休日リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
407	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。 〔記載例〕 （離床減） 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（理学）　6単位 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（作業）　6単位 実施日数3日	180745310	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				↓	↓		
				820101868	脳血管疾患等リハビリテーション料(離床減)		※
			疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載すること。	830100211	疾患名(脳血管疾患等リハビリテーション料):******		
				850100218	発症年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100389	手術年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100390	急性増悪年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100439	最初に診断された年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（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375）と同様。	830100212	継続理由(脳血管疾患等リハビリテーション料):******		
			（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年月日又は発症年月日等を記載すること。	830100213	新たな疾患名(脳血管疾患等リハビリテーション料):******		
				850100219	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100220	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
408	H001 注2	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	入院年月日を記載すること。 ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。	850100530	入院年月日(早期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100531	転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			（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		
409	H001 注3	脳血管疾患等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年月日を記載すること。	850100532	発症年月日(初期加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100533	手術年月日(初期加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100534	急性増悪年月日(初期加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			（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		
			算定の根拠となった要件(「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7	850100535	算定の根拠となった要件アの年月日(急性期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100536	算定の根拠となった要件イの年月日(急性期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
410	H001 注4	脳血管疾患等リハビリテーション料の急性期リハビリテーション加算	部H000(10)に掲げるアからエまでのいずれか)を日毎に記載すること。	~~850100637~~ 850100537	算定の根拠となった要件ウの年月日(急性期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100538	算定の根拠となった要件エの年月日(急性期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100539	発症年月日(急性期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100540	手術年月日(急性期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100541	急性増悪年月日(急性期リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
411	H001 注5	脳血管疾患等リハビリテーション料の休日リハビリテーション加算	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100542	発症年月日(休日リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100543	手術年月日(休日リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100544	急性増悪年月日(休日リハビリテーション加算)(脳リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
412	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。 [記載例] (離床減) 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(理学) 6単位 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(作業) 6単位 実施日数3日	180750510	廃用症候群リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				↓	↓		
				820101869	廃用症候群リハビリテーション料(離床減)		※
			廃用症候群の診断又は急性増悪した年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こと又は同様の情報を「摘要」欄に記載すること。	830100214	疾患名(廃用症候群リハビリテーション料):******		
				850100545	診断年月日(廃用症候群リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100546	急性増悪年月日(廃用症候群リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			(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375)と同様。	830100215	継続理由(廃用症候群リハビリテーション料):******		
			(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。	830100216	新たな疾患名(廃用症候群リハビリテーション料):******		
				850100222	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(廃用症候群リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100223	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日(廃用症候群リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
413	H001-2 注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	入院年月日を記載すること。 ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。	850100547	入院年月日(早期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100548	転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
414	H001-2 注3	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。	~~850100215~~ 850100612	発症年月日(初期加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				~~850100216~~ 850100613	手術年月日(初期加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				~~850100217~~ 850100614	急性増悪年月日(初期加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100799	疾患名(初期加算)(廃用症候群リハ):******		
415	H001-2 注4	廃用症候群リハビリテーション料の急性期リハビリテーション加算	算定の根拠となった要件(「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7部H000(10)に掲げるアからエまでのいずれか)を日毎に記載すること。	850100549	算定の根拠となった要件アの年月日(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100550	算定の根拠となった要件イの年月日(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100551	算定の根拠となった要件ウの年月日(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100552	算定の根拠となった要件エの年月日(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			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。	850100553	発症年月日(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100554	手術年月日(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100555	急性増悪年月日(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				~~850100556~~ 830100992	疾患名(急性期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):******		※
416	H001-2 注5	廃用症候群リハビリテーション料の休日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。	850100557	発症年月日(休日リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100558	手術年月日(休日リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100559	急性増悪年月日(休日リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				~~850100560~~ 830100993	疾患名(休日リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ):******		※
417	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。 [記載例] (離床減) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(理学) 6単位 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(作業) 6単位 実施日数3日	180755710	運動器リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				↓	↓		
				820101870	運動器リハビリテーション料(離床減)		※
			疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載すること。	830100217	疾患名(運動器リハビリテーション料):******		
				850100224	発症年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100391	手術年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100392	急性増悪年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100440	最初に診断された年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			（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375）と同様。	830100218	継続理由(運動器リハビリテーション料):******		
			（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年月日又は発症年月日等を記載すること。	830100219	新たな疾患名(運動器リハビリテーション料):******		
				850100225	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100226	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
418	H002 注2	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	入院年月日を記載すること。 ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。	850100561	入院年月日(早期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100562	転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			（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		
419	H002 注3	運動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年月日を記載すること。	850100563	発症年月日(初期加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100564	手術年月日(初期加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100565	急性増悪年月日(初期加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			（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		
420	H002 注4	運動器リハビリテーション料の急性期リハビリテーション加算	算定の根拠となった要件（「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７部H000(10)に掲げるアからエまでのいずれか）を日毎に記載すること。	850100566	算定の根拠となった要件アの年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100567	算定の根拠となった要件イの年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100568	算定の根拠となった要件ウの年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100569	算定の根拠となった要件エの年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100570	発症年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100571	手術年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100572	急性増悪年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
421	H002 注5	運動器リハビリテーション料の休日リハビリテーション加算	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100573	発症年月日(休日リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100574	手術年月日(休日リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100575	急性増悪年月日(休日リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
422	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。 〔記載例〕 （離床減） 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（理学）　6単位 呼吸器患リハビリテーション料（Ⅰ）（作業）　6単位 実施日数3日	180759710	呼吸器リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				ʃ	ʃ		
				820101871	呼吸器リハビリテーション料(離床減)		※
			疾患名及び治療開始年月日を記載すること。	830100220	疾患名(呼吸器リハビリテーション料):******		
				850100227	治療開始年月日(呼吸器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（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375）と同様。	830100221	継続理由(呼吸器リハビリテーション料):******		
			（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年月日又は発症年月日等を記載すること。	830100222	新たな疾患名(呼吸器リハビリテーション料):******		
				850100228	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(呼吸器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100229	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日(呼吸器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
423	H003 注2	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	入院年月日を記載すること。 ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。	850100576	入院年月日(早期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100577	転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
424	H003 注3	呼吸器リハビリテーション料の初期加算	発症、手術又は急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。	850100215	発症年月日(初期加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100216	手術年月日(初期加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100217	急性増悪年月日(初期加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100578	治療開始年月日(初期加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
425	H003 注4	呼吸器リハビリテーション料の急性期リハビリテーション加算	算定の根拠となった要件（「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７部H000(10)に掲げるアからエまでのいずれか）を日毎に記載すること。	850100579	算定の根拠となった要件アの年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100580	算定の根拠となった要件イの年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100581	算定の根拠となった要件ウの年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100582	算定の根拠となった要件エの年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100583	発症年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			発症、手術若しくは急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。	850100584	手術年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100585	急性増悪年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100586	治療開始年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
426	H003 注5	呼吸器リハビリテーション料の休日リハビリテーション加算	発症、手術若しくは急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。	850100587	発症年月日(休日リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100589	手術年月日(休日リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100590	急性増悪年月日(休日リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100591	治療開始年月日(休日リハビリテーション加算)(呼吸器リハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
427	H003-2 注5	リハビリテーション総合計画評価料の運動量増加機器加算	(機器の使用に有効性が認められ、継続すべき医学的必要性が認められ、運動量増加機器加算を更に算定する場合) 医学的な必要性を記載すること。	830100223	医学的な必要性(運動量増加機器加算):*******		
428	H004	摂食機能療法	疾患名及び摂食機能療法の治療開始年月日を記載すること。	830100224	疾患名(摂食機能療法):******		
				850100230	治療開始年月日(摂食機能療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
429	H004	摂食機能療法の摂食嚥下機能回復体制加算	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施年月日及びカンファレンスを実施した年月日を記載すること。内視鏡下嚥下機能検査及び嚥下造影について、摂食嚥下機能回復体制加算を算定する保険医療機関とは別の保険医療機関において検査を実施した場合には、検査を行った保険医療機関名を記載すること。	850100231	内視鏡下嚥下機能検査を実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100232	嚥下造影を実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100458	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した別の保険医療機関名:*******		
				850100233	カンファレンスを実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
430	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	ベーチェット病		
				820100075	多発性硬化症		
				820100076	重症筋無力症		
				820100160	全身性エリテマトーデス		
				820100077	スモン		
				820100078	筋萎縮性側索硬化症		
				820100161	強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎		
				820100162	結節性動脈周囲炎		
				820100163	ビュルガー病		
				820100079	脊髄小脳変性症		
				820100164	悪性関節リウマチ		
				820100165	パーキンソン病関連疾患		
				820100166	アミロイドーシス		
				820100167	後縦靭帯骨化症		
				820100080	ハンチントン病		
				820100168	モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症)		
				820100169	ウェゲナー肉芽腫症		
				820100299	多系統萎縮症		
				820100170	広範脊柱管狭窄症		
				820100171	特発性大腿骨頭壊死症		
				820100172	混合性結合組織病		
				820100084	プリオン病		
				820100173	ギラン・バレー症候群		
				820100174	黄色靭帯骨化症		
				820100175	シェーグレン症候群		
				820100176	成人発症スチル病		
				820100177	関節リウマチ		
				820100085	亜急性硬化性全脳炎		
				820100086	ライソゾーム病		
				820100087	副腎白質ジストロフィー		
				820100088	脊髄性筋萎縮症		
				820100089	球脊髄性筋萎縮症		
				820100090	慢性炎症性脱髄性多発神経炎		
431	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	退院年月日を記載すること。	850100234	退院年月日(短期集中リハビリテーション実施加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
432	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	脳性麻痺の患者	○	
				820100179	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		
				820100180	顎・口腔の先天異常の患者		
				820100181	先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者		
				820100182	先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者		
				820100183	先天性又は進行性の神経筋疾患の患者		
				820100184	神経障害による麻痺及び後遺症の患者		
				820100185	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		
433	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。	820100812	1　がんの治療のための手術が行われる予定又は行われたもの		
				820100813	2　がんの治療のための骨髄抑制を来たしうる化学療法が行われる予定又は行われたもの		
				820100814	3　がんの治療のための放射線治療が行われる予定又は行われたもの		
				820100815	4　がんの治療のための造血幹細胞移植が行われる予定又は行われたもの		
				820100193	5　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		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
434	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」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	認知症高齢者の日常生活自立度　1		
				820100195	認知症高齢者の日常生活自立度　2		
				820100196	認知症高齢者の日常生活自立度　2a		
				820100197	認知症高齢者の日常生活自立度　2b		
				820100198	認知症高齢者の日常生活自立度　3		
				820100199	認知症高齢者の日常生活自立度　3a		
				820100200	認知症高齢者の日常生活自立度　3b		
				820100201	認知症高齢者の日常生活自立度　4		
				820100202	認知症高齢者の日常生活自立度　M		
435	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	830100372	リハ選:******		
436	I000-2	経頭蓋磁気刺激療法	治療開始日と終了日の年月日を記載すること。	850100235	治療開始年月日(経頭蓋磁気刺激療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100236	治療終了年月日(経頭蓋磁気刺激療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
437	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） 退院年月日を記載すること。	850100237	退院年月日(通院・在宅精神療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			診療に要した時間に応じて、選択して記載すること。 ただし、30分又は60分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「30分超」又は「60分超」と記載しても差し支えない。	820101309	5分を超え10分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101310	10分以上20分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101311	20分以上30分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101312	30分以上40分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101313	40分以上50分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101314	50分以上60分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101315	30分超60分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101316	60分超(通院・在宅精神療法)		
			（1回の処方において2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬を投与した場合） 投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を記載すること。	820101188	投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について説明を行った		
438	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年月日を記載すること。	850100238	精神科初回受診年月日(通院・在宅精神療法(20歳未満)加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100239	精神科初回受診年月日(児童思春期精神科専門管理加算(16歳未満)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100240	精神科初回受診年月日(児童思春期精神科専門管理加算(20歳未満)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
439	I002 注7	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） 指導等を行った年月日を記載すること。	850100241	指導等年月日(措置入院後継続支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
440	I002 注8	通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算	初回の当該加算を算定した年月日を記載すること。	850100441	初回算定年月日(療養生活継続支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合） 急性増悪等における具体的な状態について記載すること。	830100533	急性増悪等における具体的な状態(療養生活継続支援加算):******		
441	I002 注11	通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算	（病状等により、患者本人から同意を得ることが困難である場合や、やむを得ず家族等から同意を得る場合） その理由を記載する。	830100858	患者本人から同意を得ることが困難又はやむを得ず家族等から同意を得た理由(早期診療体制充実加算):******		
442	I002 注12	通院・在宅精神療法の注12の規定	（情報通信機器を用いた精神療法を行う際に、厚生労働省「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」（「オンライン精神療法指針」という。）に沿って診療を行う場合） オンライン精神療法指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820101189	オンライン精神療法指針に沿った適切な診療である(通院・在宅精神療法の注12の規定)		
			（処方を行った場合） オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、当該処方がオンライン精神療法指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820101190	オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、オンライン精神療法指針に沿った適切な処方である(通院・在宅精神療法の注12の規定)		
443	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	(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		
				820100204	(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		
				820100205	(ハ)　臨時に投与した場合		
				820100206	(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)		
444	I002-3の2	救急患者精神科継続支援料 2 入院中の患者以外の患者	（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年月日を記載すること。	850100243	指導等年月日(救急患者精神科継続支援料(入院外)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
445	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。	852100009	標準型精神分析療法に要した時間(標準型精神分析療法)		
446	I003-2	認知療法・認知行動療法	初回の算定年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。	850100244	初回算定年月日(認知療法・認知行動療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100053	一連の治療の算定回数の合計(認知療法・認知行動療法):******		
			当該診療に要した時間を記載すること。	852100015	認知療法・認知行動療法に要した時間(認知療法・認知行動療法)		
447	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）」	傷病名コード	（傷病名を表示する。）	○	
				修飾語コード	（修飾語を表示する。）	○	
			（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。	852100010	診療に要した時間(心身医学療法)		
448	I006-2	依存症集団療法	治療開始年月日を記載すること。	850100245	治療開始年月日(依存症集団療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
449	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。	850100246	初回算定年月日(精神科デイ・ケア等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100745	初回(精神科デイ・ケア等)		
				830100226	通算入院期間(精神科デイ・ケア):******		
				830100227	通算入院期間(精神科ナイト・ケア):******		
				830100228	通算入院期間(精神科デイ・ナイト・ケア):******		
			（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。	算定日情報	(算定日)	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
450	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。	850100247	初回精神科デイ・ケア等算定年月日(早期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100248	精神病床の退院年月日(早期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
451	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	治療開始年月日を記載すること。	850100249	治療開始年月日(疾患別等専門プログラム加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
452	I011-2	精神科退院前訪問指導料	(2回以上算定した場合) 各々の訪問指導年月日を記載すること。	850100250	訪問指導年月日(精神科退院前訪問指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
453	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	(患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示し、当該急性増悪した日から7日以内の期間に算定した場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100229	急性増悪した日から7日以内の期間に算定した医療上の必要性(精神科訪問看護・指導料):******		
			(急性増悪した患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断し、急性増悪した日から1月以内の連続した7日間に算定した場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100230	急性増悪した日から1月以内の連続した7日間に算定した医療上の必要性(精神科訪問看護・指導料):******		
			(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。	850100251	退院年月日(精神科訪問看護・指導料(1)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100252	退院年月日(精神科訪問看護・指導料(3)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			月の初日の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により測定した値及び測定日を記載すること。GAFの値については該当する範囲を選択して記載すること。	850190202	GAF測定年月日(精神科訪問看護・指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820101019	GAF尺度100－91(精神科訪問看護・指導料)		
				820101020	GAF尺度90－81(精神科訪問看護・指導料)		
				820101021	GAF尺度80－71(精神科訪問看護・指導料)		
				820101022	GAF尺度70－61(精神科訪問看護・指導料)		
				820101023	GAF尺度60－51(精神科訪問看護・指導料)		
				820101024	GAF尺度50－41(精神科訪問看護・指導料)		
				820101025	GAF尺度40－31(精神科訪問看護・指導料)		
				820101026	GAF尺度30－21(精神科訪問看護・指導料)		
				820101027	GAF尺度20－11(精神科訪問看護・指導料)		
				820101028	GAF尺度10－1(精神科訪問看護・指導料)		
				820101029	GAF尺度0(精神科訪問看護・指導料)		
454	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年月日及び時刻を記載すること。	850100253	精神科訪問看護の実施年月日(夜間・早朝訪問看護加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100254	精神科訪問看護の実施年月日(深夜訪問看護加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100006	精神科訪問看護の実施時刻(夜間・早朝訪問看護加算)		
				851100007	精神科訪問看護の実施時刻(深夜訪問看護加算)		
455	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年月日を記載すること。	850100255	介護職員等同行訪問年月日(看護・介護職員連携強化加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
456	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。	830100952	患者住所(精神科訪問看護・指導料・特別地域訪問看護加算):******		※
				852100020	訪問に要する時間(片道)(精神科訪問看護・指導料・特別地域訪問看護加算)		※
			(特別地域訪問看護加算ロの場合) 精神科訪問看護・指導を行った年月日を記載すること。	850100592	訪問年月日(精神科訪問看護・指導料・特別地域訪問看護加算ロの場合):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			(特別地域訪問看護加算ロの場合) 精神科訪問看護・指導に要した時間を記載すること。	852100021	訪問看護時間(精神科訪問看護・指導料・特別地域訪問看護加算ロの場合)		※
457	I012 注7	精神科訪問看護・指導料の精神科緊急訪問看護加算	加算を算定する理由を詳細に記載すること。	830100859	緊急訪問看護の理由(精神科緊急訪問看護加算):******		
			緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。	850190234	緊急訪問年月日(精神科緊急訪問看護加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
458	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。	830100232	頻回の指定訪問看護を行う必要性(精神科特別訪問看護指示加算):******		
459	I012-2	精神科訪問看護指示料の手順書加算	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190056	前回実施年月日(手順書加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190052	初回(手順書加算)		
460	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	措置入院		
				820100208	緊急措置入院		
				820100209	医療保護入院		
				820100210	応急入院		
461	I014	医療保護入院等診療料2	多職種による退院支援に係るカンファレンスを行った日を記載すること。	850100593	カンファレンス実施年月日(医療保護入院等診療料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
462	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。	850100256	重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(早期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100248	精神病床の退院年月日(早期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
463	I015	重度認知症患者デイ・ケア料の夜間ケア加算	初回算定年月日及び夜間ケアに要した時間を記載すること。	850100258	重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(夜間ケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				852100012	夜間ケアに要した時間(夜間ケア加算)		
				850100259	直近の入院の入院日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100746	入院形態(精神科在宅患者支援管理料):措置入院		
				820100747	入院形態(精神科在宅患者支援管理料):緊急措置入院		
				820100748	入院形態(精神科在宅患者支援管理料):医療保護入院		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
464	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」又は「2」を算定した場合） 直近の入院についての入院年月日、入院形態、退院年月日（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、平成31～令和3年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の研究班が作成した、別紙様式41の2に掲げる「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」（以下この項において「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」という。）において、当該患者に該当するコア項目並びに当該導入基準の点数、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における中から該当するものを選択して記載すること。	850100260	直近の入院の退院日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100233	前々回の入院日、入院形態並びに退院日(精神科在宅患者支援管理料):*******		
				842100054	直近の退院時におけるGAF(精神科在宅患者支援管理料):******		
				842100055	当該月の最初の訪問診療時におけるGAF(精神科在宅患者支援管理料):******		
				820100194	認知症高齢者の日常生活自立度　1		
				820100195	認知症高齢者の日常生活自立度　2		
				820100196	認知症高齢者の日常生活自立度　2a		
				820100197	認知症高齢者の日常生活自立度　2b		
				820100198	認知症高齢者の日常生活自立度　3		
				820100199	認知症高齢者の日常生活自立度　3a		
				820100200	認知症高齢者の日常生活自立度　3b		
				820100201	認知症高齢者の日常生活自立度　4		
				820100202	認知症高齢者の日常生活自立度　M		
				820101191	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコア項目：1		
				820101192	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコア項目：2		
				820101193	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコア項目：3		
				842100113	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準の点数:******		
				850100261	初回算定日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100262	カンファレンス実施日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100263	算定する月に行った訪問日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100008	算定する月に行った訪問の時刻(精神科在宅患者支援管理料)		
				852100013	診療時間(精神科在宅患者支援管理料)		
				830100234	訪問した者の職種(精神科在宅患者支援管理料):******		
			（精神科在宅患者支援管理料3を算定する場合） 精神科在宅患者支援管理料1又は精神科在宅患者支援管理料2の初回の算定日、精神科在宅患者支援管理料3の初回の算定年月日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。	850100264	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100265	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100266	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料3):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100235	訪問の日時、診療時間、訪問した者の職種(精神科在宅患者支援管理料3):******		
			（精神科在宅患者支援管理料の「3」を前月に算定した患者であって、「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8部I016精神科在宅患者支援管理料（2）のイを満たし、対象となる状態の著しい急性増悪を認めるものについて、精神科在宅患者支援管理料の「1」のロ及び「2」のロを算定する場合） 急性増悪における状態像について記載すること。	830100236	急性増悪における状態像(精神科在宅患者支援管理料1の「ロ」):******		
				830100237	急性増悪における状態像(精神科在宅患者支援管理料2の「ロ」):******		
465	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	830100534	精選:******		
466	J 通則9	看護師等遠隔診療処置実施料	当該処置の区分番号を記載すること。	830100953	看護師等により実施した処置の区分番号:******		※
467	J000-2	下肢創傷処置	下肢創傷の部位及び潰瘍の深さを記載すること。	830100535	下肢創傷の部位及び潰瘍の深さ(下肢創傷処置):******		
468	J001	熱傷処置	初回の処置を行った年月日を記載すること。	850100268	初回年月日(熱傷処置):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
469	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。	830100239	対象傷病名(長期療養患者褥瘡等処置):******		
470	J001-10	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	難治性潰瘍の所見（潰瘍の持続期間、部位、深達度及び面積を含む。）、これまでの治療経過（初回の場合はその旨を記載）、慢性静脈不全と診断した根拠（下肢静脈超音波検査等の所見）、静脈圧迫処置を必要とする医学的理由及び指導内容について記載すること。	830100240	難治性潰瘍の所見(静脈圧迫処置):******		
				830100241	治療経過(静脈圧迫処置):******		
				830100242	慢性静脈不全等と診断した根拠(下肢静脈超音波検査等の所見)(静脈圧迫処置):******		
				830100243	静脈圧迫処置を必要とする医学的理由(静脈圧迫処置):******		
				830100244	指導内容(静脈圧迫処置):******		
			（J040局所灌流の「2」骨膜・骨髄炎に対するものを併せて算定する場合） その理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830100245	理由及び医学的根拠(局所陰圧閉鎖処置と洗浄を行った場合):******		
				850100442	初回加算算定年月日(局所陰圧閉鎖処置(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
471	J003	局所陰圧閉鎖処置（入院）	初回加算を算定した年月日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を記載すること。	830100246	陰圧維持管理装置として使用した機器(局所陰圧閉鎖処置(入院))；******		
				830100247	医学的必要性(局所陰圧閉鎖処置(入院))；******		
			（創傷処置、下肢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それぞれの対象部位を記載すること。	830100459	併算定した処置の部位(局所陰圧閉鎖処置)；******		
				830100460	対象部位(局所陰圧閉鎖処置)；******		
472	J003 注2	局所陰圧閉鎖処置（入院）の持続洗浄加算	持続洗浄加算を算定した理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830100248	持続洗浄加算を算定した理由及び医学的根拠(持続洗浄加算)；******		
473	J003-2	局所陰圧閉鎖処置（入院外）	（局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定した場合） 初回加算を算定した年月日を記載すること。	850100270	初回加算算定年月日(局所陰圧閉鎖処置(入院外))；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			（創傷処置、下肢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それぞれの対象部位を記載すること。	830100459	併算定した処置の部位(局所陰圧閉鎖処置)；******		
				830100460	対象部位(局所陰圧閉鎖処置)；******		
474	J003-3	局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）	（局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）を算定した場合） 処置開始年月日を記載すること	850100393	処置開始日(局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創))；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
475	J003-4	多血小板血漿処置	当該処置を行う医学的必要性を記載すること。	830100249	多血小板血漿処置を行う医学的必要性(多血小板血漿処置)；******		
			（創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合） 併算定した処置と多血小板血漿処置のそれぞれの対象部位を記載すること。	830100860	併算定した処置の部位(多血小板血漿処置)；******		
				830100861	対象部位(多血小板血漿処置)；******		
476	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の症状詳記を記載すること。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。	830100250	症状詳記(硬膜外自家血注入)；******		
477	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。	830100251	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度測定結果(ハイフローセラピー)；******		
478	J027	高気圧酸素治療	一連の治療における初回実施年月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。	850100272	初回実施年月日(高気圧酸素治療)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100056	通算実施回数(高気圧酸素治療)；******		
			（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年月日を記載すること。	850100273	減圧症又は空気塞栓発症年月日(高気圧酸素治療)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			（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。	140057510	高気圧酸素治療(減圧症又は空気塞栓)	○	
479	J032 注	肛門拡張法の周術期乳幼児加算	初回の算定年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190046	初回の算定年月日(周術期乳幼児加算(肛門拡張法)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190046	初回(周術期乳幼児加算(肛門拡張法))		
480	J034-2	経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術	（経胃の栄養摂取が必要な患者に対して在宅などX線装置が活用できない環境下において、経鼻栄養・薬剤投与用チューブの挿入に際して、ファイバー光源の活用によりチューブの先端が胃内にあることを確認する場合） 医学的必要性について記載すること。	830100862	医学的必要性(経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術)；******		
481	J038	人工腎臓	人工腎臓を算定した日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			（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	ア　急性腎不全の患者		
				820100212	イ　透析導入期（1月に限る。）の患者		
				820100213	ウ　血液濾過又は血液透析濾過を実施		
				820100214	エ　特別な管理が必要（イ　進行性眼底出血）		
				820100215	エ　特別な管理が必要（ロ　重篤な急性出血性合併症）		
				820100216	エ　特別な管理が必要（ハ　ヘパリン起因性血小板減少症）		
				820100217	エ　特別な管理が必要（ニ　播種性血管内凝固症候群）		
				820100218	エ　特別な管理が必要（ホ　敗血症）		
				820100219	エ　特別な管理が必要（ヘ　急性膵炎）		
				820100220	エ　特別な管理が必要（ト　重篤な急性肝不全）		
				820100221	エ　特別な管理が必要（チ　注射による化学療法中の悪性腫瘍）		
				820100222	エ　特別な管理が必要（リ　自己免疫疾患の活動性が高い状態）		
				820100223	エ　特別な管理が必要（ヌ　麻酔による手術を実施した状態）		
			C102在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載すること。	830100252	在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している他の保険医療機関名(人工腎臓)；******		
482	J038	人工腎臓の導入期加算	導入の年月日を記載すること。	850100275	導入年月日(導入期加算(人工腎臓))；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
483	J038 注3 J038-2 注2	人工腎臓の障害者等加算 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	ア　障害者基本法にいう障害者で留意事項通知に規定する者		
				820100225	イ　精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者		
				820100226	ウ　指定難病等に罹患している者で留意事項通知に規定するもの		
				820100227	エ　留意事項通知に規定する糖尿病の患者		
				820100228	オ　運動麻痺を伴う脳血管疾患患者		
				820100229	カ　認知症患者		
				820100230	キ　常時低血圧症（収縮期血圧が90mmHg以下）の者		
				820100231	ク　透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者		
				820100232	ケ　出血性消化器病変を有する者		
				820100233	コ　骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者		
				820100234	サ　重症感染症に合併しているために入院中の患者		
				820100235	シ　末期癌に合併しているために入院中の患者		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
				820100236	ス　入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの		
				820100237	セ　妊婦(妊娠中期以降)		
				820100238	ソ　うっ血性心不全(NYHA3度以上)		
				820100239	タ　12歳未満の小児		
				820100240	チ　人工呼吸を実施中の患者		
				820100241	ツ　結核菌を排菌中の患者		
484	J038注14	人工腎臓 透析時運動指導等加算	指導を開始した年月日を記載すること。	850190235	指導を開始した年月日(透析時運動指導等加算(人工腎臓));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
485	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。	850100443	初回実施年月日(持続緩徐式血液濾過);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100057	通算実施回数(持続緩徐式血液濾過);******		
				851100009	開始時刻(持続緩徐式血液濾過)		
				851100010	終了時刻(持続緩徐式血液濾過)		
			「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J038-2持続緩徐式血液濾過の(2)のアから力までのいずれかに該当する場合は、該当項目を記載すること。	820100750	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):ア　末期腎不全の患者		
				820100751	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):イ　急性腎障害と診断された、高度代謝性アシドーシスの患者		
				820100752	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):ウ　薬物中毒の患者		
				820100753	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):エ　急性腎障害と診断された、尿毒症の患者		
				820100754	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):オ　急性腎障害と診断された、電解質異常の患者		
				820100755	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):カ　急性腎障害と診断された、体液過剰状態の患者		
			「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J038-2持続緩徐式血液濾過の(2)のキからケまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。	830100253	キの要件を満たす医学的根拠(重症急性膵炎の患者)(持続緩徐式血液濾過);******		
				830100254	クの要件を満たす医学的根拠(重症敗血症の患者)(持続緩徐式血液濾過);******		
				830100255	ケの要件を満たす医学的根拠(劇症肝炎又は術後肝不全)(持続緩徐式血液濾過);******		
486	J039	血漿交換療法	一連の当該療法の初回実施年月日、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。	850100277	初回実施年月日(血漿交換療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100058	通算実施回数(血漿交換療法);******		
				算定日情報	(算定日)	○	
				851100011	開始時刻(血漿交換療法)		
				851100012	終了時刻(血漿交換療法)		
			(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。	842100059	血小板数(血漿交換療法);******		
			(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。	830100256	理由及び医学的根拠(血漿交換療法);******		
487	J039 注3	移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	(臓器移植後に抗体関連型拒絶反応を呈する患者を対象として、抗ドナー抗体を除去することを目的として実施する場合) 医学的な必要性から一連につき6回以上算定する場合には、その理由を記載すること。	830100536	6回以上算定する理由(移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法);******		
488	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。	算定日情報	(算定日)	○	
				851100013	開始時刻(局所灌流)		
				851100014	終了時刻(局所灌流)		
489	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。	算定日情報	(算定日)	○	
				851100015	開始時刻(吸着式血液浄化法)		
				851100016	終了時刻(吸着式血液浄化法)		
			(「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J41吸着式血液浄化法の(2)のアに該当する場合) 「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9部J41吸着式血液浄化法の(2)のアの①から③までのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。	830100257	アの1の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
				830100258	アの2の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
				830100259	アの3の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
			(「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J41吸着式血液浄化法の(2)のイに該当する場合) 「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9部J41吸着式血液浄化法の(2)のイの①及び②の要件を満たす医学的根拠について記載すること。	830100260	イの1の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
				830100261	イの2の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
490	J041-2	血球成分除去療法	(寛解期の潰瘍性大腸炎で既存の薬物治療が無効、効果不十分又は適用できない難治性患者(厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準)に対しては、寛解維持を目的として行った場合であって、医学的な必要性から一連につき2週間に2回以上算定する場合又は48週間を超えて算定する場合) その理由を記載すること。	830100764	2週間に2回以上算定する理由(血球成分除去療法);******		
				830100765	48週間を超えて算定する理由(血球成分除去療法);******		
			(ステロイド抵抗性又は不耐容の慢性移植片対宿主病(GVHD)患者に対しては、臨床症状の改善又はステロイドの減量を目的として行った場合であって、医学的な必要性から一連につき24週間に31回を超えて算定する場合) その理由を記載すること。	830100863	24週間に31回を超えて算定する理由(血球成分除去療法);******		
			初回実施に当たっては、医学的な必要性を記載すること。	830100766	医学的な必要性(初回)(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。	850100444	初回実施年月日(血球成分除去療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100060	通算実施回数(血球成分除去療法);******		
				851100017	開始時刻(血球成分除去療法)		
				851100018	終了時刻(血球成分除去療法)		
491	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。	850100279	導入年月日(導入期加算(腹膜灌流));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820101242	ア　傍ストーマヘルニア(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		
				820101243	イ　ストーマ脱出(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
492	J043-3 注4	ストーマ処置のストーマ合併症加算	「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J043-3ストーマ処置の(4)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すること。	820101244	ウ ストーマ腫瘤(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		
				820101245	エ ストーマ部瘻孔(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		
				820101246	オ ストーマ静脈瘤(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		
				820101247	カ ストーマ周囲肉芽腫(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		
				820101248	キ ストーマ周囲難治性潰瘍等(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		
493	J045の3	人工呼吸　5時間を超えた場合	開始年月日を記載すること。なお、長期入院により人工呼吸開始日の特定日が困難な場合については、その旨記載すること。	850100445	開始年月日(人工呼吸　5時間を超えた場合);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100864	人工呼吸開始日の特定が困難な理由(人工呼吸　5時間を超えた場合);******		
494	J045 注3	覚醒試験加算	開始年月日を記載すること。	850100446	開始年月日(覚醒試験加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
495	J045 注5	人工呼吸　腹臥位療法加算	当該月の算定日及び1回毎の開始年月日、開始時間、終了年月日及び終了時間（当該月に実施されたものに限る。）を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				850190236	開始年月日(腹臥位療法加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100079	開始時刻(腹臥位療法加算)		
				850190238	終了年月日(腹臥位療法加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100080	終了時刻(腹臥位療法加算)		
496	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。	算定日情報	(算定日)	○	
				851100019	開始時刻(一酸化窒素吸入療法)		
				850100281	終了年月日(一酸化窒素吸入療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100020	終了時刻(一酸化窒素吸入療法)		
				852100014	通算時間(一酸化窒素吸入療法)		
			(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。	830100262	理由及び医学的根拠(一酸化窒素ガス加算);******		
497	J047-3	心不全に対する遠赤外線温熱療法	当該療法を開始した年月日及び医学的必要性を記載する。	850100282	初回の算定年月日(心不全に対する遠赤外線温熱療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100263	医学的必要性(心不全に対する遠赤外線温熱療法);******		
498	J052-2	熱傷温浴療法	受傷年月日を記載すること。	850100283	受傷年月日(熱傷温浴療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
499	J054-2	皮膚レーザー照射療法	前回の治療開始年月日を記載すること。	850100284	前回治療開始年月日(皮膚レーザー照射療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
500	J070-2	干渉低周波による膀胱等刺激法	治療開始年月日を記載すること。	850100285	治療開始年月日(干渉低周波による膀胱等刺激法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
501	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	重症度　1度		
				820100243	重症度　2度		
502	J070-4	磁気による膀胱等刺激法	当該療法の初回実施年月日及び初回からの通算実施日を記載すること。	850100286	初回実施年月日(磁気による膀胱等刺激法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100061	通算実施日(磁気による膀胱等刺激法);******		
503	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。）を症状詳記として記載すること。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。	830100264	症状詳記(歩行運動処置(ロボットスーツ));******		
504	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。	140003210	胸腔穿刺(洗浄、注入及び排液を含む)	○	
				140003610	腹腔穿刺(人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む)	○	
			（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	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)　ランクB		
				820100245	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)　ランクC		
505	J129-3	治療用装具採寸法	（医学的な必要性から、既製品の治療用装具を処方するに当たって、既製品の治療用装具を加工するために当該採寸を実施した場合） 医学的な必要性及び加工の内容を記載すること。	830100537	医学的な必要性(治療用装具採寸法);******		
				830100538	加工の内容(治療用装具採寸法);******		
506	K	手術	算定日を記載すること。 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、左右別にそれぞれ算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
507	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。	830100265	手術時体重(極低出生体重児加算(手術));******		
				830100266	手術時体重(新生児加算(手術));******		
508	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。	830100539	手術実施診療科(休日加算1(手術));******		
				830100540	手術実施診療科(時間外加算1(手術));******		
				830100541	手術実施診療科(深夜加算1(手術));******		
				830100542	手術実施診療科(時間外特例医療機関加算1(手術));******		
				853100021	休日加算1(手術)初診又は再診の日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100022	時間外加算1(手術)初診又は再診の日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100023	深夜加算1(手術)初診又は再診の日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100024	時間外特例医療機関加算1(手術)初診又は再診の日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100025	休日加算1(手術)手術開始日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100026	時間外加算1(手術)手術開始日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100027	深夜加算1(手術)手術開始日時;dd"日"hh"時"mm"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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
				853100028	時間外特例医療機関加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"		
509	K通則23	外科医療確保特別加算	手術を実施した診療科を記載すること。	830100954	手術実施診療科(外科医療確保特別加算):******		※
510	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。	830100267	植皮の範囲(デブリードマン):******		
			(A群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎に対して行う場合) 病歴、細菌培養検査及び画像所見を記載すること。	830100268	病歴(デブリードマン):******		
				830100269	細菌培養検査結果(デブリードマン):******		
				830100270	画像所見(デブリードマン):********		
511	K019-2	自家脂肪注入	注入した脂肪量を記載すること。	830100543	注入した脂肪量(自家脂肪注入):******		

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用表示文言	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
512	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	ア　留意事項通知に規定する一次再建		
				820100247	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。	830100271	詳細理由(組織拡張器による再建手術(乳房(再建手術)));******		
513	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。	830100272	詳細理由(組織拡張器による再建手術(その他));******		
514	K046注	骨折観血的手術の緊急整復固定加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	853100006	骨折した日時(緊急整復固定加算);dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100007	手術を開始した日時(緊急整復固定加算);dd"日"hh"時"mm"分"		
515	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。	830100273	詳細理由(難治性骨折電磁波電気治療法);******		
			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。	830100274	指導内容(難治性骨折電磁波電気治療法);******		
516	K047-2	難治性骨折超音波治療法	（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超音波治療法を行った場合） その詳細な理由を記載すること。	830100780	詳細理由(難治性骨折超音波治療法);******		
			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。	830100781	指導内容(難治性骨折超音波治療法);******		
517	K047-3	超音波骨折治療法	（四肢（手足を含む。）の骨折観血的手術等を実施した後、当該骨折から3週間を超えて超音波骨折治療法を行った場合） その理由を記載すること。	830100275	実施理由(超音波骨折治療法);******		
			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。	830100276	指導内容(超音波骨折治療法);******		
518	K059	骨移植術（軟骨移植術を含む。）	（自家骨又は非生体同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合） 人工骨の移植部位について記載すること。	830100544	人工骨の移植部位(骨移植術);******		
519	K079-2注	靱帯断裂形成手術（関節鏡下）の一期的両靱帯形成加算	両靱帯損傷と診断する根拠となった検査所見等及び一期的な両靱帯形成術の医学的必要性を記載すること。	830100277	両靱帯損傷と診断する根拠となった検査所見(一期的両靱帯形成加算);******		
				830100278	一期的な両靱帯形成術の医学的必要性(一期的両靱帯形成加算);******		
520	K081注	人工骨頭挿入術の緊急挿入加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	853100008	骨折した日時(緊急挿入加算);dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100009	手術を開始した日時(緊急挿入加算);dd"日"hh"時"mm"分"		
521	K082の1のロ	人工関節置換術 人工肩関節置換術 腱移行を伴うもの	本治療を選択した医学的必要性について記載すること。	830100955	治療を選択した医学的理由(人工肩関節置換術(腱移行を伴うもの));******		※
522	K096-2	体外衝撃波疼痛治療術	保存療法の開始年月日及び本治療を選択した医学的理由を記載すること。	850100287	保存療法開始年月日(体外衝撃波疼痛治療術);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100279	治療を選択した医学的理由(体外衝撃波疼痛治療術);******		
			（2回目以降算定する場合） 前回算定年月日及びその理由を記載すること。	850100288	前回算定年月日(体外衝撃波疼痛治療術);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100280	2回目以降算定する理由(体外衝撃波疼痛治療術);******		
523	K172　の2	脳動静脈奇形摘出術	SM－Grade3から5と診断した画像所見及び手術の概要を摘要欄に記載する。	830100281	SM－Grade3から5と診断した画像所見;******		
				830100282	手術の概要(脳動静脈奇形摘出術);******		
524	K268	緑内障手術 6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	症状詳記を記載すること。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。	830100283	症状詳記(緑内障手術(水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術));******		
525	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。	830100284	選択理由(網膜付着組織を含む硝子体切除術);******		
526	K282	水晶体再建術の注の加算	症状詳記を記載すること。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。	830100285	症状詳記(水晶体嚢拡張リング使用加算(水晶体再建術));******		
527	K311	鼓膜穿孔閉鎖術	症状詳記を記載すること。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。	830100545	症状詳記(鼓膜穿孔閉鎖術);******		
528	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。	830100286	医学的必要性(乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(MRI));******		
529	K476-4	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。）	「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（内視鏡下によるものを含む。）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	ア　留意事項通知に規定する一次一期的再建		
				820100249	イ　留意事項通知に規定する一次二期的再建		
				820100250	ウ　留意事項通知に規定する二次再建		
530	K508-4	気管支バルブ留置術	「K511」肺切除術若しくは「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由を記載すること。	830100865	「K511」肺切除術若しくは「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由(気管支バルブ留置術);******		
				830100546	理由・医学的根拠(留意事項通知K546(1));******		
				830100547	医学的根拠(留意事項通知K546(2)のア);******		
				830100548	測定項目(留意事項通知K546(2)のア);******		
				830100549	医学的根拠(留意事項通知K546(2)のイ);******		
				830100550	医学的根拠(留意事項通知K546(2)のウ);******		
				830100551	医学的根拠(留意事項通知K546(3)のア);******		
				830100552	重症度及びその医学的根拠(留意事項通知K546(3)のア);******		
				830100553	医学的根拠(留意事項通知K546(3)のイ);******		
				830100554	短期リスク評価及びその医学的根拠(留意事項通知K546(3)のイ);******		
				830100555	医学的根拠(留意事項通知K546(3)のウ);******		
				830100556	詳細な理由・医学的根拠(留意事項通知K546(6));******		
				830100557	過去に実施した手術(留意事項通知K546(7)のイ);******		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
531	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（3）、（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（3）、（6）、（7）に該当する場合は、所定の事項を記載すること。	830100558	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K546(7)のイ):******		
				830100559	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K546(7)のウ):******		
				830100560	理由・医学的根拠(留意事項通知K547(1)):******		
				830100561	過去に実施した手術(留意事項通知K547(2)のイ):******		
				830100562	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K547(2)のイ):******		
				830100563	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K547(2)のウ):******		
				830100564	過去に実施した手術(留意事項通知K548(1)のイ):******		
				830100565	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K548(1)のイ):******		
				830100566	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K548(1)のウ):******		
				830100567	理由・医学的根拠(留意事項通知K549(1)):******		
				830100568	医学的根拠(留意事項通知K549(2)のア):******		
				830100569	測定項目数(留意事項通知K549(2)のア):******		
				830100570	医学的根拠(留意事項通知K549(2)のイ):******		
				830100571	医学的根拠(留意事項通知K549(2)のウ):******		
				830100572	医学的根拠(留意事項通知K549(3)のア):******		
				830100573	重症度及びその医学的根拠(留意事項通知K549(3)のア):******		
				830100574	医学的根拠(留意事項通知K549(3)のイ):******		
				830100575	短期リスク評価及びその医学的根拠(留意事項通知K549(3)のイ):******		
				830100576	医学的根拠(留意事項通知K549(3)のウ):******		
				830100577	詳細な理由・医学的根拠(留意事項通知K549(6)):******		
				830100578	過去に実施した手術(留意事項通知K549(7)のイ):******		
				830100579	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K549(7)のイ):******		
				830100580	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K549(7)のウ):******		
				842100075	留意事項通知K546(2)のア測定値:		
				842100076	留意事項通知K549(2)のア測定値:		
				850100453	留意事項通知K546(7)のア過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100454	留意事項通知K547(2)のア過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100455	留意事項通知K548(1)のア過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100456	留意事項通知K549(7)のア過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100039	留意事項通知K546(2)のイの(イ) 所見の得られた時刻		
				851100040	留意事項通知K546(2)のイの(ニ) 所見の得られた時刻		
				851100041	留意事項通知K546(2)のイの(ハ) 所見の得られた時刻		
				851100042	留意事項通知K546(2)のイの(ホ) 所見の得られた時刻		
				851100043	留意事項通知K546(2)のイの(ロ) 所見の得られた時刻		
				851100044	留意事項通知K546(2)のウのイ) 再開通時刻		
				851100045	留意事項通知K546(2)のウのイ) 発症時刻		
				851100046	留意事項通知K546(2)のウのイ) 来院時刻		
				851100047	留意事項通知K546(2)のウのロ) 再開通時刻		
				851100048	留意事項通知K546(2)のウのロ) 発症時刻		
				851100049	留意事項通知K546(2)のウのロ) 来院時刻		
				851100050	留意事項通知K546(3)のウ手術開始時刻		
				851100051	留意事項通知K546(3)のウ来院時刻		
				851100052	留意事項通知K549(2)のイの(イ) 所見の得られた時刻		
				851100053	留意事項通知K549(2)のイの(ニ) 所見の得られた時刻		
				851100054	留意事項通知K549(2)のイの(ハ) 所見の得られた時刻		
				851100055	留意事項通知K549(2)のイの(ホ) 所見の得られた時刻		
				851100056	留意事項通知K549(2)のイの(ロ) 所見の得られた時刻		
				851100057	留意事項通知K549(2)のウのイ) 再開通時刻		
				851100058	留意事項通知K549(2)のウのイ) 発症時刻		
				851100059	留意事項通知K549(2)のウのイ) 来院時刻		
				851100060	留意事項通知K549(2)のウのロ) 再開通時刻		
				851100061	留意事項通知K549(2)のウのロ) 発症時刻		
				851100062	留意事項通知K549(2)のウのロ) 来院時刻		
				851100063	留意事項通知K549(3)のウ手術開始時刻		
				851100064	留意事項通知K549(3)のウ来院時刻		
				830100581	医学的根拠(留意事項通知K546(4)のア):******		
				830100582	医学的根拠(留意事項通知K546(4)のイ):******		
				830100583	医学的根拠(留意事項通知K546(4)のウ):******		
				830100584	医学的必要性及び検討結果(留意事項通知K546(4)のウ):******		
				830100585	医学的根拠(留意事項通知K549(4)のア):******		
				830100586	医学的根拠(留意事項通知K549(4)のイ):******		
				830100587	医学的根拠(留意事項通知K549(4)のウ):******		
				830100588	医学的必要性及び検討結果(留意事項通知K549(4)のウ):******		
				820100756	該当する病変(経皮的冠動脈形成術):ア　機能的虚血の原因である狭窄病変		
				820100757	該当する病変(経皮的冠動脈形成術):イ　心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			（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）のアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、実施の医学的な必要性及びカンファレンス等の検討の結果を記載すること。	820100758	該当する病変(経皮的冠動脈形成術):ウ　その他医学的必要性が認められる病変		
				830100287	実施の医学的な必要性及びカンファレンス等の検討結果(経皮的冠動脈形成術):******		
				820100759	該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):ア　機能的虚血の原因である狭窄病変		
				820100760	該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):イ　心臓カテーテル法における90％以上の狭窄病変		
				820100761	該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):ウ　その他医学的必要性が認められる病変		
				830100288	実施の医学的な必要性及びカンファレンス等の検討結果(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):******		
532	K555注 K555-3注 K557-3注 K560注	弁置換術の心臓弁再置換術加算 胸腔鏡下弁置換術の心臓弁再置換術加算 弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術の心臓弁再置換術加算 大動脈瘤切除術の心臓弁再置換術加算	前回手術年月日、術式及び保険医療機関名を記載すること。	850100289	前回手術年月日(心臓弁再置換術加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100289	前回手術の術式(心臓弁再置換術加算):******		
				830100290	前回手術実施保険医療機関名(心臓弁再置換術加算):******		
533	K555－4	経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術	弁置換術が適応とならない理由を記載すること。	830100956	弁置換術が適応とならない理由(経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術):******		※
534	K581注 K583注 K584注 K586注	肺動脈閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算 大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算 修正大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算	前回手術年月日、術式及び保険医療機関名を記載すること。	850100290	前回手術年月日(人工血管等再置換術加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100297	前回手術の術式(人工血管等再置換術加算):******		
				830100298	前回手術実施保険医療機関名(人工血管等再置換術加算):******		
535	K594の4のイ及びロ	不整脈手術 4 左心耳閉鎖術 イ　開胸手術によるもの ロ　胸腔鏡下によるもの	手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査（ホルター心電図検査を含む。）の結果及び当該手術を行う医学的理由を記載すること。	830100305	12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果(不整脈手術(左心耳閉鎖術(開胸手術))):******		
				830100306	当該手術を行う医学的理由(不整脈手術(左心耳閉鎖術(開胸手術))):******		
				830100589	12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果(不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下))):******		
				830100590	当該手術を行う医学的理由(不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下))):******		
536	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	症状詳記を記載すること。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。	830100307	症状詳記(両心室ペースメーカー移植術):******		
				830100308	症状詳記(植込型除細動器移植術):******		
				830100309	症状詳記(両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術):******		
537	K613-2	腎神経焼灼術	当該手術を行う医学的必要性について記載すること。	830100957	当該手術を行う医学的理由(腎神経焼灼術):******		※
538	K615の1	血管塞栓術 1止血術	（慢性硬膜下血腫を再発した患者に対して実施する場合） 初回又は前回の治療として実施した「K164」頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）の「2」硬膜下のもの又は「K164－2」慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術の算定日を記載すること。	850100594	初回算定年月日(血管塞栓術(止血術)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100595	前回算定年月日(血管塞栓術(止血術)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
539	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。	850100291	前回算定年月日(経皮的シャント拡張術・血栓除去術):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
540	K616-4の1	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1　初回	「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K616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術の（1）の要件を満たす画像所見等の医学的根拠を記載すること。	830100958	アの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術(1初回)):******		※
				830100959	イの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術(1初回)):******		※
541	K616-4の2	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2　1の実施後3月以内に実施する場合	「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K616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術の（2）の要件を満たす画像所見等の医学的根拠を記載すること。	830100310	アの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術(2　1の実施後3月以内に実施する場合)):******		
				830100311	イの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術(2　1の実施後3月以内に実施する場合)):******		
			前回算定年月日（他の保険医療機関での算定を含む。）を記載すること。	~~850100291~~ 850100615	前回算定年月日(経皮的シャント拡張術・血栓除去術(2　1の実施後3月以内に実施する場合)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
542	K616-8	吸着式潰瘍治療法	「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K616-8吸着式潰瘍治療法の（2）のア及びイの要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100591	医学的根拠(吸着式潰瘍治療法):******		
543	K656-2	腹腔鏡下胃縮小術	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。	830100312	手術前のBMI等(腹腔鏡下胃縮小術):******		
544	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	開腹による胃瘻造設術		
				820100255	経皮的内視鏡下胃瘻造設術		
				820100256	腹腔鏡下胃瘻造設術		
545	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。	830100313	医学的理由(経皮経食道胃管挿入術(PTEG)):******		
546	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。	830100314	必要理由・医学的根拠(薬剤投与用胃瘻造設術):******		
547	K695	肝切除術	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を記載すること。	830100921	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由(肝切除術):******		
548	K695-2	腹腔鏡下肝切除術	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を記載すること。	830100315	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由(腹腔鏡下肝切除術):******		
549	K721 注2 K721-3 注 K721-4 注	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 内視鏡的結腸異物摘出術 バルーン内視鏡加算 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 バルーン内視鏡加算	症状詳記を記載すること。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。	830100592	症状詳記(バルーン内視鏡加算):******		
			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するこ	820100257	ア　最大径が2cm以上の早期癌		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
550	K721-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	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	820100258	イ　最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍		
				820100259	ウ　最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌		
551	K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術	（短期間又は同一入院期間中に2回目を算定する場合） その理由及び医学的な必要性を記載すること。	830100317	短期間又は同一入院期間中に2回目を算定する理由及び医学的な必要性(小腸・結腸狭窄部拡張術)：******		
552	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。	830100318	医学的必要性(人工肛門造設加算(直腸切除・切断術))：******		
553	K740の4	直腸切除・切断術　4　経肛門吻合を伴う切除術	手術内容を記載すること。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。	830100866	手術内容(経肛門吻合を伴う切除術(直腸切除・切断術))：******		
554	K740-2の4	腹腔鏡下直腸切除・切断術　4　経肛門吻合を伴う切除術	手術内容を記載すること。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。	830100867	手術内容(経肛門吻合を伴う切除術(腹腔鏡下直腸切除・切断術))：******		
555	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。	830100319	医学的必要性(人工肛門造設加算(腹腔鏡下直腸切除・切断術))：******		
556	K740-3の4	腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)　4　経肛門吻合を伴う切除術	手術内容を記載すること。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。	830100960	手術内容(経肛門吻合を伴う切除術(腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)))：******		※
557	K740-3注1	腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)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。	830100961	医学的必要性(人工肛門造設加算(腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)))：******		※
558	K755-3	副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	副腎摘出術が適応とならない理由を記載すること。	830100593	副腎摘出術が適応とならない理由(副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法)：******		
559	K823-6	尿失禁手術	（効果の減弱等により再手術が必要となった場合） 前回実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850100491	前回実施年月日(尿失禁手術)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190491	初回(尿失禁手術)		
560	K838-2の1	精巣内精子採取術　1　単純なもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　閉塞性無精子症 イ　非閉塞性無精子症 ウ　射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの	820100876	ア　閉塞性無精子症(精巣内精子採取術1　単純なもの)		
				820100877	イ　非閉塞性無精子症(精巣内精子採取術1　単純なもの)		
				820100878	ウ　射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの(精巣内精子採取術1単純なもの)		
561	K838-2の2	精巣内精子採取術　2　顕微鏡を用いたもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　非閉塞性無精子症 イ　他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者	820100879	ア　非閉塞性無精子症(精巣内精子採取術2　顕微鏡を用いたもの)		
				820100880	イ　他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者(精巣内精子採取術2　顕微鏡を用いたもの)		
562	K838-2	精巣内精子採取術	（「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K838-2精巣内精子採取術の(2)のウ又は(3)のイに該当する患者に算定する場合） 実施する必要があると判断した理由について記載すること。	830100594	実施する必要があると判断した理由(精巣内精子採取術)：******		
563	K884-2	人工授精	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　精子・精液の量的・質的異常 イ　射精障害・性交障害 ウ　精子－頸管粘液不適合 エ　機能性不妊	820100881	ア　精子・精液の量的・質的異常(人工授精)		
				820100882	イ　射精障害・性交障害(人工授精)		
				820100883	ウ　精子－頸管粘液不適合(人工授精)		
				820100884	エ　機能性不妊(人工授精)		
564	K884-3	胚移植術	治療開始日の年齢を記載すること。	830100595	治療開始日の年齢(胚移植術)：******		
			胚移植術の実施回数の合計を記載すること。	830100596	胚移植術の実施回数(胚移植術)：******		
565	K884-3注2	アシステッドハッチング	実施した医学的な理由を記載すること。	830100597	実施した医学的な理由(アシステッドハッチング)：******		
566	K884-3注3	高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置	実施した医学的な理由を記載すること。	830100598	実施した医学的な理由(高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置)：******		
567	K890-4	採卵術	採取した卵子の数を記載すること。	830100599	採取した卵子の数(採卵術)：******		
			いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　卵管性不妊 イ　男性不妊(閉塞性無精子症等) ウ　機能性不妊 エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合	820100885	ア　卵管性不妊(採卵術)		
				820100886	イ　男性不妊(閉塞性無精子症等)(採卵術)		
				820100887	ウ　機能性不妊(採卵術)		
				820100888	エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合(採卵術)		
				820100889	ア　卵管性不妊(体外受精・顕微授精管理料)		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
568	K917	体外受精・顕微授精管理料	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　卵管性不妊 イ　男性不妊(閉塞性無精子症等) ウ　機能性不妊 エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合	820100890	イ　男性不妊(閉塞性無精子症等)(体外受精・顕微授精管理料)		
				820100891	ウ　機能性不妊(体外受精・顕微授精管理料)		
				820100892	エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合(体外受精・顕微授精管理料)		
			(顕微授精及び必要な医学管理を行った場合) 管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数を記載すること。	850100457	管理を開始した年月日(体外受精・顕微授精管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100600	顕微受精を実施した卵子の数(体外受精・顕微授精管理料):******		
569	K917注1	体外受精・顕微授精管理料 体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合	体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由について記載すること。	830100601	体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由(体外受精・顕微授精管理料):******		
570	K917注2	体外受精・顕微授精管理料 卵子調整加算	実施した医学的な理由を記載すること。	830100603	実施した医学的な理由(卵子調整加算):******		
571	K917-2	受精卵・胚培養管理料	管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理を開始した年月日を記載すること。	830100604	管理を実施した受精卵及び胚の数(受精卵・胚培養管理料):******		
				850100460	管理を開始した年月日(受精卵・胚培養管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
572	K917-2注	受精卵・胚培養管理料 注:胚盤胞の作成目的	管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日を記載すること。	830100798	管理の具体的な内容(注:胚盤胞の作成目的):******		
				842100107	管理を実施した初期胚の数(注:胚盤胞の作成目的):******		
				850190203	管理を開始した年月日(注:胚盤胞の作成目的):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
573	K917-3の1	胚凍結保存管理料 胚凍結保存管理料(導入時)	凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日を記載すること。	830100607	凍結する初期胚又は胚盤胞の数(胚凍結保存管理料(導入時)):******		
				850100462	凍結を開始した年月日(胚凍結保存管理料(導入時)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
574	K917-3の2	胚凍結保存管理料 胚凍結保存維持管理料	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数を記載すること。 また、凍結を開始した年月日を維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとに記載すること。	830100608	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数(胚凍結保存維持管理料):******		
				850190204	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとの凍結を開始した年月日(胚凍結保存維持管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
575	K917-5の1	精子凍結保存管理料 1　精子凍結保存管理料(導入時)	凍結する精子の量及び凍結を開始した年月日を記載すること。	830100868	凍結する精子の量(精子凍結保存管理料(導入時)):******		
				850190240	凍結を開始した年月日(精子凍結保存管理料(導入時)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
576	K917-5の2	精子凍結保存管理料 2　精子凍結保存維持管理料	維持管理を行う精子の量及び当該精子ごとの凍結を開始した年月日を記載すること。	830100869	維持管理を行う精子の量(精子凍結保存維持管理料):******		
				850190241	精子ごとの凍結を開始した年月日(精子凍結保存維持管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
577	K920の3	自己血貯血	貯血量、手術予定年月日(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。	150327510	自己血貯血(6歳以上)(液状保存)	○	
				150327610	自己血貯血(6歳以上)(凍結保存)	○	
				150327710	自己血貯血(6歳未満)(液状保存)	○	
				150327810	自己血貯血(6歳未満)(凍結保存)	○	
				850100464	自己血貯血手術予定年月日		
			(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。	840000082	患者体重　　g		
578	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。	840000082	患者体重　　g		
				150286410	自己血輸血(6歳未満)(液状保存)	○	
				150286510	自己血輸血(6歳未満)(凍結保存)	○	
579	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。	840000082	患者体重　　g		
				150390610	希釈式自己血輸血(6歳未満)	○	
580	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。	840000082	患者体重　　g		
				842100114	出血量(術中術後自己血回収術):******		
581	K939の2のイ	画像等手術支援加算 2実物大臓器立体モデルによるもの イ複雑先天性心疾患の患者に行う場合	医学的な必要性を記載すること。	830100962	医学的必要性(画像等手術支援加算(実物大臓器立体モデルによるもの(イ複雑先天性心疾患の患者に行う場合)):******		※
582	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年月日を記載すること。	850100293	嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査実施年月日(胃瘻造設時嚥下機能評価加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
583	K939-9	切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算	患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。	820100893	ア　BMIが30以上の肥満症の患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100894	イ　糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1C(HbA1C)がJDS値で6．6%以上(NGSP値で7．0%以上)の者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100895	ウ　ステロイド療法を受けている患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100896	エ　慢性維持透析患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100897	オ　免疫不全状態にある患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100898	カ　低栄養状態にある患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100899	キ　創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100900	ク　手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
584	L	麻酔	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			各区分ごとの麻酔時間を記載すること。	150332610 150332510 等	閉鎖循環式全身麻酔1 閉鎖循環式全身麻酔1(麻酔困難な患者) 等	○	
				820100260	ア　心不全(NYHA3度以上のものに限る。)の患者		
				820100261	イ　狭心症(CCS分類3度以上のものに限る。)の患者		
				820100262	ウ　心筋梗塞(発症後3月以内のものに限る。)の患者		
				820100263	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		
				820100264	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		
				820100265	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		
				820100266	キ　留意事項通知に規定する先天性心疾患の患者		
				820100267	ク　留意事項通知に規定する肺動脈性肺高血圧症の患者		
				820100268	ケ　留意事項通知に規定する呼吸不全の患者		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
585	L008	声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔	（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声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う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。	820100269	コ　留意事項通知に規定する換気障害の患者		
				820100270	サ　留意事項通知に規定する気管支喘息の患者		
				820100271	シ　留意事項通知に規定する糖尿病の患者		
				820100272	ス　留意事項通知に規定する腎不全の患者		
				820100273	セ　肝不全(Child－Pugh分類B以上のものに限る。)の患者		
				820100274	ソ　貧血(Hb6．0g／dL未満のものに限る。)の患者		
				820100275	タ　血液凝固能低下(PT－INR2．0以上のものに限る。)の患者		
				820100276	チ　DICの患者		
				820100277	ツ　血小板減少(血小板5万／uL未満のものに限る。)の患者		
				820100278	テ　敗血症(SIRSを伴うものに限る。)の患者		
				820100279	ト　留意事項通知に規定するショック状態の患者		
				820100280	ナ　完全脊髄損傷(第5胸椎より高位のものに限る。)の患者		
				820100281	ニ　心肺補助を行っている患者		
				820100282	ヌ　人工呼吸を行っている患者		
				820100283	ネ　透析を行っている患者		
				820100284	ノ　大動脈内バルーンパンピングを行っている患者		
				820100285	ハ　BMI35以上の患者		
			（15 歳未満の小児であって、声門上器具又は気管挿管を使用せずに閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を 20 分以上実施した場合） 医学的必要性を記載すること。	830100963	医学的必要性(15 歳未満の小児における声門上器具又は気管挿管未使用の場合)；******		※
586	L008 注9	神経ブロック併施加算	硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性を記載すること。	830100320	医学的必要性(神経ブロック併施加算)；******		
587	L008 注11	術中脳灌流モニタリング加算	（K561に掲げるステントグラフト内挿術（血管損傷以外の場合において、胸部大動脈に限る。）については、弓部大動脈においてステント留置を行う若しくは弓部3分枝の血管吻合を行う際に術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合） その医学的必要性を記載すること。	830100870	医学的必要性(術中脳灌流モニタリング加算)；******		
588	L008-2	体温維持療法	（頭部外傷患者（脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴うGCS8点以下の状態にある患者に限る。）に対し体温維持療法を算定した場合） 脳脊髄圧モニタリングの内容等を詳細に記載すること。	830100871	脳脊髄圧モニタリングの詳細な内容等(体温維持療法)；******		
589	L008-2 注2	体温維持療法の体温維持迅速導入加算	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を記載すること。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。	830100321	症状詳記(体温維持迅速導入加算)；******		
590	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。	830100322	医学的必要性(神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用))；******		
591	L101	神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）	（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。	830100323	医学的必要性(神経ブロック(神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用))；******		
592	M	放射線治療	照射部位を記載すること。	830100324	照射部位(放射線治療)；******		
			（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	放射性粒子	○	
				770050000	高線量率イリジウム	○	
				770060000	低線量率イリジウム	○	
593	M000-2	放射性同位元素内用療法管理料	管理を開始した年月日を記載すること。	850100294	管理開始年月日(放射性同位元素内用療法管理料)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
594	M001	体外照射	（「1」エックス線表在治療及び「2」高エネルギー放射線治療の「ロ」その他の場合において、同一部位に対する1日2回目の照射を算定する場合又は、「3」強度変調放射線治療の「ロ」その他の場合において、小細胞肺癌に対して1日2回目の照射を算定する場合） 1 回目及び2回目の照射の開始時刻及び終了時刻を記載すること。	851100067	照射の開始時刻(1回目)(体外照射)		
				851100068	照射の終了時刻(1回目)(体外照射)		
				851100069	照射の開始時刻(2回目)(体外照射)		
				851100070	照射の終了時刻(2回目)(体外照射)		
595	N000	病理組織標本作製「1」の「組織切片によるもの」	「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N000病理組織標本作製の（1）の（ア）から（ケ）までのいずれかを選択し記載する。 なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載すること。	820100866	ア　気管支及び肺臓		
				820100867	イ　食道		
				820100868	ウ　胃及び十二指腸		
				820100869	エ　小腸		
				820100870	オ　盲腸		
				820100871	カ　上行結腸、横行結腸及び下行結腸		
				820100872	キ　S状結腸		
				820100873	ク　直腸		
				820100874	ケ　子宮体部及び子宮頸部		
				830100612	コ　その他；******		
596	N000	病理組織標本作製「2」の「セルブロック法によるもの」	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N000病理組織標本作製(6)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。	820100762	対象患者(T－M(セルブロック法))：悪性中皮腫を疑う患者		
				820100763	対象患者(T－M(セルブロック法))：肺悪性腫瘍を疑う患者		
				820100764	対象患者(T－M(セルブロック法))：胃癌を疑う患者		
				820100765	対象患者(T－M(セルブロック法))：大腸癌を疑う患者		
				820100766	対象患者(T－M(セルブロック法))：卵巣癌を疑う患者		
				820100767	対象患者(T－M(セルブロック法))：悪性リンパ腫を疑う患者		
				820101194	対象患者(T－M(セルブロック法))：乳癌を疑う患者		
			（肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫又は乳癌を疑う患者に対して実施した場合） 組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100326	実施困難理由(T－M(セルブロック法))；******		
597	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を実施した場合） 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(10)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。	820100797	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製)：悪性中皮腫を疑う患者		
				820100798	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製)：肺悪性腫瘍を疑う患者		
				820100799	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製)：胃癌を疑う患者		
				820100800	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製)：大腸癌を疑う患者		
				820100801	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製)：卵巣癌を疑う患者		
				820100802	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製)：悪性リンパ腫を疑う患者		
				820101305	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製)：乳癌を疑う患者		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			（セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色を肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫又は乳癌を疑う患者に対して実施した場合） 組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100328	実施困難理由(免疫染色病理組織標本作製):******		
598	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。	820100768	原発不明癌が疑われる患者		
				820100769	原発性脳腫瘍が疑われる患者		
				820100286	悪性リンパ腫が疑われる患者		
				820100287	悪性中皮腫が疑われる患者		
				820100288	肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)が疑われる患者		
				820100289	消化管間質腫瘍(GIST)が疑われる患者		
				820100290	慢性腎炎が疑われる患者		
				820100291	内分泌腫瘍が疑われる患者		
				820100292	軟部腫瘍が疑われる患者		
				820100293	皮膚の血管炎が疑われる患者		
				820100294	水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)が疑われる患者		
				820100295	悪性黒色腫が疑われる患者		
				820100296	筋ジストロフィーが疑われる患者		
				820100297	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。	830100329	医学的根拠(4種類以上抗体使用加算):******		
599	N002の3	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 3　HER2タンパク	（化学療法歴のある手術不能又は再発乳癌患者に対して、過去に乳癌に係る本標本作製を実施した場合であって、抗HER2ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判定するための補助に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、HER2低発現の確認により当該抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、本標本作製を再度行う場合） 再度免疫染色が必要である医学的な理由を記載すること。また、初回の標本作製の実施日を選択すること。	830100872	再度免疫染色が必要である医学的な理由(HER2タンパク(免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製)):******		
				820190498	初回の標本作製の実施日「令和6年3月30日以前」		
				820190499	初回の標本作製の実施日「令和6年3月31日以降」		
600	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。	830100121	併せて算定した理由及び医学的根拠(CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)):******		
601	N005-4	ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	（いずれか1つの目的で当該標本作製を実施した後に、別の目的で当該標本作製を実施した場合にあって、別に1回算定する場合） 医学的な必要性を記載すること。	830100873	医学的な必要性(ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製):******		
602	N005-5	BRAF V600E変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	（早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的として、実施した場合） 「D004－2」に掲げるマイクロサテライト不安定性検査、又は「N005－4」ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施した年月日を、記載すること。	850190242	マイクロサテライト不安定性検査実施年月日(BRAF　V600E変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190243	ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製実施年月日(BRAF　V600E変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
603	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。	830100331	検体を摘出した手術名(悪性腫瘍病理組織標本加算):******		
604		ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱い	（核酸増幅法の検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者について、胃粘膜に同感染症特有の所見が認められているなど、同感染症を強く疑う特有の所見がある場合に、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1項目に限り算定した場合） 医療上の必要性について記載すること。	830100874	医療上の必要性(核酸増幅法):******		
			（内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者及び内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者に対して実施した場合） 内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果を記載すること。また、健康診断として内視鏡を行った場合はその旨記載すること。	830100613	内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果:******		
				820100901	健康診断として内視鏡検査を実施		
			除菌前感染診断及び除菌後感染診断において、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対し再度検査を実施した場合は、各々の検査法及び検査結果について記載すること。	830100614	検査方法:******		
				830100615	検査結果:******		
			除菌後感染診断を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に除菌終了年月日を記載すること。	850100465	除菌終了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			静菌作用を有する薬剤を投与していた患者に対し、除菌前感染診断及び除菌後感染診断を実施する場合は、当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了年月日を記載すること。	850100466	薬剤投与中止年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100467	終了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			除菌後の感染診断を目的として抗体測定を実施する場合については、除菌前並びに除菌後の抗体測定実施年月日及び測定結果を記載すること。	850100468	抗体測定実施年月日(除菌前):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100469	抗体測定実施年月日(除菌後):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100616	測定結果:******		
605		長期収載品の選定療養に関する取扱い	（長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。）） 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。	820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため		
				820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため		
				820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため		
				820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		
606		プログラム医療機器の評価療養に関する取扱い	「器評」と記載し、当該プログラム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。	820000095	(器評)		
				820101251	第1段階承認後のプログラム医療機器		
				820101252	チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器		
607		プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム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。	820101253	(器選)		
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		
608	入所者診療	施設入所者自己腹膜	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	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
[illegible]	[illegible]	灌流薬剤料	と。	特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
609	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） その年月日及び時刻を記載すること。	850100295	介護保険の緊急時施設療養の算定年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100021	介護保険の緊急時施設療養の算定時刻		
610	入所者診療	配置医師による診療	「摘要」欄に「配」と表示して「診療日」を記載すること。	842100121	配置医師による診療日：*****		※
611	入所者診療	在宅患者訪問診療料又は施設入居時等医学総合管理料	（特別養護老人ホームの入所者のうち、在宅患者訪問診療料又は施設入居時等医学総合管理料を算定することができる場合） 以下のア又はイのいずれかに該当する場合 ア　当該患者が末期の悪性腫瘍である場合 イ　当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（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により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）	820101926	ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合		※
				820101927	イ 当該患者を当該特別養護老人ホームにおいて看取った場合		※

※「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。

※「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」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の〇の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
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	－	－	医科点数表の例により算定することと告示された項目については、医科の記載要領の別表Ⅰに準じて記載すること。		―		
3	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。	850100296	前回治療年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100332	初診理由：******		
4	A000	初診料 注9　地域歯科医療加算	歯科巡回診療車による巡回診療の内容を記載すること。	820101872	イ　都道府県等が設置している保険医療機関が歯科巡回診療車を所有している。		※
				820101873	ロ　都道府県の定める医療計画等に基づく巡回診療である。		※
				820101874	ハ　その他イ又はロに準ずるものである。		※
5	A000	初診料 注12　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。	830100333	特連紹介元保険医療機関名：******		
6	A000	初診料 注13　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。	830100334	特地紹介元保険医療機関名：******		
7	A000	初診料 注6　歯科診療特別対応加算1、2	（感染症患者に対して歯科診療特別対応加算1又は2を算定した場合） 患者の病名を選択して記載すること。	820101196	(ア)狂犬病		
				820101197	(イ)鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）		
				820101198	(ウ)エムポックス		
				820101199	(エ)重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）		
				820101200	(オ)腎症候性出血熱		
				820101201	(カ)ニパウイルス感染症		
				820101202	(キ)ハンタウイルス肺症候群		
				820101203	(ク)ヘンドラウイルス感染症		
				820101204	(ケ)インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）		
				820101205	(コ)後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）		
				820101206	(サ)麻しん		
				820101207	(シ)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症		
				820101208	(ス)RSウイルス感染症		
				820101209	(セ)カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症		
				820101210	(ソ)感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）		
				820101211	(タ)急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）		
				820101212	(チ)新型コロナウイルス感染症		
				820101213	(ツ)侵襲性髄膜炎菌感染症		
				820101214	(テ)水痘		
				820101215	(ト)先天性風しん症候群		
				820101216	(ナ)バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症		
				820101217	(ニ)バンコマイシン耐性腸球菌感染症		
				820101218	(ヌ)百日咳		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
				820101219	(ネ)風しん		
				820101220	(ノ)ペニシリン耐性肺炎球菌感染症		
				820101221	(ハ)無菌性髄膜炎(病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。)		
				820101222	(ヒ)薬剤耐性アシネトバクター感染症		
				820101223	(フ)薬剤耐性緑膿菌感染症		
				820101224	(ヘ)流行性耳下腺炎		
				820101225	(ホ)感染症法第6条第3項に規定する二類感染症		
				820101875	(マ)クロストリジオイデス・ディフィシル感染症		※
				820101876	(ミ)基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症		※
8	A000	歯科診療特別対応加算1、2及び3	診療時間を記載すること。	CA002 (301000470)	歯科診療特別対応加算1(初診)****分	○	
				CA003 (301000570)	歯科診療特別対応加算2(初診)****分	○	
				CA261 (301122870)	歯科診療特別対応加算3(初診)****分	○	
9	A002	再診料(同日再診) (同日電話再診)	(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、同日電話再診のうち該当するものを記載すること。	301003050	同日再診	○	
				301003250	同日病再診	○	
				301073250	同日再診(未届出)	○	
				301003150	同日電話等再診	○	
				301003350	同日電話等病再診	○	
				301073350	同日電話等再診(未届出)	○	
				301182510	同日再診料(診療所)(情報通信機器を用いた場合)	○	
				~~301182610~~	~~同日再診料(診療所・未届出)(情報通信機器を用いた場合)~~	~~○~~	
				301182810	同日再診料(病院)(情報通信機器を用いた場合)	○	
10	A002	再診料(電話再診)	電話再診に係る再診料の回数を記載すること(再掲)。	301002810	電話等再診	○	
				301002910	電話等病再診	○	
				301073110	電話等再診(未届出)	○	
				301003150	同日電話等再診	○	
				301003350	同日電話等病再診	○	
				301073350	同日電話等再診(未届出)	○	
				820101196	(ア)狂犬病		
				820101197	(イ)鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)		
				820101198	(ウ)エムポックス		
				820101199	(エ)重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)		
				820101200	(オ)腎症候性出血熱		
				820101201	(カ)ニパウイルス感染症		
				820101202	(キ)ハンタウイルス肺症候群		
				820101203	(ク)ヘンドラウイルス感染症		

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	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
11	A002	歯科診療特別対応 加算1、2	（感染症患者に対して歯科診療特別対応加算を算定した場合） 患者の病名を記載すること。	820101204	(ケ)インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)		
				820101205	(コ)後天性免疫不全症候群(ニューモシスチス肺炎に限る。)		
				820101206	(サ)麻しん		
				820101207	(シ)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症		
				820101208	(ス)RSウイルス感染症		
				820101209	(セ)カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症		
				820101210	(ソ)感染性胃腸炎(病原体がノロウイルスであるものに限る。)		
				820101211	(タ)急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)		
				820101212	(チ)新型コロナウイルス感染症		
				820101213	(ツ)侵襲性髄膜炎菌感染症		
				820101214	(テ)水痘		
				820101215	(ト)先天性風しん症候群		
				820101216	(ナ)バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症		
				820101217	(ニ)バンコマイシン耐性腸球菌感染症		
				820101218	(ヌ)百日咳		
				820101219	(ネ)風しん		
				820101220	(ノ)ペニシリン耐性肺炎球菌感染症		
				820101221	(ハ)無菌性髄膜炎(病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。)		
				820101222	(ヒ)薬剤耐性アシネトバクター感染症		
				820101223	(フ)薬剤耐性緑膿菌感染症		
				820101224	(ヘ)流行性耳下腺炎		
				820101225	(ホ)感染症法第6条第3項に規定する二類感染症		
				820101875	(マ)クロストリジオイデス・ディフィシル感染症		※
				820101876	(ミ)基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症		※
12	A002	歯科診療特別対応 加算1、2及び3	診療時間を記載すること。	CA015 (301001970)	歯科診療特別対応加算1(再診)****分	○	
				CA271 (301123970)	歯科診療特別対応加算2(再診)****分	○	
				CA272 (301124070)	歯科診療特別対応加算3(再診)****分	○	
13	A002	再診料 注13 情報通信機器を用 いた診療	特に情報通信機器を用いた歯科診療が必要な患者の状態を選択して記載すること。 なお、複数の状態に該当する場合は、該当する状態を全て記載すること。	820101226	イ　新型インフルエンザ等感染症等の発生時であって、保険医療機関での対面での診療が困難な状況において、歯科診療を必要とする患者		
				820101227	ロ　B000－4－2に掲げる小児口腔機能管理料の「注6~~5~~7」又はB000－4－3に掲げる口腔機能管理料の「注6~~5~~7」に規定する患者		
				820101228	ハ　B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料の(2)のロ及びトに規定する患者		
				302006410	がん性疼痛緩和指導管理料	○	
				302007810	がん患者指導管理料(歯科医師等の共同診療方針等を文書等で提供)	○	
				302007910	がん患者指導管理料(歯科医師・看護師が心理的不安軽減のため面接)	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
14	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、外来腫瘍化学療法診療料、遺伝性疾患療養指導管理料、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、こころの連携指導料（1）、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、がんゲノムプロファイリング評価提供料、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。	302008010	がん患者指導管理料（歯科医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等文書説明）	○	
				302008610	入院栄養食事指導料1（初回）	○	
				302008710	入院栄養食事指導料1（2回目）	○	
				302008810	入院栄養食事指導料2（初回）	○	
				302008910	入院栄養食事指導料2（2回目）	○	
				302006710	外来緩和ケア管理料	○	
				302006910	外来リハビリテーション診療料1	○	
				302007010	外来リハビリテーション診療料2	○	
				302007110	外来放射線照射診療料	○	
				302012210	外来腫瘍化学療法診療料1（イ）	○	
				302012310	外来腫瘍化学療法診療料1（ロ）	○	
				302012410	外来腫瘍化学療法診療料2（イ）	○	
				302012510	外来腫瘍化学療法診療料2（ロ）	○	
				302018510	外来腫瘍化学療法診療料3（イ）	○	
				302018710	外来腫瘍化学療法診療料3（ロ）	○	
				302022810	遺伝性疾患療養指導管理料（イ）	○	
				302022910	遺伝性疾患療養指導管理料（ロ）	○	
				~~302022710~~ 302005210	介護支援等連携指導料1	○	
				302022710	介護支援等連携指導料2	○	
				302007310	がん治療連携計画策定料1	○	
				302007410	がん治療連携計画策定料2	○	
				302005410	がん治療連携指導料	○	
				302007510	がん治療連携管理料（がん診療連携拠点病院）	○	
				302009110	がん治療連携管理料（地域がん診療病院）	○	
				302009210	がん治療連携管理料（小児がん拠点病院）	○	
				302012910	こころの連携指導料（1）	○	
				302004110	退院時共同指導料1（歯援診1又は歯援診2）	○	
				302004210	退院時共同指導料1（1以外）	○	
				302004310	退院時共同指導料2	○	
				302003510	退院時薬剤情報管理指導料	○	
				302013010	がんゲノムプロファイリング評価提供料	○	
				302003610	傷病手当金意見書交付料	○	
				302004810	医療機器安全管理料	○	
15	B000-4	歯科疾患管理料	有床義歯に係る口腔管理のみを行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載する。	820101879	有床義歯に係る口腔管理のみ		※

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
16	B000-4	歯科疾患管理料 注10　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。	830100335	総合医療管理加算紹介元保険医療機関名：******		
17	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料1	（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。	830100336	周計依頼元保険医療機関名：******		
18	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料2	（他の保険医療機関で策定した管理計画を修正した場合） 変更前の管理計画書を策定した保険医療機関名を記載すること。	~~830100964~~ 830100994	周計管理計画策定保険医療機関名：******		※
19	B000-6 B000-7	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ） 周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）	手術の実施年月日又は予定年月日を記載すること。 （「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。	850100298	周1（手術後）手術等実施年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100300	周2（手術後）手術等実施年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100302	周1（手術前）手術等予定年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100304	周2（手術前）手術等予定年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100379	脳卒中等の術後早期に口腔機能管理の依頼		
20	B000-8	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)	がん等に係る放射線治療又は化学療法の実施年月日又は予定年月日を記載すること。	850100470	放射線治療等実施年月日（周3）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100306	放射線治療等予定年月日（周3）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			緩和ケアの場合はその旨を記載すること。	820101015	緩和ケア（周3）		
			集中治療室での治療後の一連の治療を実施している患者の場合はその旨を記載すること。	820101327	集中治療室（周3）		
			（長期管理加算を算定する場合） B000－5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850190244	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日（周3（長期管理加算））：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
21	B000-9	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)	がん等に係る放射線治療又は化学療法の実施年月日又は予定年月日を記載すること。	850190277	放射線治療等実施年月日（周4）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850190278	放射線治療等予定年月日（周4）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			緩和ケアの場合はその旨を記載すること。	820101328	緩和ケア（周4）		
			集中治療室での治療又はその後の一連の治療を実施している患者の場合はその旨を記載すること。	820101329	集中治療室（周4）		
			（長期管理加算を算定する場合） B000－5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850190246	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日（周4（長期管理加算））：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
22	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料1	（リハビリテーション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。	830100875	回計依頼元保険医療機関名：******		
23	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料2	（他の保険医療機関で策定した管理計画を修正した場合） 変更前の管理計画書を策定した保険医療機関名を記載すること。	~~830100964~~ 830100995	回計管理計画策定保険医療機関名：******		※
24	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。	830100337	共計主治医の保険医療機関名：******		
25	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。	850100307	薬初回算定年月：(元号)yy″年″mm″月″		
26	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。	830100338	悪性腫瘍特異物質治療管理料検査名：******		
27	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。	830100339	医管医科の主病名：******		
			（在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療を算定している場合（歯周病継続支援治療を算定した日を除く。）） 当該管理料の要件に該当する患者であって、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療の包括範囲に含まれ個別の算定ができない項目に該当する処置を行った日に当該管理料を算定する場合は、実際に行った処置の項目を記載すること。	830100876	実際に行った処置の項目（歯科治療時医療管理料）：******		
			（区分番号B004-6-2の「注1」に掲げる処置等を開始し、必要な医学管理を行っている際に、患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった場合） 患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった旨を記載すること。	820101229	患者の容体の急変等によりやむを得ず処置等を中止（歯科治療時医療管理料）		
28	B005	開放型病院共同指導料（Ⅰ）	入院日を記載すること。	850100308	開1入院年月日：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
29	B006-4	歯科遠隔連携診療料	連携先の保険医療機関名を記載すること。	830100877	歯科遠隔連携診療料連携先保険医療機関名：******		
30	B007	退院前訪問指導料	（退院前訪問指導料を2回算定する場合） それぞれの訪問指導日を記載すること。	850100309	退院前訪問指導年月日：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
31	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。	算定日情報	(算定日)	○	
				830100340	薬管1(安全管理を要する医薬品投与患者)薬剤名:******		
32	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。	算定日情報	(算定日)	○	
33	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。	850100310	麻加指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
34	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。	842100062	薬剤総合評価調整管理料調整前後の種類数:******		
				830100461	薬剤総合評価調整管理料他の保険医療機関名:******		
35	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。	830100341	情1情報提供先:******		
36	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。	850100311	情1加1退院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
37	B009	診療情報提供料(Ⅰ) 注8 検査・画像情報提供加算 イ	退院日を記載すること。	850100312	検査・画像情報提供加算(退院患者の必要な情報を提供)退院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
38	B011	診療情報等連携共有料	(診療情報等連携共有料1を算定する場合) 連携先の保険医療機関名又は保険薬局名を記載すること。	830100342	診療情報等連携共有料連携先保険医療機関名:******		
				830100878	診療情報等連携共有料連携先保険薬局名:******		
			(診療情報等連携共有料2を算定する場合) 依頼元保険医療機関名を記載すること。	830100879	診療情報等連携共有料依頼元保険医療機関名:******		
39	B011-2	連携強化診療情報提供料	(妊娠中の場合) 妊娠中である旨を記載すること。	820100579	妊娠中(連携強化診療情報提供料)		
40	B011-4	退院時薬剤情報管理指導料	退院日を記載すること。	850100313	退院時薬剤情報管理指導料退院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
41	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。	850100089	交付年月日(傷病手当金意見書交付料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(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。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)	○	
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)	○	
42	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。	830100343	義管装着部位:******		
43	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。	830100344	退院時共同指導料1保険医療機関名:******		
				830100345	退院時共同指導料1病名:******		
				820100303	1回目(退院時共同指導料1)		
44	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。	830100346	退院時共同指導料2保険医療機関名:******		
				830100347	退院時共同指導料2指導参画者の職種:******		
				850100314	退院時共同指導料2指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
45	C000	歯科訪問診療料	訪問診療を行った日付、実施時刻(開始時刻と終了時刻)、訪問先名(記載例:自宅、○○マンション、介護老人保健施設××苑)及び患者の状態を記載すること。 なお、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第2部C000歯科訪問診療料の(10)に該当し、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3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。	853100010	歯科訪問診療日及び開始時刻:dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100011	歯科訪問診療日及び終了時刻:dd"日"hh"時"mm"分"		
				830100348	訪問診療訪問先名:******		
				830100349	訪問診療患者の状態:******		
				820100382	(10)容体が急変し、やむを得ず治療中断		
				CC001 (303000370)	患家診療時間加算(歯科訪問診療)	○	
				CC002 (303000470)	歯科診療特別対応加算1(歯科訪問診療料)	○	

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	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
46	C000	歯科訪問診療料 注8　患家診療時間加算 注9　歯科診療特別対応加算 注10　緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算	（患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算がある場合） 全体の「その他」欄に患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算である旨を記載すること。	CC003 （303000570）	歯科診療特別対応加算2（歯科訪問診療料）	○	
				CC084 （303013870）	歯科診療特別対応加算3（歯科訪問診療料）	○	
				CC004 （303000670）	緊急歯科訪問診療加算（歯科訪問診療1）	○	
				CC005 （303000770）	緊急歯科訪問診療加算（歯科訪問診療2）	○	
				CC028 （303004770）	緊急歯科訪問診療加算（歯科訪問診療3）	○	
				CC086 （303014070）	緊急歯科訪問診療加算（歯科訪問診療4）	○	
				CC087 （303014170）	緊急歯科訪問診療加算（歯科訪問診療5）	○	
				CC006 （303000870）	夜間歯科訪問診療加算（歯科訪問診療1）	○	
				CC007 （303000970）	夜間歯科訪問診療加算（歯科訪問診療2）	○	
				CC029 （303004870）	夜間歯科訪問診療加算（歯科訪問診療3）	○	
				CC088 （303014270）	夜間歯科訪問診療加算（歯科訪問診療4）	○	
				CC089 （303014370）	夜間歯科訪問診療加算（歯科訪問診療5）	○	
				CC008 （303001070）	深夜歯科訪問診療加算（歯科訪問診療1）	○	
				CC009 （303001170）	深夜歯科訪問診療加算（歯科訪問診療2）	○	
				CC030 （303004970）	深夜歯科訪問診療加算（歯科訪問診療3）	○	
				CC090 （303014470）	深夜歯科訪問診療加算（歯科訪問診療4）	○	
				CC091 （303014570）	深夜歯科訪問診療加算（歯科訪問診療5）	○	
47	C000	歯科訪問診療料 注11　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。	830100350	地域医療連携体制加算（歯科訪問診療料）連携保険医療機関名：******		
48	C000	歯科訪問診療料 注12　特別歯科訪問診療料	滞在時間（島に上陸したときから離島するまでの時間）を記載すること。	CC013 （303001570）	滞在時間加算（1号地域）****分	○	
49	C000	歯科訪問診療料 注18　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。	850100315	歯科訪問診療移行加算外来最後受診年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
50	C000	歯科訪問診療料 注19　通信画像情報活用加算	歯科医師が口腔内を観察した際の訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士等が行う場合）、居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）又は介護予防居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）を算定した年月日を記載すること。	850100398	訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士等が行う場合）算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100485	居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100484	介護予防居宅療養管理指導費（歯科衛生士等が行う場合）算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
51	C001	訪問歯科衛生指導料	訪問歯科衛生指導を行った日付及び指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載すること。	853100012	訪問歯科衛生指導日及び開始時刻：dd″日″hh″時″mm″分″		
				853100013	訪問歯科衛生指導日及び終了時刻：dd″日″hh″時″mm″分″		
			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。	842100063	訪衛指単一建物診療患者数：******		
				820100094	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		
				820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100304	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		
				820100305	当該建築物戸数が~~20~~20戸未満で訪衛指を算定するものが~~2~~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。	850100316	歯科訪問診療料前回算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
			緩和ケアの場合はその旨を記載すること。	820101330	緩和ケア（訪衛指）		
				820100306	居宅療養管理指導費		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
52	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。	820100307	介護予防居宅療養管理指導費		
				850100317	居宅療養管理指導費算定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100318	介護予防居宅療養管理指導費算定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合に、歯科疾患在宅療養管理料を算定したものとみなす場合) 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に、歯科疾患在宅療養管理料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。	850100319	居宅療養管理指導費前回算定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100320	介護予防居宅療養管理指導費前回算定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
53	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 在宅歯科医療連携加算1 注6 在宅歯科医療連携加算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。 (在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合) 提供元の保険医療機関又は介護保険施設等の名称を記載すること。	830100351	在歯総医紹介元保険医療機関名;******		
				830100880	在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名;******		
				830100881	在宅歯科医療連携加算2提供元介護保険施設等名;******		
54	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。	830100354	在歯管医科主病名;******		
			(在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療を算定している場合(歯周病継続支援治療を算定した日を除く。)) 当該管理料の要件に該当する患者であって、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療の包括範囲に含まれ個別の算定ができない項目に該当する処置を行った日に当該管理料を算定する場合は、実際に行った処置の項目を記載すること。	830100882	実際に行った処置の項目(在宅患者歯科治療時医療管理料);******		
			(区分番号B004-6-2の「注1」に掲げる処置等を開始し、必要な医学管理を行っている際に、患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった場合) 患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった旨を記載すること。	820101230	患者の容体の急変等によりやむを得ず処置等を中止(在宅患者歯科治療時医療管理料)		
55	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 在宅歯科医療連携加算1 注7 在宅歯科医療連携加算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。 (在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合) 提供元の保険医療機関又は介護保険施設等の名称を記載すること。	853100014	訪問口腔リハ実施日及び開始時刻(在宅患者訪問口腔リハ);dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100015	訪問口腔リハ実施日及び終了時刻(在宅患者訪問口腔リハ);dd"日"hh"時"mm"分"		
				830100880	在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名;******		
				830100881	在宅歯科医療連携加算2提供元介護保険施設等名;******		
56	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。 (小児在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合) 提供元の保険医療機関又は障害児入所施設等の名称を記載すること。	853100016	小訪問口腔リハ開始日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100017	小訪問口腔リハ終了日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				830100883	小児在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名;******		
				830100884	小児在宅歯科医療連携加算2提供元障害児入所施設等名;******		
57	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料	(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1を算定する場合) 連携先の保険医療機関の名称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。	830100885	連携先保険医療機関名(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1);******		
				850190247	カンファレンス等の参加年月日(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2を算定する場合) 介護保険施設等の名称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。	830100886	連携先介護保険施設等名(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2);******		
				850190248	カンファレンス等の参加年月日(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3を算定する場合) 障害児入所施設等の名称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。	830100887	連携先障害児入所施設等名(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3);******		
				850190249	カンファレンス等の参加年月日(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
58	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。	830100357	在宅患者連携指導料情報共有先保険医療機関名等;******		
				850100325	在宅患者連携指導料指導年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
59	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。	830100358	在宅患者緊急時等カンファレンス料訪問先;******		
				830100359	在宅患者緊急時等カンファレンス料参加保険医療機関名等;******		
				850100326	在宅患者緊急時等カンファレンス料実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100327	在宅患者緊急時等カンファレンス料指導年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
60	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。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
61	D 002	歯周病検査	(歯周病継続支援治療に規定する状態に該当しなくなったことにより、別の治療を行う必要がある場合) SPT中断年月日を記載すること。	850100596	SPT中断年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
62	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。	830100360	P部検部位；******		
			歯科インプラント摘出術のために歯周病部分検査を行った場合は、その旨を記載すること。	820101880	歯科インプラント摘出術前の検査		※
63	D002-6	口腔細菌定量検査2	前回の算定年月を記載すること。（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850190250	前回の算定年月（口腔細菌定量検査2）；（元号）yy″年″mm″月″		
				820190500	初回（口腔細菌定量検査2）		
64	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。	820100308	MMG		
				820100309	ChB		
				820100310	GoA		
				820100311	Ptg		
			（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。	830100361	顎運動関連検査必要性；******		
65	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。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該検査を行った部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100362	歯冠補綴時色調採得検査部位；******		
66	D011	有床義歯咀嚼機能検査	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1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。	820100770	イ　総義歯又は9歯以上の局部義歯を装着する場合		
				820100314	ロ　PAPを装着する場合		
				820100315	ハ　広範囲顎骨支持型装置埋入手術の（5）に準じる場合		
				820100316	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		
				820100317	ホ　口蓋補綴、顎補綴を装着する場合		
			（新製有床義歯装着日より後に算定する場合） 新製有床義歯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。	850100328	有床義歯咀嚼機能検査1（下顎運動測定と咀嚼能力測定を併施）年月；（元号）yy″年″mm″月″		
				850100388	有床義歯咀嚼機能検査2（下顎運動測定と咬合圧測定を併施）年月；（元号）yy″年″mm″月″		
				850100329	新製有床義歯等装着年月；（元号）yy″年″mm″月″		
				850100471	有床義歯咀嚼機能検査1（咀嚼能力測定のみ実施）年月；（元号）yy″年″mm″月″		
				850100472	有床義歯咀嚼機能検査2（咬合圧測定のみ実施）年月；（元号）yy″年″mm″月″		
67	D011-2	咀嚼能力検査1	前回の算定年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850190251	前回の算定年月（咀嚼能力検査1）；（元号）yy″年″mm″月″		
				820190501	初回（咀嚼能力検査1）		
68	D011-2	咀嚼能力検査2	手術前である旨又は手術後の直近の算定年月を記載すること。	850190252	手術後の直近の算定年月（咀嚼能力検査2）；（元号）yy″年″mm″月″		
				820190502	手術後初回（咀嚼能力検査2）		
				820101231	手術前（咀嚼能力検査2）		
69	D011-3	咬合圧検査1	前回の算定年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850190253	前回の算定年月（咬合圧検査1）；（元号）yy″年″mm″月″		
				820190503	初回（咬合圧検査1）		
70	D011-3	咬合圧検査2	手術前である旨又は手術後の直近の算定年月を記載すること。	850190254	手術後の直近の算定年月（咬合圧検査2）；（元号）yy″年″mm″月″		
				820190504	手術後初回（咬合圧検査2）		
				820101232	手術前（咬合圧検査2）		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
71	D011-5	口腔粘膜湿潤度検査	前回の算定年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850100597	前回の算定年月（口腔粘膜湿潤度検査）：（元号）yy"年"mm"月"		※
				820101881	初回（口腔粘膜湿潤度検査）		※
72	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	口腔機能の低下が疑われる場合		
				820100319	PAPを装着する場合または予定している場合		
				820100320	広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる場合		
				820100321	口蓋補綴、顎補綴を装着する場合		
				820101317	口腔機能の発達不全が疑われる場合		
73	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。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
74	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）、歯科用3次元エックス線断層撮影及び歯科部分パノラマ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。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示。）	○	
75	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。	853100018	時間外緊急院内画像診断加算撮影開始日時（時間外緊急院内画像診断加算）：dd"日"hh"時"mm"分"		
			（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		
76	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	830100363	基エ（4週以内）：******		
				830100364	基エ（4週超）：******		
77	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。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
78	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。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
			（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。	630010002	薬剤料逓減（90／100）（内服薬）	○	
			（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。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
			（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。	840000006	退院時　　日分投薬		
			（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。）	830100365	ビタミン剤の投与趣旨：******		
			（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。	830100366	長期投与理由：******		
79	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。	850100331	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った診療年月日：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100369	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った理由：******		
80	G	注射	（皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射の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。 （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。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
				医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	

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	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
81	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。	850100332	血漿（点滴）1回目実施年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
82	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。	850100333	血漿（中心静脈注射）1回目実施年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
83	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。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
84	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	830100372	リハ選；******		
85	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。	853100019	摂食機能療法開始日時（摂食機能療法）；dd″日″hh″時″mm″分″		
				853100020	摂食機能療法終了日時（摂食機能療法）；dd″日″hh″時″mm″分″		
86	H001	摂食機能療法 注3 摂食嚥下機能回復体制加算	連携している医師名を記載すること。	830100373	摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）連携医師名；******		
87	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。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
88	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・手術の「その他」欄に処置名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
89	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。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
90	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)のイからハまでのいずれに該当するかを記載すること。	820100910	イ　一次性咬合性外傷の場合		
				820100911	ロ　二次性咬合性外傷の場合		
				820100912	ハ　歯冠形態修正の場合		
91	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。	830100376	抜歯前提の消炎目的の根管拡大部位；******		
			（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。	850100334	感根処前回歯冠修復完了年月日；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
92	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。	830100377	根貼実施部位の状態；******		
				850100335	根貼初回年月；（元号）yy″年″mm″月″		
			（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。	830100378	抜歯前提の消炎目的の根管拡大後の根管貼薬部位；******		
93	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	暫間根充		
				820100330	暫間根充後の根充		
94	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（加圧根管充填処置）		
			（加圧根管充填処置と異日にエックス線撮影を行い根管充填の状態を確認した場合） 特別な理由を記載すること。	830100888	加圧根管充填処置と異日にエックス線撮影を行う特別な理由（加圧根管充填処置）；******		
95	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、連携する保険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） 撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100379	手術用顕微鏡加算（加圧根管充填処置）撮影保険医療機関名；******		
96	I009-7	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。	830100251	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度測定結果（ハイフローセラピー）；		
			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	830100380	P処部位；******		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
97	I010	歯周病処置	は、部位のみを記載すること。	医薬品コード	（　医薬品名を表示。）	○	
			（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病処置を行う場合） 初回の年月日及び紹介元保険医療機関名を記載。	850100336	P処初回年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100381	P処紹介元保険医療機関名：******		
98	I011-2	歯周病継続支援治療	前回の歯周病継続支援治療の実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850100337	SPT前回実施年月：（元号）yy″年″mm″月″		
				820190337	初回（~~SPT~~SPT）		
			（歯周病継続支援治療の治療間隔が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歯周病継続支援治療の（3）のイからト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。	820100331	イ　歯周外科手術を実施した場合		
				820100332	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		
				820101233	ハ　糖尿病の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合		
				820100333	ニ　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		
				820100334	ホ　侵襲性歯周炎の場合		
				820101882	ヘ　特別管理加算を算定した場合		※
				820101883	ト　地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定した患者であって、遺伝疾患の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合		※
99	I011-2	重症化予防連携強化加算	（糖尿病の病態によって歯周病の重症化を引き起こすおそれのある患者に対して、歯周病継続支援安定期治療を実施し、他の保険医療機関の主治の医師に治療した内容、今後の治療方針等について情報提供を行った場合） 初回の年月日及び紹介元保険医療機関名を記載。	850190272	SPT初回年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100917	SPT紹介元保険医療機関名：*******		
100	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。）及び歯周外科手術の予定の有無を記載すること。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。	830100383	暫間固定部位：*******		
				830100384	暫間固定方法：*******		
				850190047	暫間固定前回実施年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○	
				820190047	1回目（暫間固定）		
				820100335	歯周外科手術の予定あり		
				820100336	歯周外科手術の予定なし		
				820100337	歯周外科手術未定		
				820100776	術後1回目（暫間固定）		
101	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）のイからル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	イ　顎関節治療用装置		
				820100340	ロ　歯ぎしりに対する口腔内装置		
				820100341	ハ　顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床		
				820100342	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		
				820100343	ホ　手術に当たり製作したサージカルガイドプレート		
				820100344	ヘ　腫瘍等による顎骨切除後、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		
				820100345	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		
				820100346	チ　不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置		
				820100347	リ　放射線治療に用いる口腔内装置		
				820101234	ヌ　外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置（日常生活時の外傷歯の保護を目的とするもの）		
				820101235	ヌ　外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置（運動時の外傷歯の保護を目的とするもの）		
				820101884	ル　歯周治療用装置（床義歯形態）		※
				850100394	口腔内装置手術予定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
				830100462	口腔内装置手術を行う保険医療機関名;******		
			(ヌ　外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置を算定する場合) 当該外傷の受傷年月日を記載すること。	850190274	外傷受傷年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(口腔内装置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) 「令和　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」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求　装着物の種類;******		
				850100348	未来院請求　装着予定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求　装着できなくなった理由;******		
102	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。)	830100385	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;******		
				830100468	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置院内紹介元担当科名;******		
			(睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置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) 「令和　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」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求　装着物の種類;******		
				850100348	未来院請求　装着予定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求　装着できなくなった理由;******		
103	I017-1-3	舌接触補助床	(舌接触補助床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) 「令和　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」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求　装着物の種類;******		
				850100348	未来院請求　装着予定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求　装着できなくなった理由;******		
104	I017-1-4	術後即時顎補綴装置	(術後即時顎補綴装置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) 「令和　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」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求　装着物の種類;******		
				850100348	未来院請求　装着予定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求　装着できなくなった理由;******		
105	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等の部位及び種類を記載すること。なお、「傷病名部位」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」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100386	除去部位;******		
				830100387	除去した歯冠修復・補綴物等の種類;******		
106	I021	根管内異物除去 注　手術用顕微鏡加算	(手術用顕微鏡加算において、連携する保険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) 撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100388	歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した保険医療機関名等;******		
107	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。	830100389	心身医学療法医科保険医療機関名等;******		
				850100341	心身医学療法紹介年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100390	心身医学療法治療内容の要点;******		
				850100342	心身医学療法実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100033	心身医学療法開始時刻		
				851100034	心身医学療法終了時刻		
108	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。	850100343	術口衛手術年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100344	術口衛手術予定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100391	術口衛手術名;******		
			(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。	850100345	術口衛2前回算定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(I030機械的歯面清掃処置の留意事項通知(3)に規定している患者以外の場合) 前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850100346	歯清前回実施年月;(元号)yy"年"mm"月"		
				820190346	初回(歯清)		
			(歯科診療特別対応加算を算定した場合) 歯科診療特別対応加算を算定した旨を記載すること。	820100779	歯科診療特別対応加算算定後		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
109	I030	機械的歯面清掃処置	（根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合） 根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨、特に機械的歯面清掃が必要と認められる理由を記載すること。	820101304	口管強（歯清）		
				830100918	特に機械的歯面清掃が必要と認められる理由；******		
			（エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合） エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載すること。	820101304	口管強（歯清）		
			（妊娠中の場合） 妊娠中である旨を記載すること。	820100348	妊娠中（歯清）		
			（糖尿病の場合） 糖尿病である旨を記載すること。	820100789	糖尿病（歯清）		
110	I031	フッ化物歯面塗布処置	（フッ化物歯面塗布処置の「１ う蝕多発傾向者の場合」又は「２ 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合） 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850100347	F局前回実施年月；（元号）yy″年″mm″月″		
			（フッ化物歯面塗布処置の「３ エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」（エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者を除く）を算定した場合） 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	820190347	初回（F局）		
			（レジン充填又はインレー修復による治療を行った歯について、充填等による治療を行った月の翌月以降に、充填等を行った歯面と異なる歯面にエナメル質初期う蝕が認められた場合） 充填等が行われた歯面とエナメル質初期う蝕の管理を行う歯面をそれぞれ記載する。	830100889	充填等が行われた歯面（フッ化物歯面塗布処置）；******		
				830100890	エナメル質初期う蝕の管理を行う歯面（フッ化物歯面塗布処置）；******		
			（エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者に対して、フッ化物歯面塗布処置の「３ エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合） エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載すること。	820101319	口管強（F局）		
111	I090	薬剤（処置）	（生活歯髄切断又は抜髄を行い、区分番号I090により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。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
112	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。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
113	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。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
114	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） 処置・手術の「その他」欄に手術名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
115	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。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
116	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。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
117	J000	抜歯手術	（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。	820100349	完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止		
			（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。	820100350	患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止		
			（上記以外の理由により抜歯を中止した場合） その他を選択し、その理由を記載すること。	830100392	抜歯手術中止理由；******		
118	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。	830100393	根切部位；******		
			（連携する保険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） 撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100394	根切（歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡）歯科CT装置撮影保険医療機関 名；******		
119	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。	830100395	歯の再植術部位；******		
120	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手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。	830100396	歯の再植による根尖病巣の治療部位；******		
				830100397	歯の再植による根尖病巣の治療算定理由；******		
121	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。	830100398	歯の移植手術部位；******		
122	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		
				830100399	口腔内消炎手術に係る抜歯部位；******		
				310011610	掻爬術	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
123	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。	310011710	新付着手術	○	
				310011810	GEct	○	
				310011910	FOp	○	
				310012010	GTR（一次手術）	○	
				310012110	GTR（二次手術）	○	
				310013010	歯肉歯槽粘膜形成手術（歯肉弁根尖側移動術）	○	
				310013110	歯肉歯槽粘膜形成手術（歯肉弁歯冠側移動術）	○	
				310013210	歯肉歯槽粘膜形成手術（歯肉弁側方移動術）	○	
				310013310	歯肉歯槽粘膜形成手術（遊離歯肉移植術）	○	
				310013410	歯肉歯槽粘膜形成手術（口腔前庭拡張術）	○	
				310037510	歯肉歯槽粘膜形成手術（結合組織移植術）	○	
				830100400	歯周外科手術部位；******		
			（歯周病の治療を目的としない歯周外科手術を行う場合） 当該手術の目的を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った目的が明らかに特定できる場合は、目的の記載を省略して差し支えない。	830100919	歯周外科手術を行う目的；******		
124	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。	CJ027 （310030670）	手術歯根（FOp又はGTR）	○	
125	J090	皮膚移植術（生体・培養）	皮膚移植者の診療報酬明細書の「摘要」欄に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。	310021070	提供者の療養上の費用（皮膚移植術）	○	
126	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。	830100401	特イ術部位；******		
			（当該手術の実施範囲が4歯相当未満である場合） 顎堤欠損の原因となった疾患名を記載すること。	830100402	特イ術疾患名；******		
127	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。	830100403	特イ掻部位；******		
128	J111	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	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。	830100920	歯頭頸悪光部位；******		
129	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	BJ005 （310036210）	レーザー機器加算1	○	
				BJ006 （310036310）	レーザー機器加算2	○	
				BJ007 （310036410）	レーザー機器加算3	○	
130	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。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
131	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	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示。）	○	

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	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
132	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。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
				医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
133	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。	診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
134	K（通知 通則）	麻酔薬剤	使用した酸素又は窒素、地方厚生（支）局長に届け出た購入単価（単位　銭）（酸素のみ）、当該請求に係る使用量（単位　リットル）を麻酔の「その他」欄に記載すること。なお、酸素の請求は、Ⅱの第3の2(20)のクの（イ）のfと同様とする。	特定器材コード	（特定器材名を表示。）	○	※
135	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、使用した窒素請求は当該請求に係る使用量（単位　リットル）を記載。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示。）	○	
136	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。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
			静脈内鎮静法が必要な理由を記載すること。	830100891	静脈内鎮静法が必要な理由（静脈内鎮静法）:******		
137	K005	歯科吸入麻酔又は 歯科静脈麻酔（Ⅰ）	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。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	※
			吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由を記載すること。	830100966	吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由（歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅰ））:******		※
138	K006	歯科吸入麻酔又は 歯科静脈麻酔（Ⅱ）	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。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	※
			吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由を記載すること。	830100967	吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由（歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ））:******		※
139	K100	薬剤（麻酔）	麻酔の「その他」欄に医薬品名を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示。）	○	
140	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） 「令和　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又はクラスプ等を有する咬合床を用いて咬合採得を行う前に、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） 欠損歯数と補綴歯数の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」欄に装着物の種類及び部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。 （クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生（支）局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合） 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に診療行為名を記載すること。 （歯根分割を行った歯に歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合） 分割抜歯を行った部位を記載すること。	未来院請求コード 「01」	（「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（歯科用）」の別表12に収載するコード） 未来院請求	○	
				830100404	未来院請求　装着物の種類:******		
				850100348	未来院請求　装着予定年月日:（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100405	未来院請求　装着できなくなった理由:******		
				830100406	未来院請求後　装着物の種類:******		
				850100349	未来院請求　装着（又は試適）予定年月日:（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100409	やむを得ない場合　装着物の種類:******		
				850100350	やむを得ない場合　装着（又は試適）予定年月日:（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100410	やむを得ない場合　装着できなくなった理由:******		
				820100358	欠損歯数と補綴歯数の不一致		
				830100411	歯冠修復及び欠損補綴部位:******		
				診療行為コード	（診療行為名を表示。）	○	
				830100892	分割抜歯を行った部位:******		
141	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） 当該装置に係る当該診断料の前回実施年月日（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	850190048	補診前回実施年月日:（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				820101016	初回（補診）		
142	M000	補綴時診断料 注3　歯科技工士 連携加算1 注4　歯科技工士 連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から補綴時診断の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100968	補綴時診断の部位:******		※
143	M000-2	クラウン・ブリッジ 維持管理料	装着日から2年を経過するまでの間に、やむを得ず再製作する場合は、算定の理由を記載すること。	~~820100355~~ 830100996	再製作による算定の理由:******		
144	M001	歯冠形成　3　窩洞 形成 注9 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」欄への記載は省略して差し支えない。	830100412	う蝕無痛（KP）部位:******		

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	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
145	M001-2	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」欄への記載は省略して差し支えない。	830100413	う蝕無痛（充形）部位：******		
146	M001-4	補綴前処置	実施した前処置の内容を記載すること。	820101885	レストシート		※
				820101886	ガイドプレーン		※
				820101887	リカントゥアリング		※
				830100969	その他前処置：******		※
			修理を行った有床義歯に対して、再度の義歯修理を行う場合は、前回算定年月日を記載すること。	850100598	補綴前処置前回算定年月日：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″		※
147	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。	830100617	ファイバーポスト部位：******		
				DM110 （313029520）	ファイバーポスト******本	○	
			（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		
148	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。	診療行為コード	（診療行為名称を表示）	○	
149	M003	印象採得 注1　歯科技工士連携加算1 注2　歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から印象採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100893	印象採得部位：******		
150	M003－2	暫間歯冠補綴装置	いずれに該当するかを記載すること。	820101888	イ　テンポラリークラウン又はリテーナー		※
				820101889	ロ　歯周治療用装置（冠形態）		※
				820101890	ハ　暫間固定（レジン連続冠固定法による連結固定）		※
				820101891	ニ　歯科用暫間被覆冠成形品による暫間的な連結固定		※
			ロの再製作を行った場合、前回の算定年月を記載すること。	850100599	前回の算定年月（ロ）：（元号）yy″年″mm″月″	○	※
151	M003－4	光学印象 注3　歯科技工士連携加算1 注4　歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から印象採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100894	光学印象部位：******		
152	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、記載を省略して差し支えない。	830100414	再装着部位：******		
153	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。	診療行為コード	（診療行為名称を表示）	○	
154	M006	咬合採得 注1　歯科技工士連携加算1 注2　歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から咬合採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100895	咬合採得部位：******		
155	M007	仮床試適 注1　歯科技工士連携加算1 注2　歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から仮床試摘の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100896	仮床試適部位：******		
156	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。	830100415	同一歯の複数窩洞に対する充填部位：******		
157	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。	820100353	永久歯代行		
			（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。	830100416	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復部位：******		
				820100354	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復		
			（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。	830100417	14Kを用いた金属歯冠修復部位：******		
				DM019 （313010920）	14K（インレー（複））	○	
				DM020 （313011020）	14K（3／4冠）	○	
158	M010-3	接着冠	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、記載を省略して差し支えない。	830100422	接着冠部位：******		
159	M011	レジン前装金属冠	（後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してレジン前装金属冠を用いた歯冠修復を行った場合） 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
160	M015	非金属歯冠修復 2　硬質レジンジャ	（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。	830100418	硬ジ紹介元保険医療機関名：******		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
[illegible]	[illegible]	2 硬質レジンジャケット冠	（後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して硬質レジンジャケット冠を用いた歯冠修復を行った場合） 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
161	M015-2	CAD／CAM冠	（後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してCAD／CAM冠を用いた歯冠修復を行った場合） 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		※
162	M015-3	CAD／CAMインレー	（後継永久歯が先天的に欠如している乳臼歯に対してCAD／CAMインレーを用いた歯冠修復を行った場合） 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		※
163	M016-2	小児保隙装置 1 固定式保隙装置	装置の種類を選択して記載すること。	820100782	クラウンループ		
				820100783	バンドループ		
164	M016-2	小児保隙装置 2 可撤式保隙装置	いずれに該当するかを記載すること。	820101893	イ 両側性の乳臼歯を早期喪失した場合		※
				820101894	ロ 片側性の2歯以上の乳臼歯を早期喪失した場合		※
				820101895	ハ 片側性の乳臼歯1歯欠損であっても、支台歯に加重負担をきたす可能性がある場合		※
				820101896	ニ 乳前歯を早期喪失した場合		※
				820101897	ホ 永久歯を早期喪失し、将来の補綴処置に備えて保隙を行う必要がある場合		※
165	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。	820100355	事前承認		
			（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。	830100420	Brに係るフィルム料等の算定理由：******		
			（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。	830100421	Brに係る中切歯の状態等：******		
			（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、犬歯が低位唇側転位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） 低位唇側転位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。	820100784	低位唇側転位の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致		
166	M017-2	高強度硬質レジンブリッジ	（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臼歯部1歯中間欠損に使用する場合） 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100618	HRBr紹介元保険医療機関名：******		
167	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。	820100356	残根上義歯		
			（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。	830100423	小児義歯装着部位：******		
				830100424	小児義歯が必要な疾患名：******		
				830100425	小児義歯が必要な理由：******		
			（有床義歯を1～2日で製作し装着する場合） 当該有床義歯の製作方法及び1～2日で製作し装着することが必要となった理由及び製作方法を記載すること。	830100906	有床義歯の製作方法：******		
				830100907	有床義歯を1～2日で製作し装着することが必要な理由：******		
			（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)のニ又はホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359	ニ 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		
				830100426	ホ その他特別な場合：******		
			（1顎に2床以上の局部義歯を装着した場合） 1顎の床数を記載すること。	842100115	1顎の床数（有床義歯）：******		
168	M018-2	3次元プリント有床義歯	（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。	820100356	残根上義歯		※
			（有床義歯を1～2日で製作し装着する場合） 1～2日で製作し装着することが必要となった理由を記載すること。	830100907	有床義歯を1～2日で製作し装着することが必要な理由：******		※
			（前回有床義歯を算定した日から6月が経過していない場合であって新たに有床義歯の算定を行った場合） 「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)のニ又はホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359	ニ 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		※
				830100426	ホ その他特別な場合：******		※
			（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。	820100356	残根上義歯		
			（有床義歯を1～2日で製作し装着する場合）	~~830100991~~ 830100906	有床義歯の製作方法：******		※

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
169	M019	熱可塑性樹脂有床義歯等	1～2日で製作し装着することが必要となった理由を記載すること。	830100907	有床義歯を1～2日で製作し装着することが必要な理由;******		※
			(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。	830100423	小児義歯装着部位;******		
				830100424	小児義歯が必要な疾患名;******		
				830100425	小児義歯が必要な理由;******		
			(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)のニ又はホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359	ニ 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		※
				830100426	ホ その他特別な場合;******		※
			(1顎に2床以上の局部義歯を装着した場合) 1顎の床数を記載すること。	842100115	1顎の床数(有床義歯);******		※
170	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	イ 腫瘍、顎骨嚢胞等による顎骨切除に対する口蓋補綴装置又は顎補綴装置		
				820100385	ロ オクルーザルランプを付与した口腔内装置		
				820100386	ハ 発音補整装置		
				820100387	ニ 発音補助装置		
				820100388	ホ ホッツ床		
171	M029	有床義歯修理	(新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。	850100351	有床義歯装着年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
172	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。	850100353	歯技工2(床修理)預かり年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100354	歯技工2(床修理)装着年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
173	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。	850100351	有床義歯装着年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
174	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。	850100355	歯技工2(床裏装)預かり年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100356	歯技工2(床裏装)装着年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
175	M041	広範囲顎骨支持型補綴物修理	(別の保険医療機関で装着された当該補綴物の修理を行った場合) 装着を実施した保険医療機関名及び装着日(不明であれば装着時期)を記載すること。	830100430	特イ補装着保険医療機関名;******		
				850100357	特イ補装着年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100431	特イ補装着時期;******		
176	M100	薬剤(歯冠修復及び欠損補綴)	(生活歯歯冠形成を行い、区分番号M100により薬剤を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)		※
177	M200	特定保険医療材料(歯冠修復及び欠損補綴)	(区分番号M200により特定薬剤を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄にその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。	特定器材コード	(特定器材名を表示。)		※
			歯科矯正相談料を前回算定した年月日を相談料の名称に併せて記載すること。	850190275	歯科矯正相談料1前回算定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850190276	歯科矯正相談料2前回算定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			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。	850100358	歯科矯正診断料初回算定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100359	顎口腔機能診断料初回算定年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(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	簡単		
				820100362	困難		
				820100363	著しく困難		
				820100364	複雑		
				820100929	唇顎口蓋裂		
				820100930	ゴールデンハー症候群(鰓弓異常症を含む。)		
				820100931	鎖骨頭蓋骨異形成		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
				820100932	トリーチャ・コリンズ症候群		
				820100933	ピエール・ロバン症候群		
				820100934	ダウン症候群		
				820100935	ラッセル・シルバー症候群		
				820100936	ターナー症候群		
				820100937	ベックウィズ・ウイーデマン症候群		
				820100938	顔面半側萎縮症		
				820100939	先天性ミオパチー		
				820100940	筋ジストロフィー		
				820100088	脊髄性筋萎縮症		
				820100942	顔面半側肥大症		
				820100943	エリス・ヴァンクレベルド症候群		
				820100944	軟骨形成不全症		
				820100945	外胚葉異形成症		
				820100946	神経線維腫症		
				820100947	基底細胞母斑症候群		
				820100948	ヌーナン症候群		
				820100949	マルファン症候群		
				820100950	プラダー・ウィリー症候群		
				820100951	顔面裂（横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。）		
				820100952	大理石骨病		
				820100953	色素失調症		
				820100954	口腔・顔面・指趾症候群		
				820100955	メビウス症候群		
				820100956	歌舞伎症候群		
				820100957	クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群		
				820100958	ウイリアムズ症候群		
				820100959	ビンダー症候群		
				820100960	スティックラー症候群		
178	N	歯科矯正		820100961	小舌症		
				820100962	頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。）		
				820100963	骨形成不全症		
			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）を記載すること。	820100964	フリーマン・シェルドン症候群		
				820100965	ルビンスタイン・ティビ症候群		
				820100966	染色体欠失症候群		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
				820100967	ラーセン症候群		
				820100968	濃化異骨症		
				820100969	6歯以上の先天性部分無歯症		
				820100970	CHARGE症候群		
				820100971	マーシャル症候群		
				820100972	成長ホルモン分泌不全性低身長症		
				820100973	ポリエックス症候群（XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。）		
				820100974	リング18症候群		
				820100975	リンパ管腫		
				820100976	全前脳胞症		
				820100977	クラインフェルター症候群		
				820100978	偽性低アルドステロン症		
				820100979	ソトス症候群		
				820100980	グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）		
				820100981	線維性骨異形成症		
				820100982	スタージ・ウェーバ症候群		
				820100983	ケルビズム		
				820100984	偽性副甲状腺機能低下症		
				820100985	Ekman－Westborg－Julin症候群		
				820100986	常染色体重複症候群		
				820100987	巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）		
				820100988	毛髪・鼻・指節症候群（Tricho－Rhino－Phalangeal症候群）		
				820101236	クリッペル・ファイル症候群（先天性頸椎癒合症）		
				820101237	アラジール症候群		
				820101238	高IgE症候群		
				820101239	エーラス・ダンロス症候群		
				820101240	ガードナー症候群（家族性大腸ポリポージス）		
				820101902	原発性低リン血症性くる病		※
				820101903	ロイス・ディーツ症候群		※
				820100989	その他顎・口腔の先天異常		
				820100918	3歯以上の永久歯萌出不全		
				820101904	連続した3歯以上の先天性欠如歯		※
				820100919	顎変形症		
			（6歯以上の先天性部分無歯症、3歯以上の永久歯萌出不全又は連続した3歯以上の先天性欠如歯による咬合異常により歯科矯正を行う場合） 先天性欠如部位又は埋伏歯の部位を記載すること。	830100641	先天性欠如又は埋伏歯部位；******		※

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
179	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、保定の開始及び顎切除等の手術実施の区別を記載し、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。	820100785	歯科矯正開始		
				820100786	動的処置開始		
				820100787	マルチブラケット法開始		
				820100788	保定開始		
				820101306	顎切除等の手術実施		
				850100360	歯科矯正診断料前回算定年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
180	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、保定の開始及び顎離断等の手術実施の区別（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。	820100785	歯科矯正開始		
				820100786	動的処置開始		
				820100787	マルチブラケット法開始		
				820100788	保定開始		
				820101241	顎離断等の手術実施		
				850100361	顎口腔機能診断料前回算定年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100466	顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名：******		
181	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。	算定日情報	（算定日）	○	
				850100362	動的処置開始年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100363	マルチブラケット法開始年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
182	N004	模型調整製２予測模型	全体の「その他」欄に予測歯数を記載すること。	842100064	模型調製（予測模型）予測歯数：******		
183	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を記載すること。	850100396	動的処置算定年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100362	動的処置開始年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100363	マルチブラケット法開始年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
184	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。	830100433	歯科矯正診断料算定保険医療機関名：******		
				830100434	顎口腔機能診断料算定保険医療機関名：******		
			（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	アンカースクリュー脱落後の再埋入の場合		
				820100366	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		
185	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。	830100435	撤去した装置の名称：******		
			（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。	830100433	歯科矯正診断料算定保険医療機関名：******		
				830100434	顎口腔機能診断料算定保険医療機関名：******		
186	N018	マルチブラケット装置	（マルチブラケット装置（セクショナルアーチを行う場合を除く）を行う場合） 全体の「その他」欄にステップ名及びそのステップにおける装置㉅数を上下顎別に記載すること。	830100767	マルチブラケット装置ステップ1（上顎）・装置数：******		
				830100768	マルチブラケット装置ステップ1（下顎）・装置数：******		
				830100769	マルチブラケット装置ステップ2（上顎）・装置数：******		
				830100770	マルチブラケット装置ステップ2（下顎）・装置数：******		
				830100771	マルチブラケット装置ステップ3（上顎）・装置数：******		
				830100772	マルチブラケット装置ステップ3（下顎）・装置数：******		
				830100773	マルチブラケット装置ステップ4（上顎）・装置数：******		
				830100774	マルチブラケット装置ステップ4（下顎）・装置数：******		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			（セクショナルアーチを行う場合） その旨を記載すること。	820101017	セクショナルアーチを実施		
187	N028	床装置修理	（リンガルアーチにおいて、主線の前歯部分のみを再製作し、ろう着した場合） その旨を記載すること。	820101018	リンガルアーチ前歯部分の再製作		
188	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。	特定器材コード	（特定器材名を表示。）	○	
189		長期収載品の選定療養に関する取扱い	（長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。）） 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると歯科医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと歯科医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、歯科医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。	820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため		
				820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため		
				820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため		
				820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		
190		プログラム医療機器の評価療養に関する取扱い	「器評」と記載し、当該プログラム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。	820000095	（器評）		
				820101251	第1段階承認後のプログラム医療機器		
				820101252	チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器		
191		プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム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。	820101253	（器選）		
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		

※「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。

※「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」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
1	00	同日に複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を受け付けた際に、2回目以降の受付に対して調剤基本料の減算規定を適用しない場合（注3に該当しない場合）	同日の異なる時刻に処方箋を複数受け付けた場合は、処方箋を受け付けた年月日及び時刻をそれぞれ記載すること。	850100486	処方箋受付年月日（調剤基本料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100065	処方箋受付時刻（同日１回目受付）：hh"時"mm"分"		
				851100066	処方箋受付時刻（同日２回目以降受付）：hh"時"mm"分"		
2	01	薬剤調製料（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） 「配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合」、「内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合」、「内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合」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	薬剤調製料（内服薬）：配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合		
				820100368	薬剤調製料（内服薬）：内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合		
				820100369	薬剤調製料（内服薬）：内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合		
				830100001	薬剤調製料（内服薬）：その他理由：******		
3	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） 算定理由が明確となるように記載すること。	830100438	算定理由（自家製剤加算）：******		
			（医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合） 調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名を記載すること。	830100908	調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名（自家製剤加算）：******		
			（医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合） 調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。	820101255	調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情（自家製剤加算）：医薬品の供給上の問題		
				830100909	調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情（自家製剤加算）：その他：******		
4	01	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、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） 算定理由が明確となるように記載すること。	830100439	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由（自家製剤加算）：*******		
				830100441	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由（計量混合調剤加算）：******		
5	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年月日及び時刻を記載すること。	850100366	処方箋受付年月日（時間外加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100035	処方箋受付時刻（時間外加算）：hh"時"mm"分"		
				850100367	処方箋受付年月日（休日加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100368	処方箋受付年月日（深夜加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100036	処方箋受付時刻（深夜加算）：hh"時"mm"分"		
				850100369	処方箋受付年月日（時間外加算の特例）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100037	処方箋受付時刻（時間外加算の特例）：hh"時"mm"分"		
6	10の2	調剤時残薬調整加算	~~確認した残薬日数及び調整した残薬日数を記載すること。~~ ~~また、7日分以上相当の調剤日数の変更を行う場合には、調整した理由を記載すること。~~ 6日分以下相当の調剤日数の変更を行う場合には、残薬が7日分を超えないにもかかわらず調整する必要性を記載すること。 さらに、「変更のあった主な薬剤名」の記載をすること。	~~842100119~~	~~内容の要点（調剤時残薬調整加算）：確認した残薬日数：****~~		~~※~~
				~~842100120~~	~~内容の要点（調剤時残薬調整加算）：調整した残薬日数：****~~		~~※~~
				~~820101905%~~	~~処方箋の「調剤する薬剤を減量した後、保険医療機関へ情報提供」の欄にその旨の指示があり調整した場合（調剤時残薬調整加算）~~		~~※~~
				~~820101906%~~	~~疑義照会により調整した場合（調剤時残薬調整加算）~~		~~※~~
				820101907	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由（調剤時残薬調整加算）：高額医薬品のため		※
				820101908	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由（調剤時残薬調整加算）：治療終了予定日との日数調整のため		※
				820101909	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由（調剤時残薬調整加算）：投与間隔が長い薬剤のため		※
				830100982	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由（調剤時残薬調整加算）：その他薬学的専門的観点：**********		※
				830100983	調整した残薬日数が6日分以下の場合、変更のあった主な薬剤名（調剤時残薬調整加算）：****		※
7	10の2	調剤時残薬調整加算のイ	処方箋が交付される前に処方内容を処方医に相談した年月日を記載すること。	850100600	相談年月日（調剤時残薬調整加算のイ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
8	10の2	薬学的有害事象等防止加算	処方医に連絡・確認を行った内容の要点を記載すること。	820101910	内容の要点（薬学的有害事象等防止加算）：同種・同効の併用薬との重複投薬		※
				820101911	内容の要点（薬学的有害事象等防止加算）：併用薬・飲食物等との相互作用		※
				820101912	内容の要点（薬学的有害事象等防止加算）：過去のアレルギー歴、副作用歴		※
				820101913	内容の要点（薬学的有害事象等防止加算）：年齢や体重による影響		※
				820101914	内容の要点（薬学的有害事象等防止加算）：肝機能、腎機能等による影響		※
				820101915	内容の要点（薬学的有害事象等防止加算）：授乳・妊婦への影響		※
				830100984	内容の要点（薬学的有害事象等防止加算）：その他薬学的観点から必要と認める事項：**********		※
				~~830100997~~	~~変更のあった薬剤名（薬学的有害事象等防止加算）：**********~~		~~※~~

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
9	10の2	薬学的有害事象等防止加算のイ	処方箋が交付される前に処方医に対する相談照会（残薬調整に係るものを除く。）を行った年月日を記載すること。	850100601	相談照会年月日（薬学的有害事象等防止加算のイ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
			薬剤の変更内容について選択し記載すること。 ~~また、「変更のあった薬剤名」の記載をすること。~~	820101916	薬剤の変更内容（薬学的有害事象等防止加算のイ）：同種同効薬への変更		※
				820101917	薬剤の変更内容（薬学的有害事象等防止加算のイ）：剤形の変更		※
				820101918	薬剤の変更内容（薬学的有害事象等防止加算のイ）：用量の変更		※
				820101919	薬剤の変更内容（薬学的有害事象等防止加算のイ）：用法の変更		※
				830100985	薬剤の変更内容（薬学的有害事象等防止加算のイ）：その他：******		※
				~~830100986%~~	~~変更のあった薬剤名（薬学的有害事象等防止加算のイ）：****~~		~~※~~
10	10の3	特定薬剤管理指導加算2	当該患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850100372	情報提供を行った年月日（特定薬剤管理指導加算2）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100445	患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関名（特定薬剤管理指導加算2）：*******		
11	10の3	特定薬剤管理指導加算3ロ	（医薬品の供給の状況を踏まえ説明を行った場合） 調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名を記載すること。	830100910	調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名（特定薬剤管理指導加算3）：******		
12	10の3	吸入薬指導加算	対象となる吸入薬の調剤年月日及び吸入薬の名称を記載すること。	850100480	吸入薬の調剤年月日（吸入薬指導加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100446	吸入薬の名称（吸入薬指導加算）：******		
13	10の3	かかりつけ薬剤師フォローアップ加算	電話等により、服薬状況、残薬状況等の継続的な確認及び必要な指導等を個別に実施した年月日を記載すること。	850100602	フォローアップ年月日（かかりつけ薬剤師フォローアップ加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
			~~前回算定年月（初回であれば初回の旨）を記載すること。~~	~~820101920~~	~~初回（かかりつけ薬剤師フォローアップ加算）~~		~~※~~
				~~850100603%~~	~~前回算定年月（かかりつけ薬剤師フォローアップ加算）：（元号）yy"年"mm"月"~~		~~※~~
14	10の3	かかりつけ薬剤師訪問加算	患家~~で~~に訪問指導を行った~~して、残薬の整理、服用薬の管理方法の指導等を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した~~年月日を記載すること。	850100604	~~保険医療機関に情報提供した~~訪問指導年月日（かかりつけ薬剤師訪問加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
			~~前回算定年月（初回であれば初回の旨）を記載すること。~~	~~820101921%~~	~~初回（かかりつけ薬剤師訪問加算）~~		~~※~~
				~~850100605~~	~~前回算定年月（かかりつけ薬剤師訪問加算）：（元号）yy"年"mm"月"~~		~~※~~
~~14~~	~~14の3~~	~~服用薬剤調整支援料2~~	~~前回算定年月（初回であれば初回の旨）を記載すること。~~	~~820101922~~	~~初回（服用薬剤調整支援料2）~~		~~※~~
				~~850100606~~	~~前回算定年月（服用薬剤調整支援料2）：（元号）yy"年"mm"月"~~		~~※~~
15	14の4	調剤後薬剤管理指導料1	当該患者に糖尿病用剤を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190255	情報提供を行った年月日（調剤後薬剤管理指導料1）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100911	糖尿病用剤を処方した保険医療機関名（調剤後薬剤管理指導料1）：******		
16	14の4	調剤後薬剤管理指導料2	当該患者に循環器用薬等を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190256	情報提供を行った年月日（調剤後薬剤管理指導料2）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100912	循環器用薬等を処方した保険医療機関名（調剤後薬剤管理指導料2）：******		
17	10の3	服薬管理指導料	（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、服薬管理指導料を算定する場合） 算定年月日を記載すること。	850100374	算定年月日（服薬管理指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
18	10の3	服薬管理指導料3	服薬管理指導料3の対象患者の入所する施設類型について選択し記載すること。（介護医療院又は介護老人保健施設に入所中の患者については、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準第20条第4号ハに係る処方箋を交付した場合に限る。）	820101258	服薬管理指導料3：介護老人福祉施設（特養）に入所している患者		
				820101259	服薬管理指導料3：短期入所生活介護（ショートステイ）を受けている患者		
				820101260	服薬管理指導料3：介護医療院に入所している患者		
				820101261	服薬管理指導料3：介護老人保健施設（老健）に入所している患者		
19	14の2	外来服薬支援料1	外来服薬支援料1の「注1」又は「注2」のどちらに該当するかを記載し、服薬管理を実施した年月日、保険医療機関の名称を記載すること。 なお、保険医療機関の名称については、注1の場合においては、服薬支援の必要性を確認した保険医療機関の名称を、注2の場合においては情報提供をした保険医療機関の名称をそれぞれ記載すること。	820100793	外来服薬支援料1：注1		
				820100794	外来服薬支援料1：注2		
				850100370	服薬管理を実施した年月日（外来服薬支援料1）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100442	保険医療機関の名称（外来服薬支援料1）：******		
20	14の2	外来服薬支援料2	（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、外来服薬支援料2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） 算定理由が明確となるように記載すること。	830100776	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由（外来服薬支援料2）：*******		
21	14の2	施設連携加算	特に重点的な服薬管理の支援を行うことが必要な理由を選択し記載すること。	820101262	算定理由（施設連携加算）：施設入所時であって、服用している薬剤が多いため		
				820101263	算定理由（施設連携加算）：新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となったため		
				820101264	算定理由（施設連携加算）：患者が服薬している薬剤に関する副作用・体調の変化等における当該施設職員からの相談があったため		
22	14の3	服用薬剤調整支援料1	減薬の提案を行った年月日、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。 ~~【記載例】~~ ~~○○市立病院にて○種類から○種類に調整、○○医院にて○種類から○種類に調整。~~	850100371	減薬の提案を行った年月日（服用薬剤調整支援料1）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100443	~~保険医療機関名及び調整前後の種類数（服用薬剤調整支援料1）：*******~~保険医療機関名（服用薬剤調整支援料1）：*******		
				842100122	調整前の種類数（服用薬剤調整支援料1）：******		
				842100123	調整後の種類数（服用薬剤調整支援料1）：******		
23	14の3	服用薬剤調整支援料2	~~提案を行った全ての保険医療機関の名称を記載すること。~~処方医に文書を用いて提案した年月日を記載すること。	850100616	~~提案を行った保険医療機関名（服用薬剤調整支援料2）：******~~提案年月日（服用薬剤調整支援料2）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
24	10の3 15 15の2 15の3 15の5	服薬管理指導料4のロ及びハ 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（服薬情報等提供料3を除く）	（調剤を行っていない月に服薬管理指導料4のロ及びハ、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又は服薬情報等提供料（服薬情報等提供料3を除く）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。	基本料・薬学管理料レコード「前回調剤年月日」	（元号）yy"年"mm"月"dd"日調剤"	○	
				基本料・薬学管理料レコード「前回調剤数量」	ddd"日分投薬"	○	
25	15	在宅患者訪問薬剤管理指導料	~~算定の対象となる訪問指導を行った日を記載すること。（特養のがん末期の患者の場合は、項番28（特養のがん末期の患者）のコードにより記載すること。）~~	~~850100378~~	~~訪問指導年月日（在宅患者訪問薬剤管理指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"~~		
			（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。	842100071	単一建物診療患者人数（在宅患者訪問薬剤管理指導料）：******		
			（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	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100371	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		
				820100372	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		
				820100094	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		
26	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「在宅協力薬局」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及び在宅協力薬局名を記載すること。	850100379	（在宅基幹薬局）実施年月日（在宅患者訪問薬剤管理指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100448	（在宅基幹薬局）在宅協力薬局名（在宅患者訪問薬剤管理指導料）：******		
				850100380	（在宅基幹薬局）実施年月日（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100449	（在宅基幹薬局）在宅協力薬局名（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料）：******		
27	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在宅協力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） 在宅協力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。	850100381	（在宅協力薬局）実施年月日（在宅患者訪問薬剤管理指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100382	（在宅協力薬局）実施年月日（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
28	15 15の2 15の3	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	（介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所者であって末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合） 訪問薬剤管理指導等を実施した日付を記載すること。	850190257	（特養のがん末期の患者）訪問指導年月日（在宅患者訪問薬剤管理指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850190259	（特養のがん末期の患者）訪問指導年月日（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850190261	（特養のがん末期の患者）訪問指導年月日（在宅患者緊急時共同指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
29	15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2	（末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者に対して実施する場合であって、1と2及び服薬管理指導料「4のハ」を合わせて月8回を超えて算定する場合） 当該訪問が必要であった理由を選択し記載すること。	820101265	訪問が必要であった理由（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1）：悪性腫瘍患者に対する麻薬の処方		※
				820101266	訪問が必要であった理由（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1）：悪性腫瘍患者に対する麻薬以外の処方		※
				820101267	訪問が必要であった理由（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1）：悪性腫瘍以外の患者に対する麻薬の処方		※
				830100913	訪問が必要であった理由（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1）：その他：******		※
				820101268	訪問が必要であった理由（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2）：悪性腫瘍患者に対する麻薬の処方		※
				820101269	訪問が必要であった理由（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2）：悪性腫瘍患者に対する麻薬以外の処方		※
				820101270	訪問が必要であった理由（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2）：悪性腫瘍以外の患者に対する麻薬の処方		※
				830100914	訪問が必要であった理由（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2）：その他：******		※
30	15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2	（在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定する場合） 直近の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定した年月日を記載すること。	850100383	直近算定年月日（訪問薬剤管理指導）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
31	15の2	夜間訪問加算 休日訪問加算 深夜訪問加算	処方箋を受け付けた年月日及び時刻、訪問指導した年月日及び時刻を記載すること。	850190262	保険医から訪問指示があった年月日（夜間訪問加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		~~※~~
				851100071	保険医から訪問指示があった時刻（夜間訪問加算）：hh"時"mm"分"		~~※~~
				850190263	訪問指導年月日（夜間訪問加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		~~※~~
				851100072	訪問指導時刻（夜間訪問加算）：hh"時"mm"分"		~~※~~
				850190264	保険医から訪問指示があった年月日（休日訪問加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		~~※~~
				851100073	保険医から訪問指示があった時刻（休日訪問加算）：hh"時"mm"分"		~~※~~
				850190265	訪問指導年月日（休日訪問加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		~~※~~
				851100074	訪問指導時刻（休日訪問加算）：hh"時"mm"分"		~~※~~
				850190266	保険医から訪問指示があった年月日（深夜訪問加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		~~※~~
				851100075	保険医から訪問指示があった時刻（深夜訪問加算）：hh"時"mm"分"		~~※~~
				850190267	訪問指導年月日（深夜訪問加算）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		~~※~~
				851100076	訪問指導時刻（深夜訪問加算）：hh"時"mm"分"		~~※~~
			当該訪問が必要であった理由を選択し記載すること。	820101271	訪問が必要であった理由（夜間・休日・深夜訪問加算）：末期の悪性腫瘍患者であるため		~~※~~
				820101272	訪問が必要であった理由（夜間・休日・深夜訪問加算）：注射による麻薬の投与が必要な患者であるため		~~※~~
32	15の4	退院時共同指導料	指導年月日、共同して指導を行った患者が入院する保険医療機関の保険医等の氏名及び保険医療機関の名称並びに退院後の在宅医療を担う保険医療機関の名称を記載すること。	850100385	指導年月日（退院時共同指導料）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100450	患者が入院している保険医療機関の保険医等の氏名（退院時共同指導料）：****		
				830100451	患者が入院している保険医療機関名（退院時共同指導料）：******		
				830100452	退院後の在宅医療を担う保険医療機関名（退院時共同指導料）：******		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
33	15の5	服薬情報等提供料3	情報提供先の保険医療機関の名称及び診療科名を記載すること。 なお、情報提供先の保険医療機関の名称について、複数の保険医療機関に対して服薬情報等の提供を行った場合は各保険医療機関の名称を記載すること。診療科名については、同一保険医療機関の複数の診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合に各診療科名を記載すること。	830100638	情報提供先の保険医療機関名（服薬情報等提供料3）:******		
				830100639	情報提供先の診療科名（服薬情報等提供料3）:******		
			~~前回算定年月（初回であれば初回の旨）を記載すること。~~	~~820101923~~	~~初回（服薬情報等提供料3）~~		~~※~~
				~~850100607~~	~~前回算定年月（服薬情報等提供料3）:（元号）yy"年"mm"月"~~		~~※~~
34	15の8	在宅移行初期管理料	（計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前であって別の日に患家を訪問して実施した場合） 訪問を実施した日付について、記載すること。	850190270	訪問を実施した年月日（在宅移行初期管理料）:（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		
			特に重点的な服薬支援を行う必要性があると判断した対象患者を選択し記載すること。	820101289	対象患者（在宅移行初期管理料）:認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者		
				820101290	対象患者（在宅移行初期管理料）:障害児である18歳未満の患者		
				820101291	対象患者（在宅移行初期管理料）:6歳未満の乳幼児		
				820101292	対象患者（在宅移行初期管理料）:末期のがん患者		
				820101293	対象患者（在宅移行初期管理料）:注射による麻薬の投与が必要な患者		
35	15の9	訪問薬剤管理医師同時指導料	算定の対象となる訪問指導を行った年月日を記載すること。また、同時訪問した保険医の保険医療機関の名称~~及び保険医の氏名~~を記載すること。	850100608	訪問指導年月日（訪問薬剤管理医師同時指導料）:（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
				830100987	同時訪問した保険医の保険医療機関の名称（訪問薬剤管理医師同時指導料）:******		※
				~~830100988~~	~~同時訪問した保険医氏名（訪問薬剤管理医師同時指導料）:****~~		~~※~~
			~~前回算定年月（初回であれば初回の旨）を記載すること。~~	~~820101924~~	~~初回（訪問薬剤管理医師同時指導料）~~		~~※~~
				~~850100609~~	~~前回算定年月（訪問薬剤管理医師同時指導料）:（元号）yy"年"mm"月"~~		~~※~~
36	15の10	複数名薬剤管理指導訪問料	算定の対象となる訪問指導を行った年月日を記載すること。 また、~~処方医が複数名訪問の必要性があると認めた理由を記載すること。~~処方医が複数名訪問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。	850100610	訪問指導年月日（複数名薬剤管理指導訪問料）:（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
				820101937	処方箋記載により確認（複数名薬剤管理指導訪問料）		※
				820101938	疑義照会により確認（複数名薬剤管理指導訪問料）		※
				~~830100989~~	~~複数名の訪問が必要な理由:****~~		~~※~~
37	—	一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品又はバイオ後続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又はバイオ後続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」、「後発医薬品又はバイオ後続品なし」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	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由：患者の意向		
				820100374	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由：保険薬局の備蓄		
				820100375	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由：後発医薬品又はバイオ後続品なし		
				820100376	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由：その他		
~~38~~	~~41~~	~~調剤物価対応料~~	~~前回算定年月（初回であれば初回の旨）を記載すること。~~	~~820101925~~	~~初回（調剤物価対応料）~~		~~※~~
				~~850100611~~	~~前回算定年月（調剤物価対応料）:（元号）yy"年"mm"月"~~		~~※~~
38		長期収載品の選定療養に関する取扱い	（長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合） 理由のうち、該当するものを記載すること。 ①医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断したため ・ 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断する場合。 ・ 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師又は歯科医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ・ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師又は歯科医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ・ 後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ②後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。 ③後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合。	820101325	医療上の必要性があると医師又は歯科医師が判断したため（処方箋の「変更不可（医療上必要）」欄に「レ」又は「×」の記載があった場合等）		
				820101326	剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断したため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		
39	—	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について、「海外への渡航」、「年末・年始又は連休」又は「その他」からもっとも当てはまるもの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。	820100795	長期投与の理由：海外への渡航（年末・年始又は連休に該当するものは除く。）		
				820100796	長期投与の理由：年末・年始又は連休		
				830100453	長期投与の理由：********		
40	—	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。以下同じ。）が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、処方医が当該貼付剤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	処方箋記載により確認（63枚を超えて鎮痛・消炎に係る貼付剤が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合）		
				820100378	疑義照会により確認（63枚を超えて鎮痛・消炎に係る貼付剤が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合）		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
41	—	栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、手術後の患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した旨又は経管により栄養補給を行っている患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した旨、処方医が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した理由について処方箋の記載により確認した患者はその旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	~~820100377~~ 820101929	処方箋記載により確認(栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)		※
				~~820100378~~ 820101930	疑義照会により確認(栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)		※
42	—	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	居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費により訪問指導を行った日を記載すること。	850190271	訪問指導年月日(居宅療養管理指導費等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			要支援度及び要介護度(月末時点)を選択し、記載すること。	820101294	要支援1		
				820101295	要支援2		
				820101296	要介護1		
				820101297	要介護2		
				820101298	要介護3		
				820101299	要介護4		
				820101300	要介護5		
43	－	プログラム医療機器の評価療養に関する取扱い	「器評」と記載し、当該プログラム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。	820000095	(器評)		
				820101251	第1段階承認後のプログラム医療機器		
				820101252	チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器		
44	—	プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム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。	820101253	(器選)		
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		

※「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。

※「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」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の〇の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

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）

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
1	アイザベイ硝子体内注射液20mg/mL		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「眼底自発蛍光検査や眼底三次元画像解析を用いて、投与開始時に加え投与中には定期的に地図状萎縮の中心窩への拡大の有無を評価した上で、治療上の有益性と危険性を十分に勘案し、本剤の投与の適否を慎重に判断すること。」とされており、その他の注意において、「地図状萎縮の中心窩への拡大が認められた被験者では、持続性視力喪失のハザード比の点推定値において、本剤群とシャム群の間に差は認められなかった。」とされているので、地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、当該評価の結果を記載すること。	830600196	地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価の結果（アイザベイ硝子体内注射液20mg/mL）：******	○
2	アイモビーグ皮下注70mgペン		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上の臨床経験を有している 。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600001	医師要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600002	医師要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600003	医師要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600004	医師要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600005	医師要件オ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	842600001	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（アイモビーグ皮下注70mgペン）：******	
			投与の要否の判断にあたっては、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること。（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている 。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600006	前治療要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600007	前治療要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600008	前治療要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600009	前治療要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			投与開始後3ヶ月（3回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600010	投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
3	アキャルックス点滴静注250mg		投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600115	投与が必要と判断した理由（アキャルックス点滴静注250mg）：******	
4	アクトヒブ		ベグセタコプラン又はイブタコパン塩酸塩水和物の投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること（同一の診療報酬明細書においてベグセタコプラン又はイブタコパン塩酸塩水和物の投与が確認できる場合を除く。）。	850600157	ベグセタコプラン又はイブタコパン塩酸塩水和物の投与を行った年月日（アクトヒブ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600158	ベグセタコプラン又はイブタコパン塩酸塩水和物の投与を行う予定の年月日（アクトヒブ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
5	アコファイド錠100mg	機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感	「機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できること。また、その場合には、診療報酬明細書の傷病名に「機能性ディスペプシア」を用いること。	傷病名コード	（傷病名を表示する。）	
			診療報酬明細書の記載に当たっては、上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600001	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（アコファイド錠100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600002	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（初回投与）（アコファイド錠100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
6	アジョビ皮下注225mgシリンジ アジョビ皮下注225mgオートインジェクター		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上の臨床経験を有している 。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600011	医師要件ア（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600012	医師要件イ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600013	医師要件ウ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600014	医師要件エ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600015	医師要件オ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	842600002	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）：******	
			投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている 。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない 。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600016	前治療要件ア（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600017	前治療要件イ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600018	前治療要件ウ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600019	前治療要件エ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
			4週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月(3回投与後)、12週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月（1回投与後）又は6ヶ月（2回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600226	4週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600227	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月（1回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600228	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後6ヶ月（2回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
7	アドセトリス点滴静注用50mg		CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 （平成 30 年9月 20 日以前に既に本製剤の投与を受けている患者に対しては、本通知前からの投与継続患者である旨（「投与継続患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。）	850600003	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600004	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（初回投与）（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600021	投与継続患者（アドセトリス点滴静注用50mg）	
				850600005	初めて投与した年月日（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
8	アドトラーザ皮下注150mgシリンジ アドトラーザ皮下注300mgペン	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2）次に掲げる本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況のうち該当するもの（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難である。 3）疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600255	医師要件ア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	
				820600256	医師要件イ（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	
				820600257	前治療要件ア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	
				820600258	前治療要件イ（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	
				830600138	IGAスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）：******	
				830600139	全身のEASIスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）：******	
				830600140	頭頸部のEASIスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）：******	
				842600022	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）：******	
9	アベクマ点滴静注		本製品の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち、看護師（基準3.3.1及び3.3.2）、移植認定医（基準3.2.1）及び移植コーディネーター（基準3.4.3）以外の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー2）を有する施設 ウ 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち、看護師（基準3.3.1及び3.3.2）、移植認定医（基準3.2.1）、移植コーディネーター（基準3.4.3）及び移植実績（基準4.1及び4.2）以外の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー3）を有する施設 エ 本品に係る治験の実施施設	820600259	施設要件ア（アベクマ点滴静注）	
				820600260	施設要件イ（アベクマ点滴静注）	
				820600261	施設要件ウ（アベクマ点滴静注）	
				820600262	施設要件エ（アベクマ点滴静注）	
10	アムヴトラ皮下注25mgシリンジ	トランスサイレチン型心アミロイドーシス（野生型及び変異型）	1）本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR遺伝子検査での病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ 病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと	820600373	患者要件ア（アムヴトラ皮下注25mgシリンジ）	○
				820600374	患者要件イ（アムヴトラ皮下注25mgシリンジ）	○
				820600375	患者要件ウ（アムヴトラ皮下注25mgシリンジ）	○
				830600197	TTR遺伝子検査で病的変異の有無（アムヴトラ皮下注25mgシリンジ）：******	○
11	アリセプト錠3mg アリセプト錠5mg アリセプト錠10mg アリセプトD錠3mg アリセプトD錠5mg アリセプトD錠10mg アリセプト細粒0．5% アリセプト内服ゼリー3mg アリセプト内服ゼリー5mg アリセプト内服ゼリー10mg アリセプトドライシロップ1% 後発品のドネペジル塩酸塩製剤		（本製剤をレビー小体型認知症における認知症症状の進行抑制に用いる場合） 次の事項を記載すること。 ① 効能又は効果に関連する使用上の注意において「本剤は、認知症治療に精通し、「17．臨床成績」の項の内容について十分に理解した医師又はその指導の下で、レビー小体型認知症の臨床診断基準に基づき、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本剤の使用が適切と判断された患者にのみ使用すること。」とされていることから、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本製剤の臨床試験成績も踏まえた上で、本製剤の使用が適切と判断された患者に対して使用した場合に限り算定できる。レビー小体型認知症と診断され、本製剤の使用が適切と判断した理由（最新のガイドラインに基づいた診断内容及び臨床試験成績を理解した上で本剤投与が適切と判断した旨）を記載すること。 ② 用法及び用量において「投与開始12週間後までを目安に、認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価してベネフィットがリスクを上回ると判断できない場合は、投与を中止すること。」とされていることから、投与開始12週間後までに有効性評価を行い、投与継続の検討を行った年月日、本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィットがリスクを上回ると判断した内容）を記載すること。 ③ 用法及び用量において「投与開始12週間後までの有効性評価の結果に基づき投与継続を判断した場合であっても、定期的に有効性評価を行い、投与継続の可否を判断すること。」とされていることから、投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合は、投与継続の検討を行った直近の年月日、本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィットがリスクを上回ると判断した内容）を記載すること。	830600141	本製剤の使用が適切と判断した理由（アリセプト錠3mg等）：******	
				850600159	投与継続の検討を行った年月日（アリセプト錠3mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600142	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（アリセプト錠3mg等）：******	
				850600160	投与継続の検討を行った直近の年月日（投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合）（アリセプト錠3mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600143	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合）（アリセプト錠3mg等）：******	
12	アルンブリグ錠30mg アルンブリグ錠90mg		ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600006	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（アルンブリグ錠30mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600007	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（アルンブリグ錠30mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
13	アレセンサカプセル150mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600008	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（アレセンサカプセル150mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600009	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（アレセンサカプセル150mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
14	アロフィセル注		本製品の効能、効果又は性能において、「非活動期又は軽症の活動期クローン病患者における複雑痔瘻の治療。ただし、少なくとも1つの既存治療薬による治療を行っても効果が不十分な場合に限る。」及び用法及び用量又は使用方法に関連する使用上の注意において、「本品を再投与した臨床成績は得られておらず、痔瘻の状態を十分に確認した上で、再投与の要否を慎重に判断すること。」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、次の事項を記載すること。 ア 本製品の投与が適切と判断した理由 イ 既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間 ウ 本製品の投与回数（1回目又は2回目と記載する）	830600002	投与が適切と判断した理由（アロフィセル注）：******	
				830600003	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名（アロフィセル注）：******	
				830600004	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の使用期間（アロフィセル注）：******	
				820600022	投与回数1回目（アロフィセル注）	
				820600023	投与回数2回目（アロフィセル注）	
15	イエスカルタ点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600024	施設要件ア（イエスカルタ点滴静注）	
				820600025	施設要件イ（イエスカルタ点滴静注）	
16	イデルビオン静注用250 イデルビオン静注用500 イデルビオン静注用1000 イデルビオン静注用2000 イデルビオン静注用3500		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600005	手術時に使用した理由（イデルビオン静注用250等）：******	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
17	イブグリース皮下注250mgオートインジェクター イブグリース皮下注 250mg シリンジ	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア　成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ　成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ　小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2）本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア　12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ　12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3）疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア　IGAスコア イ　全身又は頭頸部のEASIスコア ウ　体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%） 4）小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合、次に掲げる数値 ア　体重（kg）	820600376	施設要件ア（イブグリース皮下注）	○
				820600377	施設要件イ（イブグリース皮下注）	○
				820600378	施設要件ウ（イブグリース皮下注）	○
				820600379	前治療要件ア（イブグリース皮下注）	○
				820600380	前治療要件イ（イブグリース皮下注）	○
				830600198	IGAスコア（イブグリース皮下注）：******	○
				830600199	全身のEASIスコア（イブグリース皮下注）：******	○
				830600200	頭頸部のEASIスコア（イブグリース皮下注）：******	○
				842600072	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（イブグリース皮下注）：******	○
				842600044	体重（小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合）（kg）（イブグリース皮下注）：******	○
18	イブトロジーカプセル200mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600225	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（イブトロジーカプセル200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600226	ROS1 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（イブトロジーカプセル200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
19	イブランス錠25mg イブランス錠125mg		ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600011	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（イブランス錠25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（イブランスカプセル25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600013	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（イブランス錠25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600014	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（イブランスカプセル25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
20	イベニティ皮下注105mgシリンジ		（12カ月投与した後に本製剤を再投与する場合） 再投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ア　骨折の危険性が高いと判断した理由 イ　本製剤を再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名	830600006	骨折の危険性が高いと判断した理由（イベニティ皮下注105mgシリンジ）：******	
				830600007	再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名（イベニティ皮下注105mgシリンジ）：******	
		切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600381	切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
		進展型小細胞肺癌 限局型小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600382	進展型小細胞肺癌、限局型小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
		切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨を記載すること（「併用投与ア」と記載）。 ア　トレメリムマブ（遺伝子組換え）及び白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）との併用投与 本製剤を「併用投与ア」により併用する場合は、EGFR遺伝子変異陰性及びALK融合遺伝子陰性の患者において有効性が	820600383	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
21	イミフィンジ点滴静注120mg イミフィンジ点滴静注500mg		本製剤と併用及びその前後の治療において、EGF遺伝子変異陰性及びALK融合遺伝子陰性の患者に対する有効性は示されているので、EGFR遺伝子変異陰性及びALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	820600263	併用投与ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				850600162	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日（イミフィンジ点滴静注120mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600163	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日（イミフィンジ点滴静注120mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		切除不能な肝細胞癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600384	切除不能な肝細胞癌（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
		治癒切除不能な胆道癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、胆道癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨を記載すること（「併用投与ア」と記載）。 ア　ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与	820600385	治癒切除不能な胆道癌（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600263	併用投与ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
		進行・再発の子宮体癌	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載及び「併用投与イ」に該当する場合は、その理由） ア　カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与 イ　カルボプラチン及びドセタキセル水和物との併用投与	820600386	進行・再発の子宮体癌（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600263	併用投与ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600404	併用投与イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
		非小細胞肺癌における術前・術後補助療法	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 本製剤を術前補助療法において他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載） ア　カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与 イ　白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）及びゲムシタビン塩酸塩との併用投与 ウ　白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）及びペメトレキセドナトリウムとの併用投与	820600396	非小細胞肺癌における術前・術後補助療法（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600263	併用投与ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600404	併用投与イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600406	併用投与ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
		膀胱癌における術前・術後補助療法	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料１、外来腫瘍化学療法診療料２又は外来腫瘍化学療法診療料３の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後２年の初期研修を修了した後に５年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、２年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後２年の初期研修を修了した後に泌尿器科学の４年以上の臨床経験を有していること。うち、２年以上は、膀胱癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 製剤を術前補助療法において他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載） ア　ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与	820600407	膀胱癌における術前・術後補助療法（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600263	併用投与ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
22	~~イラリス皮下注用150mg~~ イラリス皮下注射液150mg	全身型若年性特発性関節炎 成人発症スチル病	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ①　他の生物製剤として使用していた薬剤の品名及び使用期間 ②　本製剤の投与が必要と判断した理由	830600202	他の生物製剤として使用していた薬剤の品名（イラリス皮下注用150mg等）：******	○
				830600203	他の生物製剤として使用していた薬剤の使用期間（イラリス皮下注用150mg等）：******	○
				830600204	投与が必要と判断した理由（イラリス皮下注用150mg等）：******	○
	ウゴービ皮下注0.25mg SD		（本製剤の投与開始の場合） 次の事項を記載すること。 ①　次に掲げる標榜診療科名のうち該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものをすべて記載） ア　内科 イ　循環器内科 ウ　内分泌内科 エ　代謝内科 オ　糖尿病内科 ②　次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件カ」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載）及び「施設要件キ」、「施設要件ケ」又は「施設要件サ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 カ　日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる キ　日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ク　日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ケ　日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる コ　日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる サ　日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ③　次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載） シ　日本循環器学会の教育研修施設 ス　日本糖尿病学会の教育研修施設 セ　日本内分泌学会の教育研修施設 ④　常勤の管理栄養士の免許証番号 ⑤　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後２年の初期研修を修了した後に、高血圧、脂質異常症又は２型糖尿病並びに肥満症の診療に５年以上の臨床研修を有していること。 イ　医師免許取得後、満７年以上の臨床経験を有し、そのうち５年以上は高血圧、脂質異常症又は２型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること。 ⑥　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載） ウ　日本循環器学会の専門医 エ　日本糖尿病学会の専門医 オ　日本内分泌学会の専門医 ⑦　次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載） ア　高血圧 イ　脂質異常症 ウ　２型糖尿病 ⑧　次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載） エ　BMIが27kg/m2以上であり、２つ以上の肥満に関連する健康障害を有する オ　BMIが35kg/m2以上 ⑨　⑧の「患者要件エ」に該当する場合は、次に掲げる肥満に関連する健康障害のうち、該当するもの（「患者要件カ」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載） カ　耐糖能障害（２型糖尿病・耐糖能異常など） キ　脂質異常症 ク　高血圧 ケ　高尿酸血症・痛風 コ　冠動脈疾患 サ　脳梗塞 シ　非アルコール性脂肪性肝疾患 ス　月経異常・不妊 セ　閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 ソ　運動器疾患 タ　肥満関連腎臓病 ⑩　食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ⑪　⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも６か月以上受けたことがわかるすべての年月日	820600264	施設要件ア（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600265	施設要件イ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600266	施設要件ウ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600267	施設要件エ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600268	施設要件オ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600269	施設要件カ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600270	施設要件キ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600271	施設要件ク（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600272	施設要件ケ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600273	施設要件コ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600274	施設要件サ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				830600145	連携施設名（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）：*******	
				830600146	連携施設の所在地（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）：******	
				820600275	施設要件シ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600276	施設要件ス（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600277	施設要件セ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				830600147	常勤の管理栄養士の免許証番号（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）：******	
				820600278	医師要件ア（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600279	医師要件イ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600280	医師要件ウ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600281	医師要件エ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600282	医師要件オ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600283	患者要件ア（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600284	患者要件イ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600285	患者要件ウ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600286	患者要件エ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600287	患者要件オ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	
				820600288	患者要件カ（ウゴービ皮下注0．25mg　SD等）	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
23	ウゴービ皮下注0.5mg SD ウゴービ皮下注1.0mg SD ウゴービ皮下注1.7mg SD ウゴービ皮下注2.4mg SD ウゴービ皮下注0.25mgペン　1.0MD ウゴービ皮下注0.5mgペン　2.0MD ウゴービ皮下注1.0mgペン　4.0MD ウゴービ皮下注1.7mgペン　6.8MD ウゴービ皮下注2.4mgペン　9.6MD		⑫ 合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名 ⑬ 本製剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日	820600289	患者要件キ(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)	
				820600290	患者要件ク(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)	
				820600291	患者要件ケ(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)	
				820600292	患者要件コ(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)	
				820600293	患者要件サ(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)	
				820600294	患者要件シ(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)	
				820600295	患者要件ス(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)	
				820600296	患者要件セ(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)	
				820600297	患者要件ソ(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)	
				820600298	患者要件タ(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)	
				850600164	食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600165	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600148	合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中の医薬品名(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：******	
				850600166	治療計画(68週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
			(本製剤の継続投与の場合及び再投与後の継続投与の場合) 次の事項を記載すること。 ① 本製剤投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日。 ② 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ③ 次に掲げるすべての項目の直近の測定値及び測定年月日並びに改善傾向が認められた旨 ア 体重 イ 血糖 ウ 血圧 エ 脂質	850600167	投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				842600023	初回投与から起算して、何週目の投与(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：******	
				842600024	直近の測定値(ア 体重)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：******	
				842600025	直近の測定値(イ 血糖)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：******	
				842600026	直近の測定値(ウ 血圧)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：******	
				842600027	直近の測定値(エ 脂質)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：******	
				850600168	測定年月日(ア 体重)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600169	測定年月日(イ 血糖)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600170	測定年月日(ウ 血圧)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600171	測定年月日(エ 脂質)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600149	改善傾向が認められた旨(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：******	
			(本製剤の中止後に肥満症の悪化が認められ、本製剤の初回投与開始時と同様に、本剤を投与する施設において適切な治療計画に基づく食事療法・運動療法を実施しても、本製剤の再投与が必要と判断された場合) 再投与の開始日に次の事項を記載すること。 ① 本製剤の投与を中止した年月日 ② 本製剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ③ ②の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ④ ②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6か月間行う前に、やむを得ず本製剤の投与を再開する場合はその理由 ⑤ 改めて本製剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日	850600172	投与を中止した年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600173	改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600165	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600150	やむを得ず本製剤の投与を再開するその理由(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：******	
				850600174	改めて本製剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
24	ヴァイトラックビカプセル25mg ヴァイトラックビカプセル100mg ヴァイトラックビ内用液20mg／mL		NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600015	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ヴァイトラックビカプセル25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600016	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ヴァイトラックビカプセル25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
25	ヴァンフリタ錠17．7mg ヴァンフリタ錠26．5mg		FLT3-ITD 変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600017	FLT3－ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日（ヴァンフリタ錠17．7mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600018	FLT3－ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ヴァンフリタ錠17．7mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
26	エクロックゲル5%		投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）を記載すること。	830600011	多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）（エクロックゲル5%）：*******	
27	エスポー皮下用24000シリンジ		（貯血量が800mL 以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合） 貯血量，本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600012	貯血量（エスポー皮下用24000シリンジ）：******	
				830600013	投与する前の患者の体重（エスポー皮下用24000シリンジ）：******	
				830600014	Hb濃度（エスポー皮下用24000シリンジ）：******	
28	エスワンタイホウ配合OD錠T20 エスワンタイホウ配合OD錠T25		本製剤の用法及び用量において、「胃癌にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、頭頸部癌にはA法、非小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不能又は再発乳癌にはA法、膵癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること（「A法」から「F法」までのうち該当するものを記載）。	820600299	A法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600300	B法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600301	C法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600302	D法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600303	E法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600304	F法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
29	エドルミズ錠50mg		以下のアに該当し、イ～エのうち2つ以上を認める患者に使用することとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～エのうち該当するものをすべて記載すること。 ア　6カ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振 イ　疲労又は倦怠感 ウ　全身の筋力低下 エ　CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上	820600031	ア　6カ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振（エドルミズ錠50mg）	
				820600032	イ　疲労又は倦怠感（エドルミズ錠50mg）	
				820600033	ウ　全身の筋力低下（エドルミズ錠50mg）	
				820600034	エ　CRP値0．5mg／dL超、ヘモグロビン値12g／dL未満又はアルブミン値3．2g／dL未満のいずれか1つ以上（エドルミズ錠50mg）	
			投与継続の検討を行った直近の年月日を記載すること。	850600019	投与継続の検討を行った直近の年月日（エドルミズ錠50mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
30	エフィエント錠2．5mg エフィエント錠3．75mg	虚血性脳血管障害（大血管アテローム硬化又は小血管の閉塞に伴う）後の再発抑制	効能又は効果に関連する注意において、「「17．臨床成績」の項の内容を熟知し、有効性についてクロピドグレルに対する非劣性が検証されていないことや臨床試験の対象患者等を十分に理解した上で、本剤投与の適否を判断すること。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600134	投与が必要と判断した理由（エフィエント錠2．5mg等）：******	
31	エブリスディドライシロップ60mg エブリスディ錠5mg		効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600020	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（エブリスディドライシロップ60mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600021	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（初回投与）（エブリスディドライシロップ60mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（オナセムノゲン　アベパルボベク（販売名：ゾルゲンスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合） その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	830600015	オナセムノゲン　アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由（エブリスディドライシロップ60mg等）：******	
32	エボジン注シリンジ1500 エボジン注シリンジ3000		（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血にエボジン注シリンジ1500、同3000及び同6000を使用する場合） 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600016	貯血量（エボジン注シリンジ1500等）：******	
				830600017	投与する前の患者の体重（エボジン注シリンジ1500等）：******	
				830600018	Hb濃度（エボジン注シリンジ1500等）：******	
33	エボジン皮下注シリンジ24000		（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血に使用する場合） 貯血量、本製剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600019	貯血量（エボジン皮下注シリンジ24000）：******	
				830600020	投与する前の患者の体重（エボジン皮下注シリンジ24000）：******	
				830600021	Hb濃度（エボジン皮下注シリンジ24000）：******	
34	エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター エムガルティ皮下注120mgシリンジ		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している 。 イ　日本神経学会 ウ　日本頭痛学会 エ　日本内科学会（総合内科専門医） オ　日本脳神経外科学会	820600233	医師要件ア（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600234	医師要件イ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600235	医師要件ウ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600236	医師要件エ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600237	医師要件オ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days（MHD 、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均 。	842100110	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days（MHD、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）：******	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
			投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エ のいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること(「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)。 ア　非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ　本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ　本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ　本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600238	前治療要件ア(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				820600239	前治療要件イ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				820600240	前治療要件ウ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				820600241	前治療要件エ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
			投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後3カ月(3回投与後)を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600044	投与開始後3ヶ月(3回投与後)症状の改善が認められた(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
35	エムパベリ皮下注1080mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「補体(C5)阻害剤による適切な治療を行っても、十分な効果が得られない場合に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600151	治療として使用していた薬剤の品名(エムパベリ皮下注1080mg):******	
				830600152	治療として使用していた使用期間(エムパベリ皮下注1080mg):******	
36	エレビジス点滴静注		本製品の効能、効果又は性能において、「ただし、以下のいずれも満たす場合に限る 抗AAVrh74抗体が陰性の患者、歩行可能な患者、3歳以上8歳未満の患者」及び効能、効果又は性能に関連する注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により抗AAVrh74抗体が陰性であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ・抗AAVrh74抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日 ・歩行の可否 ・本製品の投与日における年齢	850600227	抗AAVrh74抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日(エレビジス点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600205	歩行の可否(エレビジス点滴静注):******	○
				842600045	本製品の投与日における年齢(エレビジス点滴静注):******	○
37	エンハーツ点滴静注用100mg	化学療法歴のあるHER2陽性の手術不能又は再発乳癌	「トラスツズマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、トラスツズマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を記載すること。	820600045	トラスツズマブ(遺伝子組換え)の治療歴を有する患者(エンハーツ点滴静注用100mg)	
				820600046	タキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者(エンハーツ点滴静注用100mg)	
		がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治癒切除不能な進行・再発の胃癌の場合	一次治療治療歴を有し、かつ、トラスツズマブ(遺伝子組換え)を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することとし、一次治療で実施した化学療法を記載すること。	830600022	一次治療で実施した化学療法(エンハーツ点滴静注用100mg):******	
		化学療法歴のあるHER2低発現の手術不能又は再発乳癌	「HER2 低発現の定義について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2 低発現が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2低発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600175	HER2低発現を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600176	HER2低発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
		がん化学療法後に増悪したHER2(ERBB2)遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2(ERBB2)遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600177	HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600178	HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
		ホルモン受容体陽性かつHER2低発現又は超低発現の手術不能又は再発乳癌	HER2低発現及び超低発現の定義について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2低発現又は超低発現が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2低発現又は超低発現を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600228	HER2低発現又は超低発現を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600229	HER2低発現又は超低発現を確認した検査の実施年月日(初回投与) (エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
		HER2陽性の進行・再発の固形癌(標準的な治療が困難な場合に限る)	本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「HER2陽性の定義について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2陽性が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600230	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600231	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
38	エンレスト錠50mg エンレスト錠100mg エンレスト錠200mg	慢性心不全、高血圧症	(成人の慢性心不全の場合) 本製剤の効能又は効果において、「慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。 (高血圧症の場合) 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「過度な血圧低下のおそれ等があり、原則として本剤を高血圧治療の第一選択薬としないこと。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600024	投与が必要と判断した理由(エンレスト錠50mg等):******	
39	オータイロカプセル40mg オータイロカプセル160mg	ROS1融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600232	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(オータイロカプセル40mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600233	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(オータイロカプセル40mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
		NTRK融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600234	NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(オータイロカプセル40mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600235	NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(オータイロカプセル40mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
40	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 (※は、古典的ホジキンリンパ腫に限る。) ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院※、小児がん連携病院※など) イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600164	施設要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600186	施設要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600190	施設要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
				820600194	施設要件エ(オプジーボ点滴静注)	
				820600197	施設要件オ(オプジーボ点滴静注)	
41	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600416	悪性黒色腫(オプジーボ点滴静注)	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
			(平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合) 投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者(オプジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
			(平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合:平成29年4月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
42	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600417	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
			（平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合：平成29年4月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
43	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌	次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ　医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。	820600418	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600140	医師・歯科医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
44	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600419	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			（本製剤とイピリムマブ（遺伝子組換え）の併用を化学療法未治療の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の患者に投与する場合） 次のいずれに該当するかを記載すること。（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載） ア　IMDC リスク分類：intermediate リスク イ　IMDC リスク分類：poor リスク	820600152	患者要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600154	患者要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			（平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（平成29年4月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合：平成29年6月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
45	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を 修 了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を 修 了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。 ウ　医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上の小児血液 及び小児 がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600420	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
			（平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（平成29年4月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合：平成29年6月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
46	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	治癒切除不能な進行・再発の胃癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600421	治癒切除不能な進行・再発の胃癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） HER2陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600118	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
47	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性胸膜中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600422	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
48	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600423	がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600120	MSI－Highを確認した検査の実施年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600424	根治切除不能な進行・再発の食道癌（オプジーボ点滴静注）	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
49	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能な進行・再発の食道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
50	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	食道癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600425	食道癌における術後補助療法（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
51	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	原発不明癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、原発不明癌に対するがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600426	原発不明癌(オプジーボ点滴静注)	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
			原発不明癌と診断するにあたり実施した原発巣検索の検査等として該当するもの(「検査等ア」から「検査等ク」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア　胸部X線 イ　頭頸部・胸腹部・骨盤CT ウ　FDG-PET、PET-CT エ　上部・下部消化管内視鏡 オ　腫瘍マーカー測定 カ　病理学的検索 キ　免疫組織化学的検索 ク　遺伝子・染色体検査	820600156	検査等ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600157	検査等イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600158	検査等ウ(オプジーボ点滴静注)	
				820600159	検査等エ(オプジーボ点滴静注)	
				820600160	検査等オ(オプジーボ点滴静注)	
				820600161	検査等カ(オプジーボ点滴静注)	
				820600162	検査等キ(オプジーボ点滴静注)	
				820600163	検査等ク(オプジーボ点滴静注)	
52	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	尿路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能な尿路上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600427	尿路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能な尿路上皮癌(オプジーボ点滴静注)	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
			(尿路上皮癌における術後補助療法に用いる場合で、シスプラチン等の白金系抗悪性腫瘍剤を含む術前補助療法歴のない患者に投与する場合) 投与することとした理由	830600113	投与することとした理由(オプジーボ点滴静注):******	
53	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	非小細胞肺癌における術前補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600428	非小細胞肺癌における術前補助療法(オプジーボ点滴静注)	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
54	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	悪性中皮腫(悪性胸膜中皮腫を除く)	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性中皮腫(悪性胸膜中皮腫を除く)のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600429	悪性中皮腫(悪性胸膜中皮腫を除く)(オプジーボ点滴静注)	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
55	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能な進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600430	根治切除不能な進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍(オプジーボ点滴静注)	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
56	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な肝細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600431	切除不能な肝細胞癌(オプジーボ点滴静注)	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	○
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	○
57	オルプロリクス静注用500 オルプロリクス静注用1000 オルプロリクス静注用2000 オルプロリクス静注用3000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600025	手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用500等):******	
	オルプロリクス静注用250		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600026	手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用250):******	
	オルプロリクス静注用4000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600027	手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用4000):******	
		アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1)　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア　成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ　成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ　小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2)　本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載)	820600048	施設要件ア(オルミエント錠2mg等)	
				820600049	施設要件イ(オルミエント錠2mg等)	
				820600372	施設要件ウ(オルミエント錠2mg等)	
				820600050	前治療要件ア(オルミエント錠2mg等)	
				820600051	前治療要件イ(オルミエント錠2mg等)	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
58	オルミエント錠2mg オルミエント錠4mg オルミエント錠1mg		ア　2歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ　2歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3）疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア　IGAスコア イ　全身又は頭頸部のEASIスコア ウ　体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	830600028	IGAスコア（オルミエント錠2mg等）：******	
				830600029	全身のEASIスコア（オルミエント錠2mg等）：******	
				830600030	頭頸部のEASIスコア（オルミエント錠2mg等）：******	
				842600008	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（オルミエント錠2mg等）：******	
		円形脱毛症（ただし、脱毛部位が広範囲に及ぶ難治の場合に限る）	効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6ヵ月程度毛髪に自然再生が認められない患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、頭部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪の自然再生が認められていない期間を記載すること。	830600153	頭部全体に占める脱毛部位の割合（オルミエント錠2mg等）：******	
				830600154	毛髪の自然再生が認められていない期間（オルミエント錠2mg等）：******	
59	オンデキサ静注用200mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤は直接作用型第Xa因子阻害剤（アピキサバン、リバーロキサバン又はエドキサバントシル酸塩水和物）の種類、最終投与時の1回投与量、最終投与からの経過時間、患者背景（直接作用型第Xa因子阻害剤の薬物動態に影響する可能性がある腎機能等）等から、直接作用型第Xa因子阻害剤による抗凝固作用が発現している期間であることが推定される患者にのみ使用すること。」及び「本剤はアピキサバン、リバーロキサバン又はエドキサバントシル酸塩水和物以外の抗凝固剤による抗凝固作用の中和には使用しないこと。」とされているので、次の事項を記載すること。 ア　直接作用型第Xa因子阻害剤の種類、最終投与時の1回投与量及び最終投与からの経過時間 イ　本製剤の投与が必要と判断した理由	830600155	直接作用型第Xa因子阻害剤の種類（オンデキサ静注用200mg）：******	
				830600156	最終投与時の1回投与量（オンデキサ静注用200mg）：******	
				830600157	最終投与からの経過時間（オンデキサ静注用200mg）：******	
				830600158	投与が必要と判断した理由（オンデキサ静注用200mg）：******	
60	ガザイバ点滴静注1000mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「フローサイトメトリー法等により検査を行い、CD20抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600023	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600024	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		CD20陽性の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）	用法及び用量に関連する注意において、「アカラブルチニブを28日間投与した後に本剤の投与を開始すること。」とされているため、アカラブルチニブと併用する場合には、アカラブルチニブの単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600179	アカラブルチニブの単独投与開始年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600180	アカラブルチニブの単独投与終了年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
61	カムザイオスカプセル1mg カムザイオスカプセル2．5mg カムザイオスカプセル5mg		本製剤の用法及び用量に関連する注意において、「投与開始前に心エコー検査により左室駆出率（LVEF）を評価し、LVEFが55%未満の患者には投与を開始しないこと。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600236	左室駆出率の計測年月日（カムザイオスカプセル1mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				842600046	左室駆出率の値（カムザイオスカプセル1mg等）：******	○
				830600206	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合） ~~（ベリキューボ錠2．5mg等）~~（カムザイオスカプセル1mg等）：******	○
62	カナグル錠100mg カナグルOD錠100mg		（「2型糖尿病を合併する慢性腎臓病　ただし、末期腎不全又は透析施行中の患者を除く。」に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが30mL/min/1.73m2未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、新規に投与しないこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、投与開始時のeGFRの値及び検査の実施年月日を記載すること。	842600028	投与開始時のeGFRの値（カナグル錠100mg等）：******	
				850600181	eGFR検査の実施年月日（カナグル錠100mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
63	カルケンスカプセル100mg カルケンス錠100mg		（本製剤を「未治療の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）」に用いる場合は、用法及び用量に関連する注意において、「オビヌツズマブ（遺伝子組換え）と併用する場合には、本剤を28 日間投与した後にオビヌツズマブ（遺伝子組換え）の投与を開始すること。」とされているため、オビヌツズマブ（遺伝子組換え）と併用する場合） 本製剤の単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600182	単独投与開始年月日（カルケンスカプセル100mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600183	単独投与終了年月日（初回投与）（カルケンスカプセル100mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
64	キイトルーダ点滴静注100mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600165	施設要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600187	施設要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600191	施設要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600195	施設要件エ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600198	施設要件オ（キイトルーダ点滴静注）	
65	キイトルーダ点滴静注100mg	悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600432	悪性黒色腫（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
66	キイトルーダ点滴静注100mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600433	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			（本剤を単独で投与する場合） PD-L1 の発現を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600133	PD－L1の発現を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600118	PD－L1の発現を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）：******	
67	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。	820600434	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
68	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な尿路上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600435	根治切除不能な尿路上皮癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
69	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌腫領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600436	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日	850600121	MSI－Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				820600437	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌 局所進行頭頸部癌における術前・術後補助療法（キイトルーダ点滴静注）	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
70	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌、局所進行頭頸部癌における術前・術後補助療法	次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ　医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。 なお、本剤による治療においては副作用等の全身的管理を要するため、患者の治療に当たる歯科医師はアからウまでのいずれかに示す条件を満たす医師（頭頸部癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師）との緊密な連携のもとに診療すること。	820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600139	医師・歯科医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
71	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600438	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
72	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な進行・再発の食道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600439	根治切除不能な進行・再発の食道癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
			（本製剤を単独で投与する場合） PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600124	PD－L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600107	PD－L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）：******	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載）を記載すること。 ア　5-FU及びシスプラチンとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
73	キイトルーダ点滴静注100mg	治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌腫領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600440	治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600121	MSI－Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
74	キイトルーダ点滴静注100mg	PD-L1 陽性のホルモン受容体陰性かつHER2 陰性の手術不能又は再発乳癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600441	PD-L1 陽性のホルモン受容体陰性かつHER2 陰性の手術不能又は再発乳癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600124	PD－L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600107	PD－L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）：******	
			ホルモン受容体陰性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600134	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
75	キイトルーダ点滴静注100mg	進行・再発の子宮体癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600442	進行・再発の子宮体癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載） ア レンバチニブメシル酸塩との併用投与（がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体癌の場合） イ パクリタキセル及びカルボプラチンとの併用投与（化学療法歴のない進行・再発の子宮体癌の場合）	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
76	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した高い腫瘍遺伝子変異量（TMB-High）を有する進行・再発の固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となるがん種領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600445	がん化学療法後に増悪した高い腫瘍遺伝子変異量（TMB-High）を有する進行・再発の固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			TMB-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600128	TMB－Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
77	キイトルーダ点滴静注100mg	腎細胞癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600446	腎細胞癌における術後補助療法（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
78	キイトルーダ点滴静注100mg	ホルモン受容体陰性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術前・術後薬物療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600447	ホルモン受容体陰性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術前・術後薬物療法（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			ホルモン受容体陰性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600134	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
79	キイトルーダ点滴静注100mg	進行又は再発の子宮頸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600448	進行又は再発の子宮頸癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			本製剤を術前薬物療法として他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載）を記載すること。 ア　パクリタキセル及びプラチナ製剤との併用投与 イ　パクリタキセル、プラチナ製剤及びベバシズマブとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）	
80	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は難治性の原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。	820600449	再発又は難治性の原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
81	キイトルーダ点滴静注100mg	治癒切除不能な進行・再発の胃癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600450	治癒切除不能な進行・再発の胃癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	○
			HER2陽性又はHER2陰性を確認した検査の実施年月日	850600237	HER2陽性又はHER2陰性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
			HER2陽性の場合は、PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）	850600238	PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				842600047	PD-L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）：******	○
82	キイトルーダ点滴静注100mg	治癒切除不能な胆道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、胆道癌のがん薬物療法を含むがん治療の研修を行っていること。	820600454	治癒切除不能な胆道癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
			本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載）を記載すること。 ア　ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	○
83	キイトルーダ点滴静注100mg	非小細胞肺癌における術前・術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600458	非小細胞肺癌における術前・術後補助療法（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
84	キイトルーダ点滴静注100mg	局所進行子宮頸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600461	局所進行子宮頸癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
			本製剤を同時化学放射線療法と併用する場合、次に掲げる併用療法を行った旨（「併用投与ア」と記載） ア　シスプラチンを用いた同時化学放射線療法	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
85	キイトルーダ点滴静注100mg	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性胸膜中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600465	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
86	キムリア点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア　日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ　認定カテゴリー1 に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600052	施設要件ア（キムリア点滴静注）	
				820600053	施設要件イ（キムリア点滴静注）	
			再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において「CD19抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。	850600025	CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（キムリア点滴静注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
87	クリースビータ皮下注10mg クリースビータ皮下注20mg クリースビータ皮下注30mg クリースビータ皮下注10mgシリンジ クリースビータ皮下注20mgシリンジ クリースビータ皮下注30mgシリンジ		本剤の効能又は効果は「FGF23関連低リン血症性くる病・骨軟化症」であり、FGF23の過剰産生により血清リン濃度が低下している患者が対象であることから、FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600026	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日（クリースビータ皮下注10mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600027	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日（初回投与）（クリースビータ皮下注10mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
88	ケサンラ点滴静注液350mg		（本製剤を最初に投与した場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ①　次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア　患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者 イ　以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者 ・　本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者 ・　本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者 ウ　MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能であることが確認された患者 ②　認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日 ア　認知機能評価　MMSEスコア イ　臨床認知症尺度　CDR全般スコア ③　次に掲げる検査のうち、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）、実施年月日及び検査実施施設名 エ　アミロイドPET オ　脳脊髄液（CSF）検査 ④　次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するものを記載） ア　日本神経学会の専門医 イ　日本老年医学会の専門医 ウ　日本精神神経学会の専門医 エ　日本脳神経外科学会の専門医 ⑤　次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件オ」から「医師要件ク」までのうち該当するものを記載） オ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること カ　画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること キ　製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること ク　日本認知症学会及び日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること ⑥　次に掲げる項目のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア　以下のⅠからⅧをすべて満たす施設である。 イ　以下のⅠからⅧをすべて満たす施設でない。 （項目） Ⅰ　MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っていること Ⅱ　認知機能のスコア評価（MMSEスコア）及び臨床認知症尺度（CDR全般スコア）が実施可能な者が配置されていること Ⅲ　同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能であること Ⅳ　上記の④及び⑤に該当する、常勤医師が複数名配置されていること Ⅴ　CDR全般スコア評価に精通し、一定以上の評価経験を有する医療従事者がいること Ⅵ　ARIAのリスク管理に必要な知識を有し、かつ、MRI読影に関する医療従事者向け研修を受講した、ARIAの鑑別を含むMRI読影が適切に行える常勤医が1名以上いること Ⅶ　認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること Ⅷ　製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できる施設であること	820600468	患者要件ア（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600469	患者要件イ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600470	患者要件ウ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600471	患者要件エ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600472	患者要件オ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				842600048	認知機能評価MMSEスコア（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600239	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				842600049	臨床認知症尺度CDR全般スコア（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600240	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600241	アミロイドPETの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				830600207	アミロイドPET検査実施施設名（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600242	脳脊髄液（CSF）検査の実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				830600208	脳脊髄液（CSF）検査検査実施施設名（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				820600473	医師要件ア（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600474	医師要件イ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600475	医師要件ウ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600476	医師要件エ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600477	医師要件オ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600478	医師要件カ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600479	医師要件キ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600480	医師要件ク（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600481	施設要件ア（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600482	施設要件イ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
			（投与開始後6か月以降の投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ①　本製剤の投与施設（「施設要件ウ」又は「施設要件エ」と記載）及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 ウ　初回投与施設（（2）の初回投与施設と同一の施設） エ　連携施設（（2）の初回投与施設と連携している施設） ②　次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与施設に該当するもの（「施設要件オ」と記載） オ　製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できること ③　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ケ」から「医師要件シ」までのうち該当するものを記載） ケ　日本神経学会の専門医 コ　日本老年医学会の専門医 サ　日本精神神経学会の専門医 シ　日本脳神経外科学会の専門医 ④　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ス」～「医師要件タ」までのうち該当するものを記載） ス　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること セ　画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること ソ　製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること タ　日本認知症学会及び日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること	820600483	施設要件ウ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600484	施設要件エ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				830600209	連携施設名（施設要件エに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				830600210	連携施設の所在地（施設要件エに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				820600485	施設要件オ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600486	医師要件ケ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600487	医師要件コ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600488	医師要件サ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600489	医師要件シ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600490	医師要件ス（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600491	医師要件セ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600492	医師要件ソ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600493	医師要件タ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
			（継続投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、本製剤は、初回投与後6か月までは、初回投与施設で投与すること。 ①　本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ②　本製剤投与中、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による	842600073	初回投与から起算しての週数（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600243	臨床症状の評価を実施した直近の年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
			②　本製剤投与中、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直近の年月日 ③　本製剤投与中、MRI検査を受けた直近の年月日	850600244	MRI検査を受けた直近の年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
			（投与開始後12か月を目安に実施するPET検査） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ①　本剤投与中、PET検査を受けた年月日（投与開始前のPET検査を除く） ②　本剤投与中、PET検査を実施した施設（「施設要件カ」又は「施設要件キ」と記載）及び「施設要件キ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地） カ　初回投与施設と同一施設内 キ　初回投与施設と連携がとれる施設	850600245	アミロイドPETの実施年月日（投与中）（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				820600494	施設要件カ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600495	施設要件キ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				830600212	連携施設名（施設要件キに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				830600213	連携施設名の所在地（施設要件キに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
			（初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ①　本剤投与の継続が必要と判断した理由（PET検査によるアミロイドβプラークの評価結果、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を踏まえた有効性の観点、並びにARIAの有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を含めて具体的に記載すること） ②　本剤の最適使用推進ガイドラインにおいて「中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された場合、中等度以降に進行した患者に投与を継続したときの有効性が確立していないことから、本剤の投与を中止し、再評価を行うこと。」とされていることから、中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果として（2）の①～②及び投与継続を判断した理由（上記①と同様に具体的に記載すること）	830600214	投与の継続が必要と判断した理由（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				~~820600496~~ 820600468	患者要件ア（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				~~820600497~~ 820600469	患者要件イ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				~~820600498~~ 820600470	患者要件ウ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				~~842600050~~ 842600048	認知機能評価MMSEスコア（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				~~850600245~~ 850600239	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				~~842600051~~ 842600049	臨床認知症尺度CDR全般スコア（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				~~850600247~~ 850600240	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
89	ケレンディア錠10mg ケレンディア錠20mg	慢性心不全	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の低下した慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の保たれた又は軽度低下した慢性心不全患者に投与すること。」及び「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景（前治療、左室駆出率、腎機能等）を十分に理解した上で、適応患者を選択すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600248	左室駆出率の計測年月日（ケレンディア錠10mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				842600052	左室駆出率の値（ケレンディア錠10mg等）：******	○
				830600215	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合）（ケレンディア錠10mg等）：******	○
90	ザーコリカプセル200mg ザーコリカプセル250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600028	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600029	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600030	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600031	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
91	サイバインコ錠50mg サイバインコ錠100mg サイバインコ錠200mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する もの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載 ア　成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ　成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ　小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2　本製剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア　12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ　12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3　疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア　IGAスコア イ　全身又は頭頸部のEASIスコア ウ　体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600054	医師要件ア（サイバインコ錠50mg等）	
				820600055	医師要件イ（サイバインコ錠50mg等）	
				820600056	医師要件ウ（サイバインコ錠50mg等）	
				820600057	前治療要件ア（サイバインコ錠50mg等）	
				820600058	前治療要件イ（サイバインコ錠50mg等）	
				~~830600031~~ 842600075	IGAスコア（サイバインコ錠50mg等）：******	
				~~830600032~~ 842600076	全身のEASIスコア（サイバインコ錠50mg等）：******	
				~~830600119~~ 842600077	頭頸部のEASIスコア（サイバインコ錠50mg等）：******	
				842600010	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（サイバインコ錠50mg等）：******	
92	サイラムザ点滴静注液100mg サイラムザ点滴静注液500mg		本製剤をがん化学療法後に増悪した血清AFP値が400ng/mL以上の切除不能な肝細胞癌に用いる場合は、効能・効果に関連する使用上の注意において、「本剤の使用にあたっては、初回投与時の血清AFP値に基づき、適応患者の選択を行うこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、AFPの検査値及び当該検査の実施年月日を記載すること。	830600033	AFPの検査値（サイラムザ点滴静注液100mg等）：******	
				850600032	AFP検査の実施年月日（サイラムザ点滴静注液100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
93	ザルティア錠2．5mg ザルティア錠5mg タダラフィル錠2．5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠2．5mgZA「フソー」 タダラフィル錠2．5mgZA「日医工」 タダラフィル錠2．5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠2．5mgZA「あすか」 タダラフィル錠2．5mgZA「杏林」 タダラフィル錠2．5mgZA「サンド」 タダラフィル錠2．5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠2．5mgZA「トーワ」		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600136	診断に用いた主な検査の実施年月日（ザルティア錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600137	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（ザルティア錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
~~	タダラフィル錠5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠5mgZA「フソー」 タダラフィル錠5mgZA「日医工」 タダラフィル錠5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠5mgZA「あすか」 タダラフィル錠5mgZA「杏林」 タダラフィル錠5mgZA「サンド」 タダラフィル錠5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠2.5mgZA「シオエ」 タダラフィル錠5mgZA「シオエ」		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600138	診断に用いた主な検査の実施年月日（タダラフィル錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600139	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（タダラフィル錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
94	ジカディア錠150mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600033	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ジカディア錠150mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
95	ジャクスタビッドカプセル5mg ジャクスタビッドカプセル10mg ジャクスタビッドカプセル20mg	ホモ接合体家族性高コレステロール血症	本製剤の効能・効果は「ホモ接合体家族性高コレステロール血症」であることから、次のいずれかを記載すること。 ①　本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けていること。 ②　本疾患の診断根拠（遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等）	820600243	本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けている（ジャクスタビッドカプセル5mg等）	
				830600035	診断根拠（遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等）（ジャクスタビッドカプセル5mg等）：******	
96	ジャディアンス錠10mg	慢性腎臓病	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが20mL/min/1.73m2未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFR が低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景（原疾患、併用薬、腎機能等）を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）を記載すること。	830600159	適応患者であると判断した理由（ジャディアンス錠10mg）：******	
				830600160	判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）（ジャディアンス錠10mg）：******	
97	シュンレンカ錠300mg シュンレンカ皮下注463．5mg		本製剤の効能又は効果は「多剤耐性HIV-1感染症」であり、効能又は効果に関連する注意において、「「過去の治療において、本剤を含まない既存の抗レトロウイルス療法による適切な治療を行ってもウイルス学的抑制が得られなかった患者」及び「薬剤耐性検査（遺伝子型解析あるいは表現型解析）を実施し、本剤を含まない複数の抗HIV薬に耐性を示す患者」のいずれも満たす患者に投与すること。」とされているので、使用に当たっては十分留意すること。また、本製剤の投与開始に当たっては、直近の薬剤耐性検査の実施年月日及び薬剤耐性が認められた全ての抗HIV薬の品名を記載すること。	850600184	直近の薬剤耐性検査の実施年月日（シュンレンカ錠300mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600161	薬剤耐性が認められた抗HIV薬の品名（シュンレンカ錠300mg等）：******	
98	シンポニー皮下注50mgシリンジ シンポニー皮下注50mgオートインジェクター	潰瘍性大腸炎	次の事項を記載すること。 ア　他の薬物療法として使用していた薬剤の品名及び使用期間 イ　本製剤の投与が必要と判断した理由	830600038	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンポニー皮下注50mgシリンジ）：******	
				830600039	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンポニー皮下注50mgシリンジ）：******	
				830600040	投与が必要と判断した理由（シンポニー皮下注50mgシリンジ）：******	
				830600041	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンポニー皮下注50mgオートインジェクター）：******	
				830600042	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンポニー皮下注50mgオートインジェクター）：******	
				830600043	投与が必要と判断した理由（シンポニー皮下注50mgオートインジェクター）：******	
99	ステボロニン点滴静注バッグ9000mg／300mL		本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「化学放射線療法等の標準的な治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。」と記載されているので、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600044	投与が必要と判断した理由（ステボロニン点滴静注バッグ9000mg／300mL）：******	
100	ステミラック注		本製品の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ①　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後、腎髄領域を含む整形外科に関する10年以上の修練を行い、腎髄損傷に関する十分な臨床経験（計30件以上）を有し、AIS評価が適切に行えること。 イ　医師免許取得後、腎髄領域を含む脳神経外科に関する10年以上の修練を行い、腎髄損傷に関する十分な臨床経験（計30件以上）を有し、AIS評価が適切に行えること。 ②　本製品の製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点及び本製品を投与する直前の時点におけるAIS なお、供給当初においては、AISがAの患者を中心とした投与が適切であるとされていることから、供給可能量も踏まえAの患者を優先して対応すること。	820600064	医師要件ア（ステミラック注）	
				820600065	医師要件イ（ステミラック注）	
				830600045	製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点におけるAIS（ステミラック注）：******	
				830600046	本製品を投与する直前の時点におけるAIS（ステミラック注）：******	
101	スピンラザ髄注12mg スピンラザ髄注28mg スピンラザ髄注50mg		効能又は効果に関連する注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600035	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（スピンラザ髄注12mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600036	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（初回投与）（スピンラザ髄注12mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（オナセムノゲン　アベパルボベク（販売名：ゾルゲンスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合） その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	830600047	オナセムノゲン　アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由（スピンラザ髄注12mg等）：******	
102	~~ゼジューラカプセル100mg~~ ゼジューラ錠100mg		本製剤を「白金系抗悪性腫瘍剤感受性の相同組換え修復欠損を有する再発卵巣癌」に用いる場合は、効能又は効果に関連する使用上の注意において、「3つ以上の化学療法歴のある患者を対象とすること。」及び「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、過去に実施した化学療法歴及び相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600048	過去に実施した化学療法歴（ゼジューラカプセル100mg等）：******	
				850600037	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（ゼジューラカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600038	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゼジューラカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（本製剤の投与開始の場合）	820600499	施設要件ア（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600500	施設要件イ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600501	施設要件ウ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600502	施設要件エ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600503	施設要件オ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600504	施設要件カ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600505	施設要件キ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600506	施設要件ク（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600507	施設要件ケ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600508	施設要件コ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600509	施設要件サ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				830600216	連携施設名（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
103	ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス ゼップバウンド皮下注5mgアテオス ゼップバウンド皮下注7.5mgアテオス ゼップバウンド皮下注10mgアテオス ゼップバウンド皮下注12.5mgアテオス ゼップバウンド皮下注15mgアテオス		次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 次に掲げる標榜診療科名のうち該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものをすべて記載） ア 内科 イ 循環器内科 ウ 内分泌内科 エ 代謝内科 オ 糖尿病内科 ② 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件カ」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載）及び「施設要件キ」、「施設要件ケ」又は「施設要件サ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 カ 日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる キ 日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ク 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ケ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる コ 日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる サ 日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ③ 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載） シ 日本循環器学会の教育研修施設 ス 日本糖尿病学会の教育研修施設 セ 日本内分泌学会の教育研修施設 ④ 常勤の管理栄養士の免許証番号 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に5年以上の臨床研修を有していること。 イ 医師免許取得後、満7年以上の臨床経験を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること。 ⑥ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載） ウ 日本循環器学会の専門医 エ 日本糖尿病学会の専門医 オ 日本内分泌学会の専門医 ⑦ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載） ア 高血圧 イ 脂質異常症 ウ 2型糖尿病 ⑧ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載） エ BMIが27kg/m2以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する オ BMIが35kg/m2以上 ⑨ （3）⑧の「患者要件エ」に該当する場合は、次に掲げる肥満に関連する健康障害のうち、該当するもの（「患者要件カ」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載） カ 耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など） キ 脂質異常症 ク 高血圧 ケ 高尿酸血症・痛風 コ 冠動脈疾患 サ 脳梗塞、 シ 非アルコール性脂肪性肝疾患 ス 月経異常・不妊 セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 ソ 運動器疾患 タ 肥満関連腎臓病 ⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ⑪ ⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ⑫ 合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名 ⑬ 本製剤による治療計画（72週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日	830600217	連携施設の所在地（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				820600510	施設要件シ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600511	施設要件ス（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600512	施設要件セ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				842600053	常勤の管理栄養士の免許証番号（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				820600513	医師要件ア（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600514	医師要件イ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600515	医師要件ウ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600516	医師要件エ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600517	医師要件オ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600518	患者要件ア（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600519	患者要件イ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600520	患者要件ウ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600521	患者要件エ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600522	患者要件オ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600523	患者要件カ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600524	患者要件キ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600525	患者要件ク（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600526	患者要件ケ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600527	患者要件コ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600528	患者要件サ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600529	患者要件シ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600530	患者要件ス（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600531	患者要件セ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600532	患者要件ソ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600533	患者要件タ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				850600249	食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600250	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600218	合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				850600251	治療計画（72週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
			（本製剤の継続投与の場合及び再投与後の継続投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本製剤投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日 ② 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか ③ 次に掲げるすべての項目の直近の測定値及び測定年月日並びに改善傾向が認められた旨 ア 体重 イ 血糖 ウ 血圧 エ 脂質	850600252	管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				842600074	初回投与から起算しての週数（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				842600054	直近の測定値（ア 体重）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				842600055	直近の測定値（イ 血糖）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				842600056	直近の測定値（ウ 血圧）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				842600057	直近の測定値（エ 脂質）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				850600253	測定年月日（ア 体重）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600254	測定年月日（イ 血糖）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600255	測定年月日（ウ 血圧）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600256	測定年月日（エ 脂質）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600220	改善傾向が認められた旨（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
			（本製剤の中止後に肥満症の悪化が認められ、本製剤の初回投与開始時と同様に、本剤を投与する施設において適切な治療計画に基づく食事療法・運動療法を実施しても、本製剤の再投与が必要と判断された場合） 再投与の開始日に次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本製剤の投与を中止した年月日 ② 本製剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ③ ②の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ④ ②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6か月間行う前に、やむを得ず本製剤の投与を再開する場合はその理由 ⑤ 改めて本製剤による治療計画（72週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日	850600257	投与を中止した年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600258	改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600259	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600221	やむを得ず本製剤の投与を再開するその理由（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				850600260	改めて本製剤による治療計画（72週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
104	ゼフィックス錠100		本製剤の使用に当たっては、B型肝炎ウイルスの増殖を伴う肝機能の異常の確認が前提であり、HBV-DNA、DNAポリメラーゼ又はHBe抗原によりウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）及びその結果を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600049	HBV－DNA検査結果（ゼフィックス錠100）：******	
				830600050	DNAポリメラーゼ検査結果（ゼフィックス錠100）：******	
				830600051	HBe抗原検査結果（ゼフィックス錠100）：******	
				850600039	ウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）（ゼフィックス錠100）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600040	ウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）（初回投与）（ゼフィックス錠100）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
105	ゼルボラフ錠240mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600041	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ゼルボラフ錠240mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600042	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゼルボラフ錠240mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
106	ゾスパタ錠40mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FLT3 遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600043	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ゾスパタ錠40mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600044	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゾスパタ錠40mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
107	ゾルゲンスマ点滴静注		本品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意に、「SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異が確認された患者に投与すること。」「2歳未満の患者に投与すること。」及び「承認された体外診断薬を用いた検査により抗AAV9抗体が陰性であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ・SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日 ・本品の投与日齢 ・抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日	850600045	SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日（ゾルゲンスマ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				842600011	本品の投与日齢（ゾルゲンスマ点滴静注）：******	
				850600046	抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日（ゾルゲンスマ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
108	ゾレア皮下注用150mg ゾレア皮下注75mgシリンジ ゾレア皮下注150mgシリンジ ゾレア皮下注75mgペン ゾレア皮下注150mgペン ゾレア皮下注300mgペン		（スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の投与開始の場合） 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる医師が本製剤に関する治療の責任者として配置されている施設（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するもの） 【成人季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 【小児季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 エ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ② 投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度及び当該検査の実施年月日 ③ 患者がスギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由 ④ 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状及び本製剤の投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ⑤ 前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイド及びケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ⑥ 既存治療で効果不十分と判断した理由 ⑦ アレルゲン免疫療法（減感作療法）に関する説明	820600251	医師要件ア（ゾレア皮下注用150mg等）	
				820600252	医師要件イ（ゾレア皮下注用150mg等）	
				820600253	医師要件ウ（ゾレア皮下注用150mg等）	
				820600254	医師要件エ（ゾレア皮下注用150mg等）	
				830600122	投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				850600140	投与量の設定に用いた血清中総IgE検査の実施年月日（ゾレア皮下注用150mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600052	スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600012	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600013	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600053	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600014	本製剤の投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600015	本製剤の投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600054	本製剤の投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600055	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの成分名（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600056	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの一日投与量（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600057	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600058	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の一日投与量（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600059	既存治療で効果不十分と判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600060	アレルゲン免疫療法（減感作療法）に関する説明内容（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
			（スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の継続投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の前回投与時及び当該継続投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ② 本製剤と併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ③ 12週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	842600016	前回投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600017	前回投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600061	前回投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600018	継続投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600019	継続投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600062	継続投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600063	併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600064	併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の一日投与量（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600065	12週を超えて継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
109	タグリッソ錠40mg タグリッソ錠80mg		（EGFR遺伝子変異陽性の手術不能又は再発非小細胞肺癌に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「EGFR遺伝子変異検査を実施すること。EGFR遺伝子変異検査の実施には、十分な経験を有する病理医又は検査施設において、承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」及び「他のEGFRチロシンキナーゼ阻害剤による治療歴を有し、病勢進行が確認されている患者では、EGFRT790M変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600047	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（タグリッソ錠40mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（EGFR遺伝子変異陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法及びEGFR遺伝子変異陽性の切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「EGFR遺伝子変異検査を実施すること。EGFR遺伝子変異検査の実施には、十分な経験を有する病理医又は検査施設において、承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異検査の実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600048	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タグリッソ錠40mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
110	タスフィゴ錠35mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600261	FGFR2 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（タスフィゴ錠35mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600262	FGFR2 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タスフィゴ錠35mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
111	タズベリク錠200mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、EZH2 遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600049	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（タズベリク錠200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600050	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タズベリク錠200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600263	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（ダトロウェイ点滴静注用100mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
112	ダトロウェイ点滴静注用100mg		本製剤の効能・効果は「化学療法歴のあるホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから、ホルモン受容体陽性及びHER2陰性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600264	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ダトロウェイ点滴静注用100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600265	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（ダトロウェイ点滴静注用100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600266	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ダトロウェイ点滴静注用100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
			本剤の効能又は効果に関連する注意において、「アントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤又はタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のある患者を対象とすること。」とされているので、過去に実施したアントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤又はタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	830600222	アントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤又はタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴（トロデルビ点滴静注用200mg）：*******	○
113	タフィンラーカプセル50mg タフィンラーカプセル75mg タフィンラーカプセル小児用分散錠10mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600051	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（タフィンラーカプセル50mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600052	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タフィンラーカプセル50mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
114	タプレクタ錠150mg タプレクタ錠200mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600053	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（タプレクタ錠150mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600054	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タプレクタ錠150mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
115	~~ターゼナカプセル0.1mg~~ ターゼナカプセル0.25mg ターゼナカプセル1mg		（がん化学療法歴のあるBRCA遺伝子変異陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌） 効能又は効果に関連する注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、生殖細胞系列のBRCA遺伝子変異（病的変異又は病的変異疑い）を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600267	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ターゼナカプセル0．1mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
116	チャンピックス錠0．5mg チャンピックス錠1mg		（ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合） 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」した旨を記載すること。	820600066	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方（チャンピックス錠0．5mg等）	
117	チラーヂンS静注液200μg		本製剤を甲状腺機能低下症の患者に投与する際は、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さない場合に限ること。 また、甲状腺機能低下症の患者に対する本製剤の投与開始に当たっては、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由を記載すること。	830600066	レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由（チラーヂンS静注液200μg）：*******	
118	ティーエスワン配合顆粒T20 ティーエスワン配合顆粒T25 ティーエスワン配合OD 錠T20 ティーエスワン配合OD 錠T25 ティーエスワン配合カプセルT20 ティーエスワン配合カプセルT25		本製剤の用法及び用量において、「胃癌にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、頭頸部癌にはA法、非小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不能又は再発乳癌にはA法、膵癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること（「A法」から「F法」までのうち該当するものを記載）。	820600305	A法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600306	B法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600307	C法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600308	D法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600309	E法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600310	F法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
119	ティブソボ錠250 mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、IDH1遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、IDH1 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600268	IDH1 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ティブソボ錠250 mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600269	IDH1 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ティブソボ錠250 mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
120	テゼスパイア皮下注210mgシリンジ テゼスパイア皮下注210mgペン	気管支喘息	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。	820600534	気管支喘息（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600311	医師要件ア（テゼスパイア皮下注210mg）	
				820600312	医師要件イ（テゼスパイア皮下注210mg）	
				820600313	医師要件ウ（テゼスパイア皮下注210mg）	
			本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載）を記載すること。 ア 高用量吸入ステロイド薬（ICS）とその他の長期管理薬（長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。 イ 中用量ICSとその他の長期管理薬（長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。	820600314	患者要件ア（テゼスパイア皮下注210mg）	
				820600315	患者要件イ（テゼスパイア皮下注210mg）	
			（「患者要件イ」に該当する場合） 長時間作用性β2 刺激薬を併用することが困難であると判断した理由（小児のみ）又はICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由	830600257	長時間作用性β2 刺激薬を併用することが困難であると判断した理由（テゼスパイア皮下注210mg）：******	○
				830600193	ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由（テゼスパイア皮下注210mg）：******	
		鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1）本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨（「施設要件ア」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 2）次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ 既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・鼻閉重症度スコアが2（中等症）以上（4週間を超えて持続していること） ・鼻漏や嗅覚減少又は消失といった鼻茸の症状が8週間を超えて持続している 3）2）でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日。「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4）本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉重症度スコア及び鼻漏や嗅覚減少又は消失といった鼻茸の症状が継続している期間 ② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2）1）でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3）24週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	820600535	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600536	施設要件ア（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600537	患者の要件アに該当（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600538	患者の要件イに該当（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600539	患者の要件ウに該当（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				850600270	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日（テゼスパイア皮下注210mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				830600223	手術が適応とならないと判断した理由（テゼスパイア皮下注210mg）：******	○
				842600058	本製剤投与前における鼻茸スコア（テゼスパイア皮下注210mg）：******	○
				842600059	本製剤投与前における鼻閉重症度スコア（テゼスパイア皮下注210mg）：******	○
				830600224	本製剤投与前における鼻漏や嗅覚減少又は消失といった鼻茸の症状が継続している期間（テゼスパイア皮下注210mg）：******	○
				820600311	医師要件ア（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600312	医師要件イ（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600542	医師要件アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				842600060	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア（テゼスパイア皮下注210mg）：******	○
				842600061	本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア（テゼスパイア皮下注210mg）：******	○
				830600225	24週間を超えて投与することが必要かつ適切と判断した理由（テゼスパイア皮下注210mg）：******	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
121	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 （※は、切除不能な胞巣状軟部肉腫又は再発又は難治性の節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型に限る。） ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院※、小児がん連携病院※など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600166	施設要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600188	施設要件イ（テセントリク点滴静注）	
				820600192	施設要件ウ（テセントリク点滴静注）	
				820600196	施設要件エ（テセントリク点滴静注）	
				820600199	施設要件オ（テセントリク点滴静注）	
122	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」~~又は~~から「医師要件~~イ~~ウ」~~と~~までのうち該当するもの記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600543	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載）記載すること。 ア　カルボプラチン、パクリタキセル及びベバシズマブ（遺伝子組換え）との併用投与 イ　白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）及びペメトレキセドとの併用投与 ウ　カルボプラチン及びパクリタキセル（アルブミン懸濁型）との併用投与	820600172	併用投与ア（テセントリク点滴静注）	
				820600175	併用投与イ（テセントリク点滴静注）	
				820600178	併用投与ウ（テセントリク点滴静注）	
			（本製剤を化学療法歴のないPD-L1 陽性（TC3 又はIC3）の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌患者に単独で投与する場合） EGFR遺伝子変異陰性、ALK融合遺伝子陰性及びPD-L1陽性（TC3又はIC3）を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600117	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600115	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600125	PD－L1陽性（TC3又はIC3）を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
123	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	進展型小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600544	進展型小細胞肺癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
124	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	乳癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600545	乳癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
			PD-L1陽性、ホルモン受容体陰性及びHER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600141	PD－L1陽性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600142	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600143	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
125	テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な肝細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600546	切除不能な肝細胞癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
126	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	PD-L1陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600547	PD-L1陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	
			PD-L1陽性（PD-L1発現率が1%以上）を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600141	PD－L1陽性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600162	PD－L1発現率を確認した検査結果（発現率）（テセントリク点滴静注）：******	
127	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な胞巣状軟部肉腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の整形外科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、悪性軟部腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の小児がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600548	切除不能な胞巣状軟部肉腫（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	○
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	○
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	○
128	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	再発又は難治性の節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の小児血液及び小児がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600552	再発又は難治性の節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	○
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	○
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	○
129	テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な胸腺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。	820600556	切除不能な胸腺癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
			イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、胸部悪性腫瘍のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、胸部悪性腫瘍のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	○
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	○
130	テビムブラ点滴静注100mg		1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600560	施設要件ア（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600561	施設要件イ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600562	施設要件ウ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600563	施設要件エ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600564	施設要件オ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600565	医師要件ア（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600566	医師要件イ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600567	医師要件ウ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
131	テプミトコ錠250mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600144	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（テプミトコ錠250mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600145	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（テプミトコ錠250mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
132	テムセルHS注		本品の警告において、「緊急時に十分対応できる医療施設において、造血幹細胞移植に関する十分な知識・経験を持つ医師のもとで、臨床検査による管理等の適切な対応がなされる体制下で本品を使用すること」、また、効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「ステロイド療法によっても十分な治療効果が得られない場合に使用すること」及び「本品の投与に際しては、急性GVHDの重症度等、「臨床成績」の項の内容を熟知し、本品の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、本品の使用が必要かつ有効と判断した理由を記載すること。	830600067	本品の使用が必要かつ有効と判断した理由（テムセルHS注）：******	
133	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ デュピクセント皮下注200mgペン	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2） 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」から「前治療要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 イ 小児アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ミディアムクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 なお、ミディアムクラスのステロイド外用薬で効果不十分の患者に対しては、本剤の投与を開始する前にストロングクラスのステロイド外用薬での治療も考慮すること。 ウ 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3） 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGA スコア イ 全身又は頭頸部の EASI スコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600568	アトピー性皮膚炎（デュピクセント皮下注）	○
				820600167	施設要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600189	施設要件イ（デュピクセント皮下注）	
				820600193	施設要件ウ（デュピクセント皮下注）	
				820600181	前治療要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600317	前治療要件イ（デュピクセント皮下注）	
				820600182	前治療要件ウ（デュピクセント皮下注）	
				~~830600137~~ 842600078	IGAスコア（デュピクセント皮下注）：******	
				~~830600135~~ 842600079	全身のEASIスコア（デュピクセント皮下注）：******	
				~~830600136~~ 842600080	頭頸部のEASIスコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600109	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（デュピクセント皮下注）：******	
134	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ デュピクセント皮下注200mgペン	気管支喘息	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 2） 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載） ア 高用量吸入ステロイド薬（ICS）とその他の長期管理薬（長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に1回以上きたしている。	820600569	気管支喘息（デュピクセント皮下注）	○
				820600167	施設要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600189	施設要件イ（デュピクセント皮下注）	
				820600193	施設要件ウ（デュピクセント皮下注）	
				820600153	患者要件ア（デュピクセント皮下注）	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
			イ　中用量ICSとその他の長期管理薬（長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性抗コリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に1回以上きたしている。 3）2）で「患者要件イ」に該当する場合は、長時間作用性β2刺激薬を併用することが困難であると判断した理由（小児のみ）又 はICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由	820600155	患者要件イ（デュピクセント皮下注）	
				830600226	長時間作用性β2刺激薬を併用することが困難であると判断した理由（デュピクセント皮下注）：******	○
				830600104	ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由（デュピクセント皮下注）：******	
135	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	①　本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1）本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨（「施設要件ア」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 2）次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア　慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ　既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・　内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・　鼻閉重症度スコアが2（中等症）以上（8週間以上持続していること） ・　嗅覚障害、鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）等（8週間以上持続していること） 3）2）でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日、「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4）本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉重症度スコア及び嗅覚障害、鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）等が継続している期間 ②　本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2）1）でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3）本製剤の継続投与前における各鼻腔の鼻茸スコア及び鼻閉重症度スコア 4）24週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	820600570	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎（デュピクセント皮下注）	○
				820600167	施設要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600150	患者の要件アに該当（デュピクセント皮下注）	
				820600185	患者の要件イに該当（デュピクセント皮下注）	
				820600151	患者の要件ウに該当（デュピクセント皮下注）	
				850600132	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日（デュピクセント皮下注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600108	手術が適応とならないと判断した理由（デュピクセント皮下注）：******	
				830600123	本製剤投与前における鼻茸スコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600124	本製剤投与前における鼻閉重症度スコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600125	本製剤投与前における鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）等が継続している期間（デュピクセント皮下注）：******	
				820600142	医師要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600144	医師要件イ（デュピクセント皮下注）	
				820600143	医師要件アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨（デュピクセント皮下注）	
				830600126	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600127	本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600103	24週間を超えて投与することが必要かつ適切と判断した理由（デュピクセント皮下注）：******	
136	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン	既存治療で効果不十分な結節性痒疹	効能又は効果に関連する注意において、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景を十分に理解した上で、本剤はステロイド外用剤等による治療を施行しても、痒疹結節を主体とする病変が多発し、複数の部位に及ぶ患者に用いること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 イ　投与開始時の痒疹結節数 ウ　投与開始時の病変部位 エ　投与開始時のそう痒スコア	820600571	既存治療で効果不十分な結節性痒疹（デュピクセント皮下注）	○
				830600163	既存治療として使用していた薬剤の品名（デュピクセント皮下注）：******	
				830600164	既存治療として使用していた薬剤の使用期間（デュピクセント皮下注）：******	
				830600165	既存治療として薬剤を使用していない理由（デュピクセント皮下注）：******	
				830600166	投与開始時の痒疹結節数（デュピクセント皮下注）：******	
				830600167	投与開始時の病変部位（デュピクセント皮下注）：******	
				842600029	投与開始時のそう痒スコア（デュピクセント皮下注）：******	
137	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ デュピクセント皮下注200mgペン	慢性閉塞性肺疾患	①　本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、3年以上の慢性閉塞性肺疾患に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、3年以上の慢性閉塞性肺疾患に関連するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 2）次に掲げるすべての項目の値 ア　気管支拡張薬投与後の予測1秒量に対する比率（%FEV1） イ　血中好酸球数 3）長時間作用性抗コリン薬（以下、LAMA）、長時間作用性β2刺激薬（以下、LABA）及び吸入ステロイド薬（以下、ICS）の併用療法（ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABAの併用療法）による治療期間 4）本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載） ア　中等度の増悪を年2回以上（うち1回は全身性ステロイド薬の投与が必要であった）認め、このうち少なくとも1回の増悪はLAMA、LABA及びICS（ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABA）の併用中に発現している。 イ　LAMA、LABA及びICS（ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABA）の併用中に重度の増悪を年1回以上認めている。 5）禁煙、呼吸リハビリテーション等の非薬物療法に関する管理計画を作成した年月日 6）上記5）の管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日 ②　本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1）本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。（「投与期間ア」から「投与期間ウ」までのうち該当するものを記載） ア　12週間未満 イ　12週間以上52週間未満 ウ　52週間以上 2）本製剤投与中、（5）①の5）の管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日 3）12週間及び52週間を目安に実施する肺機能及び健康状態の改善、急性増悪の発現状況等の確認を踏まえ、本剤投与の継続が必要と判断した理由	820600572	慢性閉塞性肺疾患（デュピクセント皮下注）	○
				820600167	施設要件ア（デュピクセント皮下注）	○
				820600189	施設要件イ（デュピクセント皮下注）	○
				842600062	気管支拡張薬投与後の予測1秒量に対する比率（%FEV1）（デュピクセント皮下注）：******	○
				842600063	血中好酸球数（デュピクセント皮下注）：******	○
				830600227	長時間作用性抗コリン薬（以下、LAMA）、長時間作用性β2刺激薬（以下、LABA）及び吸入ステロイド薬（以下、ICS）の併用療法（ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABAの併用療法）による治療期間（デュピクセント皮下注）：******	○
				820600153	患者要件ア（デュピクセント皮下注）	○
				820600155	患者要件イ（デュピクセント皮下注）	○
				850600271	禁煙、呼吸リハビリテーション等の非薬物療法に関する管理計画を作成した年月日（デュピクセント皮下注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600272	管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日（初回投与）（デュピクセント皮下注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				~~830600228~~ 820600599	投与期間ア（デュピクセント皮下注）	○
				~~830600229~~ 820600600	投与期間イ（デュピクセント皮下注）	○
				~~830600230~~ 820600601	投与期間ウ（デュピクセント皮下注）	○
				850600273	管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日（継続投与）（デュピクセント皮下注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600231	本剤投与の継続が必要と判断した理由（デュピクセント皮下注）	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
138	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン	中等症から重症の水疱性類天疱瘡	効能又は効果に関連する注意において、「最新の国内診療ガイドラインを参考に、全身性ステロイド薬の投与が必要な中等症から重症の水疱性類天疱瘡患者に対して本剤を投与すること。」及び「本剤の適用に先立ち、全身性ステロイド薬単独による治療の実施も考慮すること。患者の症状や状態に応じて、全身性ステロイド薬単独による治療を行わず、本剤と全身性ステロイド薬の併用による治療を開始する場合は、最新の国内診療ガイドライン等を参照の上で、本剤の投与の必要性を慎重に判断すること。」、用法及び用量に関連する注意において「本剤は全身性ステロイド薬と併用で投与を開始すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　疾患重症度 イ　本製剤の適用に先立ち実施した全身性ステロイド薬の品名（全身性ステロイド薬単独による治療を行わず、本製剤と全身性ステロイド薬の併用による治療を開始する場合は、その理由） ウ　本製剤と併用する全身性ステロイド薬の品名	842600064	疾患重症度（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）：******	○
				830600232	適用に先立ち実施した全身性ステロイド薬の品名（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）：******	○
				830600233	全身性ステロイド薬単独による治療を行わず、全身性ステロイド薬の併用による治療を開始理由（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）：******	○
				830600234	併用する全身性ステロイド薬の品名（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）：******	○
139	デリタクト注		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ①　次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載） ア　特定機能病院 イ　大学附属病院本院（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。） ウ　悪性神経膠腫手術の年間症例数が30例以上ある施設 エ　本品に係る治験の実施施設、又はこれと同等の施設体制を有し本品に係る治験責任医師又は治験分担医師が常勤する施設（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。） ②　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを全て記載。最適使用推進ガイドラインにおいて、次に掲げる医師の要件のすべてに該当する医師を配置することとされている。） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の脳神経外科学の臨床研修を行っており、うち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験があること。 イ　脳腫瘍に関する十分な臨床経験（計 30 例以上）があること。 ウ　ナビゲーション下生検術を含む定位脳手術の実績が5例以上あること。 ③　放射線治療及びテモゾロミドの治療歴のある患者である旨	820600067	施設要件ア（デリタクト注）	
				820600068	施設要件イ（デリタクト注）	
				820600069	施設要件ウ（デリタクト注）	
				820600070	施設要件エ（デリタクト注）	
				820600071	医師要件ア（デリタクト注）	
				820600072	医師要件イ（デリタクト注）	
				820600073	医師要件ウ（デリタクト注）	
				820600074	放射線治療歴のある患者（デリタクト注）	
				820600075	テモゾロミド治療歴のある患者（デリタクト注）	
140	ドブテレット錠20mg	待機的な観血的手技を予定している慢性肝疾患患者における血小板減少症の改善	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は鏡器切除を伴う観血的手技の場合は、本剤の投与を避けること。」とされていることから、このような症例には使用しないこと。また、観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600168	観血的手技の名称（ドブテレット錠20mg）：******	
				850600185	観血的手技の実施予定年月日（ドブテレット錠20mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
141	トルカプ錠160mg トルカプ錠200mg		本製剤の効能又は効果は「内分泌療法後に増悪したPIK3CA、AKT1又はPTEN遺伝子変異を有するホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2陰性及びPIK3CA、AKT1又はPTEN遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600274	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600275	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600276	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600277	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600278	PIK3CA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600279	PIK3CA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600280	AKT1遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600281	AKT1遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600282	PTEN遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600283	PTEN遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
142	トルツ皮下注80mgオートインジェクター	尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	12週以降において、2週間隔で投与する場合、2週間隔で投与することが適切と判断した理由を記載すること。	830600068	12週以降、2週間隔で投与することが適切と判断した理由（トルツ皮下注80mgオートインジェクター等）：******	
143	トロデルビ点滴静注用200mg		①　本製剤の効能又は効果は「化学療法歴のあるホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「化学療法歴のあるホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから、HER2陰性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600284	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（トロデルビ点滴静注用200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600285	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トロデルビ点滴静注用200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
144	ナルティークOD 錠75mg	片頭痛発作の発症抑制	本製剤の効能又は効果に関連する注意において「十分な診察を実施し、前兆のある又は前兆のない片頭痛の発作が月に複数回以上発現している、又は慢性片頭痛であることを確認した上で本剤の適用を考慮すること。」とされており、国内第Ⅲ相試験では、「観察期間（28 日間）中の片頭痛日数が4 日以上かつ頭痛日数が18 日以下」の患者が対象とされていることから、使用に当たっては十分留意し、本製剤の投与開始前の4週間あたりの片頭痛日数の平均を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	842600065	投与開始前の4週間あたりの片頭痛日数の平均（ナルティークOD錠75mg）：******	○
			本製剤の用法及び用量に関連する注意において、「本剤投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後3カ月を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮すること。」とされているので、当該評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600577	投与開始後3カ月において症状の改善が認められた旨（ナルティークOD 錠75mg）	○
145	ニコチネルTTS10 ニコチネルTTS20 ニコチネルTTS30		（ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合） 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」した旨を記載すること。	820600076	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方（ニコチネルTTS10等）	
146	ニューモバックスNPシリンジ		（ステムリマブ（遺伝子組換え）、ベグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物投与患者に使用する場合） ステムリマブ（遺伝子組換え）、ベグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物の投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること（同一の診療報酬明細書においてステムリマブ（遺伝子組換え）、ベグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物の投与が確認できる場合を除く。）。	850600186	ステムリマブ（遺伝子組換え）、ベグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物の投与を行った年月日（ニューモバックスNPシリンジ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600187	ステムリマブ（遺伝子組換え）、ベグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物の投与を行う予定の年月日（ニューモバックスNPシリンジ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
147	ニュベクオ錠300mg	アンドロゲン受容体陽性の根治切除不能な進行・再発の唾液腺癌	効能又は効果に関連する注意において「アンドロゲン受容体陽性の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」とされているので、アンドロゲン受容体陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600286	アンドロゲン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（ニュベクオ錠300mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	O
				850600287	アンドロゲン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ニュベクオ錠300mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	O
			①本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1）本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨（「施設要件ア」と記載） 2）次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア　慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ　既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・　内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・　鼻閉の VAS 重症度スコアが5を超える（4週間以上持続していること） ・「鼻づまり／鼻閉塞感／鼻閉」又は「鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）」のいずれかを有し、さらに「顔面痛／顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」の計2つ以上の症状を有する（12 週間以上持続していること）	820600578	施設要件ア（ヌーカラ皮下注）	○
				820600579	患者の要件アに該当（ヌーカラ皮下注）	○
				820600580	患者の要件イに該当（ヌーカラ皮下注）	○
				820600581	患者の要件ウに該当（ヌーカラ皮下注）	○
				850600288	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日（ヌーカラ皮下注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600235	慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならないと判断した理由（ヌーカラ皮下注）：******	○
				842600066	本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア（ヌーカラ皮下注）：******	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
148	ヌーカラ皮下注100mg ペン ヌーカラ皮下注100mg シリンジ	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	・ 血中好酸球数が5%超の場合は、コンピュータ断層（以下「CT」という。）撮影で篩骨洞≧上顎洞の陰影が認められている又は気管支喘息、アスピリン不耐性若しくは非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）不耐性を合併している ・ 血中好酸球数が2～5%の場合は、CT で篩骨洞≧上顎洞の陰影が認められ、かつ気管支喘息、アスピリン不耐性若しくは非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）不耐性を合併している 3）2）でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日、「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4）本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉の VAS 重症度スコア並びに「鼻づまり／鼻閉塞感／鼻閉」又は「鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）」及び「顔面痛／顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」が継続している期間 ②本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2） 1）でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3） 24 週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	842600067	本製剤投与前における鼻閉のVAS 重症度スコア（ヌーカラ皮下注）：******	○
				830600236	本製剤投与前における「鼻づまり／鼻閉塞感／鼻閉」又は「鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）」が継続している期間（ヌーカラ皮下注）：******	○
				830600237	本製剤投与前における「顔面痛／顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」が継続している期間（ヌーカラ皮下注）：******	○
				820600582	医師要件ア（ヌーカラ皮下注）	○
				820600583	医師要件イ（ヌーカラ皮下注）	○
				820600584	医師要件アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨（ヌーカラ皮下注）	○
				842600068	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア（ヌーカラ皮下注）：******	○
				842600069	本製剤の継続投与前における鼻閉のVAS 重症度スコア（ヌーカラ皮下注）：******	○
				830600238	24週間を超えて本製剤を継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由（継続投与）（ヌーカラ皮下注）：******	○
149	ノーモサング点滴静注250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤による急性発作の予防効果は確認されていないことから、予防的には使用しないこと。」とされているので、予防的に使用した場合には算定できないものであること。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、発作時の使用である旨を記載すること。	820600077	発作時の使用（ノーモサング点滴静注250mg）	
150	ノボセブンHI静注用1mg　シリンジ ノボセブンHI静注用2mg　シリンジ ノボセブンHI静注用5mg　シリンジ		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅶ因子又は区因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600128	インヒビター力価（ノボセブンHI静注用1mgシリンジ等）：******	
				850600146	インヒビター力価測定年月日（ノボセブンHI静注用1mgシリンジ等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
151	ハイイータン錠50mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET 遺伝子エクソン14 スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET 遺伝子エクソン14 スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600289	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（ハイイータン錠50mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600290	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ハイイータン錠50mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
152	バージェタ点滴静注420mg／14mL	結腸・直腸癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2 陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600188	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（バージェタ点滴静注420mg／14mL）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600189	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（バージェタ点滴静注420mg／14mL）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
153	ハーセプチン注射用150 ハーセプチン注射用60 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「CTH」 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「NK」 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「ファイザー」 ~~トラスツズマブBS点滴静注用150mg「第一三共」~~ トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」 ~~トラスツズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」~~		ハーセプチン注射用60、ハーセプチン注射用150 HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600057	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（ハーセプチン注射用60等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600058	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ハーセプチン注射用60等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「NK」、同 150mg「NK」、同 60mg「CTH」及び同 150mg「CTH」 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600059	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600060	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600061	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600062	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「第一三共」及び同 150mg「第一三共」 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600063	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600064	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「ファイザー」及び同 150mg「ファイザー」 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600065	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600066	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
154	バイアグラ錠25mg バイアグラ錠50mg バイアグラODフィルム25mg バイアグラODフィルム50mg シアリス錠5mg シアリス錠10mg シアリス錠20mg	勃起不全による男性不妊の治療を目的として一般不妊治療におけるタイミング法において用いる場合	以下の事項を記載すること。 ① 投与を行う医師に係る要件として次に掲げるもののうち、該当するもの（「投与医要件ア」又は「投与医要件イ」と記載） ア 泌尿器科について5年以上の経験を有する医師 イ ア以外で、特段の理由がある場合 ② 上記①イに該当する場合、当該理由	820600318	投与医要件ア（バイアグラ錠25mg等）	
				820600319	投与医要件イ（バイアグラ錠25mg等）	
				830600169	投与医要件イに該当する理由（バイアグラ錠25mg等）：******	
			以下の事項を記載すること。 ① 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者又はそのパートナーのいずれであるか ② 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（投与する保険医療機関と同一である場合には省略しても差し支えない。） ③ 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（投与日から遡って6か月以内に限る。）	820600320	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者（バイアグラ錠25mg等）	
				820600321	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者のパートナー（バイアグラ錠25mg等）	
				830600170	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（バイアグラ錠25mg等）：******	
				850600190	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（バイアグラ錠25mg等）：（元号）yy″年″mm″月″	
			（6か月を超えて投与を継続する場合） 継続の必要性を改めて検討し、必要と判断した理由及び初回投与の年月を記載すること。	830600171	6か月を超えて投与を継続する必要と判断した理由（バイアグラ錠25mg等）：******	
				850600191	初回投与の年月（バイアグラ錠25mg等）：（元号）yy″年″mm″月″	
155	~~バイクロット配合静注用~~ バイクロット配合静注用2.5mL バイクロット配合静注用5mL バイクロット配合静注用10mL		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅶ因子又は第Ⅸ因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600129	インヒビター力価（バイクロット配合静注用2.5mL等）：******	
				850600147	インヒビター力価測定年月日（バイクロット配合静注用2.5mL等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
156	バイジュベックゲル		（本製剤の投与開始の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本品を用いた治療の責任者として、次に掲げる要件をすべて満たす医師が配置されている施設である旨（「施設要件ア～エ」と記載） ア 日本皮膚科学会専門医の資格を有すること イ 表皮水疱症の診療に必要な学識・技術を習得していること ウ 製造販売業者による本品の適正使用に関する講習を受講していること エ 「遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律」（以下、「カルタヘナ法」という。）を十分に理解し、施設内における第一種使用規定に従った取扱いが行えること ② 患者又は患者家族が在宅で投与を行う場合は、投与者がカルタヘナ法遵守に関する説明及び本品の投与に関するトレーニングを受け、在宅でも適切な手技を実施可能であることを確認した年月日	820600585	施設要件ア（バイジュベックゲル）	○
				820600586	施設要件イ（バイジュベックゲル）	○
				820600587	施設要件ウ（バイジュベックゲル）	○
				820600588	施設要件エ（バイジュベックゲル）	○
				850600291	在宅でも適切な手技を実施可能であることを確認した年月日（投与開始）（バイジュベックゲル）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
			（本製剤の継続投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本製品による治療効果を確認した直近の年月日 ② 患者又は患者家族が在宅で投与を行う場合は、投与者が在宅での投与を適切に実施できていることを確認した直近の年月日	850600292	本製品による治療効果を確認した直近の年月日（継続投与）（バイジュベックゲル）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600293	在宅での投与を適切に実施できていることを確認した直近の年月日（継続投与）（バイジュベックゲル）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
157	バクスミー点鼻粉末剤3mg		1回2瓶以上処方する場合は、複数必要と判断した理由を記載すること。	830600069	1回2瓶以上必要と判断した理由（バクスミー点鼻粉末剤3mg）：******	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
158	バクトロバン鼻腔用軟膏2%		易感染患者から隔離することが困難な入院患者に対する使用に当たっては、やむを得ず、二名以下の患者が収容されている病室にMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）とともに入院している者に対して使用した場合に限り算定できるものであること。 その場合、易感染患者から隔離することが困難な入院患者の使用に係る薬剤料はMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の分として算定し、MRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の診療報酬明細書に易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与した旨を記載すること。	820600078	易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与（バクトロバン鼻腔用軟膏2%）	
159	パベンチオ点滴静注200mg	メルケル細胞癌	次の事項を記載すること。 1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
160	パベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の治療	次の事項を記載すること。 1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
161	パベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能な尿路上皮癌における化学療法後の維持療法の治療	次の事項を記載すること。 1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
162	バルバーサ錠3mg バルバーサ錠4mg バルバーサ錠5mg		① 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。 ② 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「PD-1/PD-L1阻害剤による治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。」とされているので、本製剤をPD-1/PD-L1阻害剤による治療歴のない患者に投与する場合は、本製剤を投与することとした理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	850600294	FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を確認した遺伝子検査の実施年月日（バルバーサ錠3mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600295	FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を確認した遺伝子検査の実施年月日（初回投与）（バルバーサ錠3mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				830600239	PD－1／PD－L1阻害剤による治療歴のない患者に投与する理由（バルバーサ錠3mg等）：******	○
163	ビヨントラ錠400mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR 遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mm を超えること ウ 病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと	820600589	患者要件ア（ビヨントラ錠400mg）	○
				820600590	患者要件イ（ビヨントラ錠400mg）	○
				820600591	患者要件ウ（ビヨントラ錠400mg）	○
				830600240	TTR遺伝子検査で病的変異の有無（ビヨントラ錠400mg）：******	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
164	ビラフトビカプセル50mg ビラフトビカプセル75mg	共通	本製剤の効能・効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600067	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ビラフトビカプセル50mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600068	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ビラフトビカプセル50mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		BRAF遺伝子変異を有する治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	（がん化学療法後に増悪した患者に対して本剤を投与する場合） 本製剤の用法・用量に関連する注意において、「併用する他の抗悪性腫瘍剤の選択に際しては、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、関連学会の最新のガイドライン等を参考にした上で、患者の状態に応じて、ビニメチニブの併用の必要性を判断すること。」とされているので、本剤とビニメチニブを併用する場合には、関連学会の最新のガイドライン等を踏まえ、併用する理由を記載すること。その場合は、併用が必要とした判断に用いた情報（ECOG PS、転移臓器数、CRP 値等）を具体的に記載すること。	830600070	ビニメチニブを併用する理由（ビラフトビカプセル50mg等）：******	
165	ビルテプソ点滴静注250mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「遺伝子検査により、エクソン53スキッピングにより治療可能なジストロフィン遺伝子の欠失（エクソン43-52、45-52、47-52、49-52、49-52、50-52、52欠失等）が確認されている患者に投与すること。」と記載されているので、遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600148	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日（ビルテプソ点滴静注250mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600149	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ビルテプソ点滴静注250mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
166	ピロイ点滴静注用100mg ピロイ点滴静注用300mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「CLDN18.2陽性の定義について「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、CLDN18.2陽性が確認された患者に投与すること。」及び「HER2陰性の患者に投与すること。」とされているので、CLDN18.2陽性及びHER2陰性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600296	CLDN18．2陽性を確認した検査の実施年月日（ピロイ点滴静注用100mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600297	CLDN18．2陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ピロイ点滴静注用100mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600298	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（ピロイ点滴静注用100mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600299	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ピロイ点滴静注用100mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
167	ビンダケルカプセル20mg	トランスサイレチン型心アミロイドーシス（野生型及び変異型）	本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ　心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ　病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと	820600087	患者要件ア（ビンダケルカプセル20mg）	
				820600088	患者要件イ（ビンダケルカプセル20mg）	
				820600592	患者要件ウ（ビンダケルカプセル20mg）	○
				830600241	TTR遺伝子検査で病的変異の有無（ビンダケルカプセル20mg）：******	○
168	ビンマックカプセル61mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ　心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ　病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと	820600089	患者要件ア（ビンマックカプセル61mg）	
				820600090	患者要件イ（ビンマックカプセル61mg）	
				820600593	患者要件ウ（ビンマックカプセル61mg）	○
				830600242	TTR遺伝子検査で病的変異の有無（ビンマックカプセル61mg）：******	○
169	ファイバ静注用1000		本製剤の使用に当たっては、インヒビター力価が測定されていることが前提であり、その測定された年月日及びその力価を記載する。	830600130	インヒビター力価（ファイバ静注用1000）：******	
				850600150	インヒビター力価測定年月日（ファイバ静注用1000）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
170	ファビハルタカプセル200mg	発作性夜間ヘモグロビン尿症	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「補体（C5）阻害剤による適切な治療を行っても、十分な効果が得られない場合に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	820600243	治療として使用していた薬剤の品名（ファビハルタカプセル200mg）：******	○
				820600244	治療として使用していた薬剤の使用期間（ファビハルタカプセル200mg）：******	○
171	フェインジェクト静注500mg		本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/dL以上の場合、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600194	投与前の血中Hb値（フェインジェクト静注500mg）：******	
				830600071	投与が必要と判断した理由（フェインジェクト静注500mg）：******	
172	フェスゴ配合皮下注　MA フェスゴ配合皮下注　IN		（HER2陽性の乳癌に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「HER2陽性の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 （がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600192	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（フェスゴ配合皮下注MA等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600193	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（フェスゴ配合皮下注MA等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
173	フォシーガ錠5mg フォシーガ錠10mg	慢性腎臓病	効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが25mL/min/1.73m2未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景（原疾患、併用薬、腎機能等）を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）を記載すること。	830600074	適応患者であると判断した理由（フォシーガ錠5mg等）：******	
				830600075	判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）（フォシーガ錠5mg等）：******	
174	ブルヴィクト静注		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「承認された診断用医薬品を用いた検査により、PSMA 陽性病変を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600300	PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日（ブルヴィクト静注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600301	PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ブルヴィクト静注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
			本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「臨床試験に組み入れられた患者の治療歴等について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、タキサン系抗悪性腫瘍剤の適応となる患者においては、タキサン系抗悪性腫瘍剤による治療の実施についても慎重に検討し、適応患者の選択を行うこと。」及び「アビラテロン、エンザルタミド、アパルタミド又はダロルタミドによる治療歴のない患者における有効性及び安全性は確立していない。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由及び前立腺癌に対する薬物治療歴を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	830600245	投与が必要と判断した理由（ブルヴィクト静注）：******	○
				830600246	前立腺癌に対する薬物治療歴（ブルヴィクト静注）：******	○
175	ブレヤンジ静注		本製品の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア　日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ　認定カテゴリー1 に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600105	施設要件ア（ブレヤンジ静注）	
				820600106	施設要件イ（ブレヤンジ静注）	
176	ベイスン錠0．2 ベイスンOD錠0．2 ボグリボースODフィルム0．2「QQ」 ~~ボグリボースOD錠0．2mg「MED」~~ ボグリボースOD錠0．2mg「ケミファ」 ボグリボースOD錠0．2mg「サワイ」 ボグリボースOD錠0．2mg「タカタ」 ボグリボースOD錠0．2mg「トーワ」 ボグリボースOD錠0．2mg「日医工」 ボグリボースOD錠0．2mg「武田テバ」 ボグリボースOD錠0．2mg「杏林」 ~~ボグリボース錠0．2mg「JG」~~ ボグリボース錠0．2mg「NP」 ボグリボース錠0．2mg「NS」 ボグリボース錠0．2mg「TCK」 ボグリボース錠0．2mg「YD」 ~~ボグリボース錠0．2mg「ケミファ」~~ ボグリボース錠0．2mg「サワイ」 ~~ボグリボース錠0．2mg「タカタ」~~ ボグリボース錠0．2mg「トーワ」	耐糖能異常における2型糖尿病の発症抑制（ただし、食事療法及び運動療法を十分に行っても改善されない場合に限る。）	耐糖能異常と判断した根拠（判断した年月日とその結果）、食事療法及び運動療法を3～6ヶ月間行っても改善されなかった旨及び高血圧症又は脂質異常症の診断名を記載する。	830600081	耐糖能異常と判断した根拠（ベイスン錠0．2等）：******	
				850600073	耐糖能異常と判断した年月日（ベイスン錠0．2等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				820600107	食事療法及び運動療法を3～6ヶ月間行っても改善されなかった（ベイスン錠0．2等）	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
	ボグリボース錠0．2mg「杏林」 ボグリボース錠0．2mg「日医工」 ボグリボース錠0．2mg「武田テバ」 ~~ボグリボース錠0．2mg「YTRS」~~			830600082	高血圧症又は脂質異常症の診断名（ベイスン錠0．2等）；******	
177	ベージニオ錠50mg ベージニオ錠100mg ベージニオ錠150mg		本製剤の効能・効果は「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術後薬物療法」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600074	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（ベージニオ錠50mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600075	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベージニオ錠50mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600076	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（ベージニオ錠50mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600077	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベージニオ錠50mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
178	ベスポンサ点滴静注用1mg		本製剤の使用上の注意において「フローサイトメトリー法等の検査によって、CD22抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」とされているので、CD22陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600078	CD22陽性を確認した検査の実施年月日（ベスポンサ点滴静注用1mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600079	CD22陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベスポンサ点滴静注用1mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
179	ベマジール錠4．5mg	がん化学療法後に増悪したFGFR2融合遺伝子陽性の治癒切除不能な胆道癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600080	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（ベマジール錠4．5mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600081	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベマジール錠4．5mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		FGFR1融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座が確認され、FGFR1融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍と診断された患者に投与すること。」とされているので、染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600194	8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日（ベマジール錠4．5mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600195	8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベマジール錠4．5mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
180	ヘムライブラ皮下注12mg ヘムライブラ皮下注30mg ヘムライブラ皮下注60mg ヘムライブラ皮下注90mg ヘムライブラ皮下注105mg ヘムライブラ皮下注150mg		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅷ因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。	850600302	インヒビター力価測定年月日（ヘムライブラ皮下注12mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
181	ベリキューボ錠2．5mg ベリキューボ錠5mg ベリキューボ錠10mg		効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の保たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載すること。 なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600082	左室駆出率の計測年月日（ベリキューボ錠2．5mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600083	左室駆出率の値（ベリキューボ錠2．5mg等）；******	
				~~830600084~~ 830600206	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合）（ベリキューボ錠2．5mg等）；******	
182	ヘルネクシオス錠60mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2（ERBB2）遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600303	HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ヘルネクシオス錠60mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600304	HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ヘルネクシオス錠60mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
183	ボイデヤ錠50mg		本製剤の効能又は効果に関連する使用上の注意において、「補体（C5）阻害剤による適切な治療を行っても十分な効果が得られない場合に、補体（C5）阻害剤と併用して投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用している薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600247	治療として使用していた薬剤の品名（ボイデヤ錠50mg）；******	○
				830600248	治療として使用していた薬剤の使用期間（ボイデヤ錠50mg）；******	○
184	ポテリジオ点滴静注20mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「CCR4陽性の成人 T細胞白血病リンパ腫（ATL）、再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫（PTCL）の場合、CCR4抗原は、フローサイトメトリー（FCM）又は免疫組織化学染色（IHC）法により検査を行い、陽性であることが確認されている患者のみに投与すること。」とされているので、CCR4陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600083	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日（ポテリジオ点滴静注20mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600084	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ポテリジオ点滴静注20mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
185	ミカトリオ配合錠		本製剤への切り替えに当たっては、次の事項を切り替えた月に記載すること。 （1）テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mg の併用療法として使用していた品名及び使用期間 （2）テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mg の併用療法において、安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日	830600085	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12．5mgの併用療法として使用していた品名（ミカトリオ配合錠）；******	
				830600086	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12．5mgの併用療法として使用していた使用期間（ミカトリオ配合錠）；******	
				830600131	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値（ミカトリオ配合錠）；******	
				850600151	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定実施年月日（ミカトリオ配合錠）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
186	ミチーガ皮下注用60mgシリンジ ミチーガ皮下注用30mgバイアル	アトピー性皮膚炎に伴うそう痒	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア　成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ　成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ　小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2）本剤投与前の治療の状況 ア　6歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前にステロイド外用薬（ストロングクラス以上）又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間（4週間未満又は行っていない場合はその理由） イ　6歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前に抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間（2週間未満又は行っていない場合はその理由） 3）13歳以上のアトピー性皮膚炎患者に投与する場合、疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、ア及びイについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載すること。 ア　そう痒VAS 又はそう痒NRS イ　かゆみスコア ウ　EASIスコア 4）6歳以上13歳未満のアトピー性皮膚炎患者に投与する場合、疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、アについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載すること。 ア　かゆみスコア イ　EASIスコア	820600322	医師要件ア（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）	
				820600323	医師要件イ（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）	
				820600324	医師要件ウ（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）	
				830600172	ステロイド外用薬（ストロングクラス以上）又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				830600173	4週間未満又は行っていない場合はその理由（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				830600174	抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				830600175	2週間未満又は行っていない場合はその理由（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				842600030	そう痒VASの値（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				842600031	そう痒VASの値（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				842600032	そう痒VASの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				842600033	そう痒NRSの値（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				842600034	そう痒NRSの値（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				842600035	そう痒NRSの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				842600036	かゆみスコア（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				842600037	かゆみスコア（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				842600038	かゆみスコア（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
				842600039	EASIスコア（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
187	ミチーガ皮下注用30mgバイアル	既存治療で効果不十分な結節性痒疹	効能又は効果に関連する注意において、「「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景を十分に理解した上で、ステロイド外用剤等の抗炎症外用剤及び抗ヒスタミン剤等の抗アレルギー剤による適切な治療を一定期間施行しても、痒疹結節を主体とする病変が多発し、複数の部位に及ぶ患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　既存治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間（既存治療として薬剤を使用していない場合はその理由） イ　投与開始時の痒疹結節数 ウ　投与開始時の病変部位 エ　投与開始時のそう痒スコア	830600249	既存治療として使用していた薬剤の品名（ミチーガ皮下注30mgバイアル）：******	○
				830600250	既存治療として使用していた薬剤の使用期間（ミチーガ皮下注30mgバイアル）：******	○
				830600251	既存治療として薬剤を使用していない理由（ミチーガ皮下注30mgバイアル）：******	○
				842600070	投与開始時の痒疹結節数（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）：******	○
				830600252	投与開始時の病変部位（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）：******	○
				842600071	投与開始時のそう痒スコア（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）：******	○
188	ムルプレタ錠3mg		本製剤の使用上の注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臓器切除を伴う観血的手技の場合は、本剤の投与を避けること。」とされていることから、このような症例には使用しないこと。また、観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600087	観血的手技の名称（ムルプレタ錠3mg）：******	
				850600085	観血的手技の実施予定年月日（ムルプレタ錠3mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
189	メキニスト錠0．5mg メキニスト錠2mg	BRAF 遺伝子変異を有する悪性黒色腫 BRAF 遺伝子変異を有する切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 標準的な治療が困難なBRAF 遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍（結腸・直腸癌 を除く） BRAF 遺伝子変異を有する再発又は難治性の有毛細胞白血病	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600086	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（メキニスト錠0．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
190	メキニスト~~錠~~小児用ドライシロップ4.7mg	標準的な治療が困難なBRAF遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍（結腸・直腸癌を除く） BRAF 遺伝子変異を有する低悪性度神経膠腫	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	~~850600305~~ 850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
191	メクトビ錠15mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（メクトビ錠15mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600089	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メクトビ錠15mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
192	メンクアッドフィ筋注		本製剤は、エクリズマブ（遺伝子組換え）、ラブリズマブ（遺伝子組換え）、スチムリマブ（遺伝子組換え）、ベグセタコプラン、ジルコプランナトリウム、ダニコパン、クロバリマブ（遺伝子組換え）又はイプタコパン塩酸塩水和物投与患者に使用した場合に限り算定できるものであるので、これらの製剤のうちいずれかの投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること（同一の診療報酬明細書においてこれらの製剤のうちいずれかの投与が確認できる場合を除く。）。	850600202	エクリズマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600203	エクリズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600204	ラブリズマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600205	ラブリズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600206	スチムリマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600207	スチムリマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600208	ベグセタコプラン投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600209	ベグセタコプラン投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600210	ジルコプランナトリウム投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600211	ジルコプランナトリウム投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600306	ダニコパン投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600307	ダニコパン投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600308	クロバリマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600309	クロバリマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600310	イプタコパン塩酸塩水和物投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600311	イプタコパン塩酸塩水和物投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
193	モノヴァー静注500mg モノヴァー静注1000mg		本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/dL以上の場合、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600195	投与前の血中Hb値（モノヴァー静注500mg等）：******	
				830600176	投与が必要と判断した理由（モノヴァー静注500mg等）：******	
194	ヨビパス皮下注168μgペン ヨビパス皮下注294μgペン ヨビパス皮下注420μgペン		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「活性型ビタミンD製剤やカルシウム剤による治療を受けている患者に対して、本剤の投与を検討すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600253	治療として使用していた薬剤の品名（ヨビパス皮下注168μgペン等）：******	○
				830600254	治療として使用していた薬剤の使用期間（ヨビパス皮下注168μgペン等）：******	○
195	ライアットMIBG－I131静注		本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治癒切除不能な褐色細胞腫・パラガングリオーマ」及び「MIBG集積陽性の神経芽腫」であり、MIBG集積陽性が確認された患者が対象であることから、MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600094	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日（ライアットMIBG－I131静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600095	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ライアットMIBG－I131静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
196	ライブリバント点滴静注350mg	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に用いる場合	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、EGFR遺伝子エクソン20挿入変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600312	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日（ライブリバント点滴静注350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600313	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ライブリバント点滴静注350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
	[illegible]	EGFR遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に用いる場合	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600314	EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）陽性を確認した検査の実施年月日（ライブリバント点滴静注350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600315	EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ライブリバント点滴静注350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
197	ラズクルーズ錠80mg ラズクルーズ錠240mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600316	EGFR 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ラズクルーズ錠80mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600317	EGFR 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ラズクルーズ錠80mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
198	ラピフォートワイプ2．5%		本製剤の投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）を記載すること。	842600040	多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）（ラピフォートワイプ2．5%）：******	
199	リツキサン点滴静注100mg リツキサン点滴静注500mg	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫、CD20陽性の慢性リンパ性白血病及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600096	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキサン点滴静注100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600097	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキサン点滴静注100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
	リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KHK」	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600152	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
	リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」 リツキシマブBS点滴静注500mg「ファイザー」	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600099	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600100	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
200	リットフーロカプセル50mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6ヵ月程度毛髪に自然再生が認められない患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、頭部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪の自然再生が認められていない期間を記載すること。	830600177	頭部全体に占める脱毛部位の割合（リットフーロカプセル50mg）：******	
				830600178	毛髪の自然再生が認められていない期間（リットフーロカプセル50mg）：******	
201	リトゴビ錠4mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600212	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（リトゴビ錠4mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600213	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リトゴビ錠4mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
202	リフヌア錠45mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「最新のガイドライン等を参考に、慢性咳嗽の原因となる病歴、職業、環境要因、臨床検査結果等を含めた包括的な診断に基づく十分な治療を行っても咳嗽が継続する場合に使用を考慮すること。」とされていることを踏まえ、投与開始に当たっては、難治性の慢性咳嗽であると判断した理由を記載すること。	830600179	難治性の慢性咳嗽であると判断した理由（リフヌア錠45mg）：*******	
203	リブタヨ点滴静注350mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600325	施設要件ア（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600326	施設要件イ（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600327	施設要件ウ（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600328	施設要件エ（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600329	施設要件オ（リブタヨ点滴静注350mg）	
		がん化学療法後に増悪した進行又は再発の子宮頸癌の治療	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600330	医師要件ア（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600331	医師要件イ（リブタヨ点滴静注350mg）	
		切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌の治療	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 本剤を単独で投与する場合、PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率） 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載） ア　白金製剤（カルボプラチン又はシスプラチン）及びパクリタキセルとの併用投与 イ　白金製剤（カルボプラチン又はシスプラチン）及びペメトレキセドナトリウムとの併用投与	~~820600594~~ 820600330	医師要件ア（リブタヨ点滴静注350mg）	○
				820600331	医師要件イ（リブタヨ点滴静注350mg）	○
				850600318	PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日（リブタヨ点滴静注350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				~~830600255~~ 842600085	PD-L1陽性を確認した検査の検査結果（発現率）（リブタヨ点滴静注350mg）：******	○
				820600596	併用投与ア（リブタヨ点滴静注350mg）	○
				820600597	併用投与イ（リブタヨ点滴静注350mg）	○
204	リベルサス錠3mg リベルサス錠7mg リベルサス錠14mg		他の経口血糖降下薬を投与していない患者に本剤を投与する場合は、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600088	他の経口血糖降下薬を投与していない患者に投与が必要と判断した理由（リベルサス錠3mg等）：******	
205	リムパーザ錠100mg リムパーザ錠150mg	ア「BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌における初回化学療法後の維持療法」、イ「がん化学療法歴のあるBRCA遺伝子変異陽性かつ HER2 陰性の手術不能又は再発乳癌」、ウ「BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌」、エ「BRCA遺伝子変異陽性の治癒切除不能な膵癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」又はオ「BRCA遺伝子変異陽性の治癒切除不能な膵癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」	効能又は効果に関連する使用上の注意において、ア、ウ、エ及びオの場合「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、BRCA遺伝子変異を有することが確認された患者に投与すること。」、イの場合「承認された体外診断薬等を用いた検査により、生殖細胞系列のBRCA遺伝子変異（病的変異又は病的変異疑い）を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600101	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600102	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		相同組換え修復欠損を有する卵巣癌におけるベバシズマブ（遺伝子組換え）を含む初回化学療法後の維持療法	効能又は効果に関連する使用上の注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600103	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600104	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		ミスマッチ修復機能正常（pMMR）の進行・再発の子宮体癌におけるデュルバルマブ（遺伝子組換え）を含む化学療法後の維持療法	効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、pMMRが確認された患者に投与すること。」とされているのでミスマッチ修復機能正常（pMMR）を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600319	ミスマッチ修復機能正常（pMMR）を確認した検査の実施年月日（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600320	ミスマッチ修復機能正常（pMMR）を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
206	リンヴォック錠7．5mg リンヴォック錠15mg リンヴォック錠30mg	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア　成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ　成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ　小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2）本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア　12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ　12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3）疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア　IGAスコア イ　全身又は頭頸部のEASIスコア ウ　体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600108	医師要件ア（リンヴォック錠7．5mg等）	
				820600109	医師要件イ（リンヴォック錠7．5mg等）	
				820600110	医師要件ウ（リンヴォック錠7．5mg等）	
				820600111	前治療要件ア（リンヴォック錠7．5mg等）	
				820600112	前治療要件イ（リンヴォック錠7．5mg等）	
				~~830600089~~ 842600081	IGAスコア（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
				~~830600090~~ 842600082	全身のEASIスコア（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
				~~830600091~~ 842600083	頭頸部のEASIスコア（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
				842600020	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
				842600021	体重（小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合）（kg）（リンヴォック錠7．5mg等）：******	
207	ルクスターナ注		本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「遺伝学的検査によりRPE65遺伝子の両アレル性の変異が確認された患者に投与すること。」及び「適切な検査により十分な生存網膜細胞を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ・RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日 ・生存網膜細胞を確認した検査方法及び検査の実施年月日	850600214	RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日（ルクスターナ注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600180	生存網膜細胞を確認した検査方法（ルクスターナ注）：******	
				850600215	生存網膜細胞を確認した検査の実施年月日（ルクスターナ注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
208	ルマケラス錠120mg	がん化学療法後に増悪したKRAS　G12C変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、KRAS G12C変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、KRAS　G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600216	KRAS　G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日（ルマケラス錠120mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600217	KRAS　G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ルマケラス錠120mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		がん化学療法後に増悪したKRAS　G12C変異陽性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	820600598	フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴を有する患者（ルマケラス錠120mg）	○
209	レクビオ皮下注300mgシリンジ		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 ①　次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア　医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ　医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 ②　本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 ③　食事療法を行っている旨及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ④　HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 ⑤　本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用の既往等によりHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者）に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 ⑥　家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか（「リスク因子ア」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載）。 ア　冠動脈疾患（安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ　アテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む）の既往歴 ウ　糖尿病 エ　慢性腎臓病 オ　末梢動脈疾患 カ　久山町研究スコアにて高リスク分類 ⑦　家族性高コレステロール血症以外の患者で、⑥の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600332	施設要件ア（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600333	施設要件イ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600181	本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
				850600218	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レクビオ皮下注300mgシリンジ）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600334	食事療養を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600335	運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600336	運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600182	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
				830600183	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名の1日投与量（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
				820600337	最大耐用量である（1日投与量が最大用量でない場合）（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600184	使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
				820600338	リスク因子ア（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600339	リスク因子イ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600340	リスク因子ウ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600341	リスク因子エ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600342	リスク因子オ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600343	リスク因子カ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600185	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
			（本製剤の2回目の投与の場合） 次に掲げるすべての項目を記載すること。 ア　直近のLDL－コレステロールの検査値及び検査年月日 イ　LDL－コレステロール及び患者の状態等を踏まえ、投与継続が可能と判断した理由	830600186	直近のLDL－コレステロールの検査値（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
				850600218	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レクビオ皮下注300mgシリンジ）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600187	投与継続が可能と判断した理由（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
			（本製剤を最初に投与した場合） 次の事項を記載すること。 ①　次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア　患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者 イ　以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者 ・　本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者 ・　本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者 ウ　MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能であることが確認された患者 ②　認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日 ア　認知機能評価 MMSEスコア イ　既存認知症尺度 CDR全般スコア	820600344	患者要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600345	患者要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600346	患者要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600347	患者要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600348	患者要件オ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				842600041	認知機能評価MMSEスコア（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア（レケンビ点滴静注200mg等）：******	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
210	レケンビ点滴静注200mg レケンビ点滴静注500mg		イ 臨床認知症尺度（CDR全般スコア ③ 次に掲げる検査のうち、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）、実施年月日及び検査実施施設名 エ アミロイドPET オ 脳脊髄液（CSF）検査 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 日本神経学会の専門医 イ 日本老年医学会の専門医 ウ 日本精神神経学会の専門医 エ 日本脳神経外科学会の専門医 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件オ」から「医師要件ク」までのうち該当するものを記載） オ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること カ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること キ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること ク 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること ⑥ 次に掲げる項目のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 以下のⅠから Ⅷをすべて満たす施設である。 イ 以下のⅠから Ⅷをすべて満たす施設でない。 （項目） Ⅰ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っていること Ⅱ 認知機能のスコア評価（MMSEスコア）及び臨床認知症尺度（CDR全般スコア）が実施可能な者が配置されていること Ⅲ 同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能であること Ⅳ 上記の④及び⑤に該当する、常勤医師が複数名配置されていること Ⅴ CDR全般スコア評価に精通し、一定以上の評価経験を有する医療従事者がいること Ⅵ ARIAのリスク管理に必要な知識を有し、かつ、MRI読影に関する医療従事者向け研修を受講した、ARIAの鑑別を含むMRI読影が適切に行える常勤医が1名以上いること Ⅶ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること Ⅷ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できる施設であること	850600220	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600221	アミロイドPETの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600188	アミロイドPET検査実施施設名（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				850600222	脳脊髄液（CSF）検査の実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600189	脳脊髄液（CSF）検査検査実施施設名（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				820600349	医師要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600350	医師要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600351	医師要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600352	医師要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600353	医師要件オ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600354	医師要件カ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600355	医師要件キ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600356	医師要件ク（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600357	施設要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600358	施設要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	
			（投与開始後6か月以降の投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の投与施設（「施設要件ウ」又は「施設要件エ」と記載）及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 ウ 初回投与施設（初回投与施設と同一の施設） エ 連携施設（初回投与施設と連携している施設） ② 次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与施設に該当するもの（「施設要件オ」と記載） オ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できること ③ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ケ」から「医師要件シ」までのうち該当するものを記載） ケ 日本神経学会の専門医 コ 日本老年医学会の専門医 サ 日本精神神経学会の専門医 シ 日本脳神経外科学会の専門医 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ス」～「医師要件タ」までのうち該当するものを記載） ス 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること セ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること ソ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること タ 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講しているこ　と	820600359	施設要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600360	施設要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				830600190	連携施設名（施設要件エに該当））（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				830600191	連携施設の所在地（施設要件エに該当））（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				820600361	施設要件オ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600362	医師要件ケ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600363	医師要件コ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600364	医師要件サ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600365	医師要件シ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600366	医師要件ス（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600367	医師要件セ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600368	医師要件ソ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600369	医師要件タ（レケンビ点滴静注200mg等）	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
			（継続投与の場合） 次の事項を摘要欄に記載すること。 なお、本製剤は、初回投与後6か月までは、初回投与施設で投与すること。 ①　本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ②　本製剤投与中、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直近の年月日 ③　本製剤投与中、MRI検査を受けた直近の年月日	842600043	初回投与から起算しての週数（レケンビ点滴静注200mg等）：*******	
				850600223	臨床症状の評価を実施した直近の年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600224	MRI検査を受けた直近の年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			（初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合） 次の事項を記載すること。 ①　本剤投与の継続が必要と判断した理由（CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を踏まえた有効性の観点、並びにARIAの有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を含めて具体的に記載すること） ②　本剤の最適使用推進ガイドラインにおいて「中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された場合、中等度以降に進行した患者に投与を継続したときの有効性が確立していないことから、本剤の投与を中止し、再評価を行うこと。」とされていることから、中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果として（2）の①～②及び投与継続を判断した理由（上記①と同様に具体的に記載すること）	830600192	投与の継続が必要と判断した理由（レケンビ点滴静注200mg等）：*******	
				820600344	患者要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600345	患者要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600346	患者要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				842600041	認知機能評価MMSEスコア（レケンビ点滴静注200mg等）：*******	
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア（レケンビ点滴静注200mg等）：*******	
				850600220	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
211	レットヴィモカプセル40mg レットヴィモカプセル80mg レットヴィモ~~カプセル~~錠40mg レットヴィモ~~カプセル~~錠80mg	RET 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形腫瘍	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、RET融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600105	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（レットヴィモカプセル40mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600106	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（レットヴィモカプセル40mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		RET 遺伝子変異陽性の根治切除不能な甲状腺髄様癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、RET遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、RET遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600153	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（レットヴィモカプセル40mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600154	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（レットヴィモカプセル40mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
212	レバーサ皮下注140mgペン		次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）　次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア　医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ　医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 2）　本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 3）　食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 4）　HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 5）　本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用の既往等によりHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者）に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 6）　家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか（「リスク因子ア」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載）。 ア　冠動脈疾患（安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ　アテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む）の既往歴 ウ　糖尿病 エ　慢性腎臓病 オ　末梢動脈疾患 カ　久山町研究スコアにて高リスク分類 7）　家族性高コレステロール血症以外の患者で、6）の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600113	施設要件ア（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600114	施設要件イ（レバーサ皮下注140mgペン）	
				850600155	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レバーサ皮下注140mgペン）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600132	LDL－コレステロール検査値（レバーサ皮下注140mgペン）：*******	
				820600115	食事療養を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				830600092	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レバーサ皮下注140mgペン）：*******	
				830600093	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量（レバーサ皮下注140mgペン）：*******	
				820600119	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である（レバーサ皮下注140mgペン）	
				830600094	使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由（レバーサ皮下注140mgペン）：*******	
				820600120	リスク因子ア（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600121	リスク因子イ（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600122	リスク因子ウ（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600123	リスク因子エ（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600124	リスク因子オ（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600370	リスク因子カ（レバーサ皮下注140mgペン）	
				830600095	HMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間（レバーサ皮下注140mgペン）：*******	
			（平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合） ③を記載できない場合は、従前のとおり次の事項を記載するとともに、投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。 ア　本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 イ　食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ウ　投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 エ　家族性高コレステロール血症以外の患者では、心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由（冠動脈疾患、非心原性脳梗塞、末梢動脈疾患、糖尿病若しくは慢性腎臓病に罹患していること若しくはそのいずれかの既往歴を有すること、又は複数の危険因子が認められること）。 （平成 29 年3月 31 日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関の場合） ③を記載できない場合は、従前のとおり（平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合）に掲げる事項を記載するとともに、当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。	850600155	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レバーサ皮下注140mgペン）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600132	LDL－コレステロール検査値（レバーサ皮下注140mgペン）：*******	
				820600115	食事療養を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レバーサ皮下注140mgペン）	
				830600092	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レバーサ皮下注140mgペン）：*******	
				830600093	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量（レバーサ皮下注140mgペン）：*******	
				820600119	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である（レバーサ皮下注140mgペン）	

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和8年6月1日適用
				830600096	心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由（レパーサ皮下注140mgペン）：******	
				820600125	投与中患者（レパーサ皮下注140mgペン）	
				850600107	初めて本製剤を投与した年月（レパーサ皮下注140mgペン）：（元号）yy"年"mm"月"	
				820600126	使用実績有（レパーサ皮下注140mgペン）	
213	レフィキシア静注用500 レフィキシア静注用1000 レフィキシア静注用2000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600101	手術時に使用した理由（レフィキシア静注用500等）：******	
214	ロープレナ錠25mg ロープレナ錠100mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600108	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ロープレナ錠25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600109	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ロープレナ錠25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
215	ロズリートレクカプセル100mg ロズリートレクカプセル200mg	NTRK 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600110	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600111	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		ROS1融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600112	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600113	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
216	照射洗浄血小板－LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA－LR「日赤」		本製剤の使用適正化については、「「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成28年6月14日付け薬生発0614第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限ること」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を記載すること。	830600102	使用が必要と判断した理由（照射洗浄血小板－LR「日赤」等）：*******	
217	照射洗浄血小板HLA－LRBS「日赤」 照射洗浄血小板－LRBS「日赤」		洗浄血小板製剤の使用適正化については、「「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成28 年6月14 日付け薬生発0614 第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。 なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限ること」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。	830600256	使用が必要と判断した理由（照射洗浄血小板HLA－LRBS「日赤」等）：******	○

※「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Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって、別表Ⅱに掲げる記載事項と重複する事項については、別表Ⅱを用いた記載は省略して差し支えないこと。

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）

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	令和8年6月1日適用
1	Ⅰ	006	在宅血液透析用特定保険医療材料 （2）吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用）	（吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用）を使用した場合） 使用開始日を記載すること。	~~850800001~~ 850900001	使用開始年月日（在宅血液透析用特定保険医療材料（（2）吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
2	Ⅰ	008	皮膚欠損用創傷被覆材	（区分番号「C１１４」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	~~830800133~~ 830900001	3週間を超えて算定する詳細な理由（皮膚欠損用創傷被覆材）：******	※
3	Ⅰ	009	非固着性シリコンガーゼ	（区分番号「C１１４」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	~~830800002~~ 830900002	3週間を超えて算定する詳細な理由（非固着性シリコンガーゼ）：******	※
4	Ⅰ	010	水循環回路セット	（前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	~~830800003~~ 830900003	前回算定日を起算日として3か月以内に算定する詳細な理由（水循環回路セット）：******	※
5	Ⅰ	011	膀胱瘻用カテーテル	（2個以上算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	~~830800004~~ 830900004	2個以上算定する詳細な理由（膀胱瘻用カテーテル）：******	※
6	Ⅰ	013	局所陰圧閉鎖処置用材料	（局所陰圧閉鎖処置開始日より3週間を超えて算定した場合。ただし、感染等により当該処置を中断した場合を除く。） 理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	~~830800005~~ 830900005	3週間を超えて算定する理由及び医学的な根拠（局所陰圧閉鎖処置用材料）：******	※
				処置開始日を記載すること。	~~850800002~~ 850900002	処置開始年月日（局所陰圧閉鎖処置用材料）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
7	Ⅰ	015	人工鼻材料 （1）人工鼻	（1月当たり60個を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	~~830800006~~ 830900006	60個を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料）：******	※
8	Ⅰ	015	人工鼻材料 （2）接続用材料　①シール型	（合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	~~830800007~~ 830900007	30枚を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料（（2）接続用材料・シール型））：******	※
9	Ⅰ	016	体表面用電場電極 （1）膠芽腫用	（4枚以外の枚数を算定する場合） 理由を記載すること。	~~830800008~~ 830900008	4枚以外の枚数を算定する理由（体表面用電場電極（（1）膠芽腫用））：******	※
10	Ⅱ	010	血管造影用マイクロカテーテル （3）遠位端可動型治療用	遠位端可動型治療用を使用する医学的な根拠を詳細に記載すること。	~~830800009~~ 830900009	遠位端可動型治療用を使用する医学的な根拠（血管造影用マイクロカテーテル（3）遠位端可動型治療用）：******	※
11	Ⅱ	010	血管造影用マイクロカテーテル （4）気管支バルブ治療用	重症慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者に対する気管支バルブの留置による治療を実施する医学的な根拠を詳細に記載すること。	~~830800010~~ 830900010	重症慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者に対する気管支バルブの留置による治療を実施する医学的な根拠（血管造影用マイクロカテーテル（4）気管支バルブ治療用）：******	※
12	Ⅱ	021	中心静脈用カテーテル （1）中心静脈用カテーテル　⑥抗菌型	下記1から4について記載すること。 1　対象患者の症状詳記 2　対象患者についての該当項目【アのa～dのいずれか又はイ】を以下から選択して記載すること。 　ア　中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必要であり、かつ下記のa～dのいずれかに該当する患者 　　a　同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者 　　b　小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者 　　c　人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス（ペースメーカー等）等を体内に留置しており、CLABSIによる続発症が重篤化する危険性が高い患者 　　d　好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易感染患者 　イ　CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者 3　対象患者のアレルギー歴（特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること。） 4（2のイに該当する患者に対して使用する場合） 当該保険医療機関のCLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）におけるCLABSI発生率	~~830800011~~ 830900011	1　症状詳記（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル　抗菌型）：******	※
					~~820800051~~ 820900051	2　アa　同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル　抗菌型）	※
					~~820800052~~ 820900052	2　アb　小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル　抗菌型）	※
					~~820800053~~ 820900053	2　アc　人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス（ペースメーカー等）等を体内に留置しており、CLABSIによる続発症が重篤化する危険性が高い患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル　抗菌型）	※
					~~820800054~~ 820900054	2　アd　好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易感染患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル　抗菌型）	※
					~~820800005~~ 820900005	2　イ　CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル　抗菌型）	※
					~~830800012~~ 830900012	3　対象患者のアレルギー歴（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル　抗菌型）：******	※
					~~830800013~~ 842900006	4　（2のイに該当する患者に対して使用する場合）CLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランスにおけるCLABSI発生率（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）：******	※
13	Ⅱ	031	腎瘻又は膀胱瘻用材料	（2個以上算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	~~830800014~~ 830900014	2個以上算定する詳細な理由（腎瘻又は膀胱瘻用材料）：******	※
14	Ⅱ	033	経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用材料	（2個以上算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	~~830800015~~ 830900015	2個以上算定する詳細な理由（経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用材料）：******	※
15	Ⅱ	040	人工腎臓用特定保険医療材料 （3）吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用）	（吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用）を使用した場合） 使用開始日を記載すること。	~~850800003~~ 850900003	使用開始年月日（人工腎臓用特定保険医療材料（3）吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用））：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
16	Ⅱ	061	固定用内副子（プレート） （1）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・S） （2）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・L）	（ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・S）及びストレートプレート（生体用合金Ⅰ・L）を胸骨に用いる場合） 以下から選択して記載すること。 1　高度肥満（BMI30以上）の患者 2　インスリン依存型糖尿病の患者 3　重症ハイリスク症例と考えられる患者（高度慢性閉塞性肺疾患患者、ステロイド使用患者、両側内胸動脈を使用したバイパス手術を実施した患者、起立時・歩行時に上肢に体重をかける必要のある脳神経疾患患者等）	~~820800006~~ 820900006	1　高度肥満（BMI30以上）の患者（固定用内副子（プレート）（1）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・S）（2）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・L））	※
					~~820800007~~ 820900007	2　インスリン依存型糖尿病の患者（固定用内副子（プレート）（1）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・S）（2）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・L））	※
					~~820800008~~ 820900008	3　重症ハイリスク症例と考えられる患者（高度慢性閉塞性肺疾患患者、ステロイド使用患者、両側内胸動脈を使用したバイパス手術を実施した患者、起立時・歩行時に上肢に体重をかける必要のある脳神経疾患患者等）（固定用内副子（プレート）（1）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・S）（2）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・L））	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	令和8年6月1日適用
17	Ⅱ	064	脊椎固定用材料 （6）脊椎スクリュー（伸展型）	（10歳以上の患者に対して使用した場合） 医学的理由を記載すること。	~~830800016~~ 830900016	10歳以上の患者に対して使用した医学的理由（脊椎固定用材料（6）脊椎スクリュー（伸展型））：******	※
18	Ⅱ	065	人工肩関節用材料 （3）切換用	詳細な理由を記載すること。	~~830800017~~ 830900017	詳細な理由（人工肩関節用材料（3）切換用）：******	※
19	Ⅱ	069	上肢再建用人工関節用材料	詳細な理由を記載すること。	~~830800018~~ 830900018	詳細な理由（上肢再建用人工関節用材料）：******	※
20	Ⅱ	070	下肢再建用人工関節用材料	詳細な理由を記載すること。	~~830800019~~ 830900019	詳細な理由（下肢再建用人工関節用材料）：******	※
21	Ⅱ	071	カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨	（カスタムメイド人工関節、カスタムメイド人工骨及びカスタムメイド人工骨プレートを使用した場合） 詳細な理由を記載すること。	~~830800020~~ 830900020	カスタムメイド人工関節、カスタムメイド人工骨又はカスタムメイド人工骨プレートを用いる詳細な理由（カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨）：******	※
22	Ⅱ	090	人工内耳用材料	（以下の全てに該当し機種の交換を行う場合） 医学的な必要性について記載すること。 ア　音声言語をコミュニケーション手段とし、同一の人工内耳用音声信号処理装置を継続的に装用してから5年以上が経過していること。 イ　関係学会の定める指針に基づき実施する語音聴取評価検査の単語検査における明瞭度が、現在使用している人工内耳用音声信号処理装置を使用した場合には80%以下であり、かつ、別の人工内耳用音声信号処置装置を使用した場合に8%以上改善すること。	~~830800021~~ 830900021	人工内耳用材料の交換を実施する医学的必要性（人工内耳用材料）：******	※
23	Ⅱ	094	気管・気管支・大静脈ステント （2）永久留置型　②特殊型	（永久留置型・特殊型の算定する場合） その理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	~~830800022~~ 830900022	永久留置型・特殊型を算定する理由及び医学的な根拠（気管・気管支・大静脈ステント（2）永久留置型・特殊型）：******	※
24	Ⅱ	107	経皮的血管形成術用穿刺部止血材料	次の1～4に係る事項を記載すること。 1　算定する材料の一般的名称 　イ　非吸収性縫合糸セット 　ロ　吸収性局所止血材又はコラーゲン使用吸収性局所止血材 　ハ　単回使用自動縫合器 2（1がイに該当する場合のみ記載）該当する症例 　ア　5Fr以上8Fr以下のイントロデューサーシースを使用した場合 　イ　8Frを超えるイントロデューサーシースを使用した症例であって、大腿動脈穿刺部位又は大腿静脈穿刺部位の止血を行った場合 3（1がロ又はハに該当する場合のみ記載）該当する症例 ア　経皮的冠動脈形成術等を実施した患者の早期離床を目的とした大腿動脈穿刺部位の止血を行う場合に、5Fr 以上のイントロデューサーシースを使用した場合 イ　経皮的心房中隔欠損閉鎖術等を実施した患者の早期離床を目的とした大腿静脈穿刺部位の止血を行う場合に、6Fr以上12Fr以下のイントロデューサーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合 4　使用する医療上の必要性	~~820800009~~ 820900009	1　イ　非吸収性縫合糸セット（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）	※
					~~820800010~~ 820900010	1　ロ　吸収性局所止血材又はコラーゲン使用吸収性局所止血材（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）	※
					~~820800011~~ 820900011	1　ハ　単回使用自動縫合器（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）	※
					~~820800012~~ 820900012	2　ア　5Fr以上8Fr以下のイントロデューサーシースを使用した場合（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）	※
					~~820800013~~ 820900013	2　イ　8Frを超えるイントロデューサーシースを使用した症例であって、大腿動脈穿刺部位又は大腿静脈穿刺部位の止血を行った場合（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）	※
					~~820800014~~ 820900014	3　ア　経皮的冠動脈形成術等を実施した患者の早期離床を目的とした大腿動脈穿刺部位の止血を行う場合に、5Fr 以上のイントロデューサーシースを使用した場合（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）	※
					~~820800015~~ 820900015	3　イ　経皮的心房中隔欠損閉鎖術等を実施した患者の早期離床を目的とした大腿静脈穿刺部位の止血を行う場合に、6Fr以上12Fr以下のイントロデューサーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）	※
					~~830800016~~ 830900133	4　使用する医療上の必要性（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）：******	※
25	Ⅱ	129	補助人工心臓セット （1）体外型　②小児用	（前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	~~830800023~~ 830900023	前回算定日を起算日として3か月以内に算定する詳細な理由（補助人工心臓セット（1）体外型・小児用）：******	※
26	Ⅱ	129	補助人工心臓セット （2）植込型（非拍動流型）	（植え込み後に再度植え込む必要が生じた場合） 詳細な理由を記載すること。	~~830800024~~ 830900024	植え込み後に再度植え込む必要が生じた理由（補助人工心臓セット（2）植込型（非拍動流型））：******	※
27	Ⅱ	129	補助人工心臓セット （3）水循環回路セット	（前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	~~830800025~~ 830900025	前回算定日を起算日として3か月以内に算定する詳細な理由（補助人工心臓セット（3）水循環回路セット）：******	※
28	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル （2）脳血管用　②高度屈曲対応型	（他のガイディングカテーテルでは血管内手術用カテーテル等を脳血管の手術部位に到達させることが困難と予想される病変又は困難な病変に対して使用した場合） 高度屈曲対応型を使用する医療上の必要性について記載すること。	~~830800026~~ 830900026	使用する医療上の必要性（ガイディングカテーテル（2）脳血管用・高度屈曲対応型）：******	※
29	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル （2）脳血管用　③紡錘型	脳血管用・紡錘型を使用する医療上の必要性について記載すること。	~~830800027~~ 830900027	脳血管用・紡錘型を使用する医療上の必要性（ガイディングカテーテル（2）脳血管用・紡錘型）：******	※
30	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル （2）脳血管用　④橈骨動脈穿刺対応型	脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型を使用する医療上の必要性について記載すること。	~~830800028~~ 830900028	脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型を使用する医療上の必要性（ガイディングカテーテル（2）脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型）：******	※
31	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル （2）脳血管用　⑤自己拡張型	脳血管用・自己拡張型を使用する医療上の必要性について記載すること。	~~830800029~~ 830900029	脳血管用・自己拡張型を使用する医療上の必要性（ガイディングカテーテル（2）脳血管用・自己拡張型）：******	※
32	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル （5）分枝血管用	分枝血管用を使用する医療上の必要性について記載すること。	~~830800030~~ 830900030	分枝血管用を使用する医療上の必要性（ガイディングカテーテル（5）分枝血管用）：******	※
33	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル （2）末梢血管用ステントセット　④生体吸収・再狭窄抑制型	（医学的必要性から3個以上使用する必要がある場合） 理由を記載すること。	~~830800031~~ 830900031	3個以上使用する医学的必要性（血管内手術用カテーテル（2）末梢血管用ステントセット・生体吸収・再狭窄抑制型）：******	※
34	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル （3）PTAバルーンカテーテル　⑥再狭窄抑制型	（大腿膝窩動脈の自家血管の狭窄病変のうち病変長5cm未満の病変に対して使用した場合） 理由及び症状詳記を記載すること。	~~830800032~~ 830900032	使用した理由及び症状詳記（血管内手術用カテーテル（3）PTAバルーンカテーテル・再狭窄抑制型）：******	※
35	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル （3）PTAバルーンカテーテル　⑦ボディワイヤー型	一般型バルーンカテーテルでは拡張が困難であると判断した医学的根拠を記載すること。	~~830800033~~ 830900033	一般型バルーンカテーテルでは拡張が困難であると判断した医学的根拠（血管内手術用カテーテル（3）PTAバルーンカテーテル・ボディワイヤー型）：******	※
36	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル （7）血管内血栓異物除去用留置カテーテル　②頸動脈用ステント併用型　エ経頸動脈型	頸動脈用ステント併用型・経頸動脈型を使用する医療上の必要性について記載すること。	~~830800034~~ 830900034	頸動脈用ステント併用型・経頸動脈型を使用する医療上の必要性（血管内手術用カテーテル（7）血管内血栓異物除去用留置カテーテル　・頸動脈用ステント併用型　エ経頸動脈型）：******	※
37	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル （8）血管内異物除去用カテーテル　⑥リードー体型ペースメーカー抜去用カテーテル	リードー体型ペースメーカー抜去用カテーテルを使用する医療上の必要性について記載すること。	~~830800035~~ 830900035	リードー体型ペースメーカー抜去用カテーテルを使用する医療上の必要性（血管内手術用カテーテル（8）血管内異物除去用カテーテル・リードー体型ペースメーカー抜去用カテーテル）：******	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	令和8年6月1日適用
38	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (16)下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル	経皮的血管形成術前の患者の病変部の所見及び当該材料を使用する医療上の必要性について記載すること。	~~830800036~~ 830900036	経皮的血管形成術前の患者の病変部の所見(血管内手術用カテーテル(16)下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル);*******	※
					~~830800037~~ 830900037	使用する医療上の必要性(血管内手術用カテーテル(16)下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル);*******	※
39	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (17)血管塞栓用プラグ	患者の血管病変部の所見(直径を含む。)を記載すること。	~~830800038~~ 830900038	患者の血管病変部の所見(直径を含む。)(血管内手術用カテーテル (17)血管塞栓用プラグ);*******	※
40	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (21)脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム	(医学的な必要性から2個以上使用する必要がある場合) 理由を記載すること。	~~830800039~~ 830900039	2個以上使用する医学的必要性(血管内手術用カテーテル(21)脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム);*******	※
41	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (23)大動脈分岐部用フィルターセット	血管病変部の画像所見等を踏まえ、大動脈分岐部用フィルターセットの使用が適切であると判断した医学的根拠を記載すること。	~~830800040~~ 830900040	大動脈分岐部用フィルターセットの使用が適切であると判断した医学的根拠(血管病変部の画像所見等を含む。)(血管内手術用カテーテル(23)大動脈分岐部用フィルターセット);*******	※
42	Ⅱ	134	人工血管 (3)短期使用型	(16歳以上の患者に対して使用した場合) 医学的理由を記載すること。	~~830800041~~ 830900041	16歳以上の患者に対して使用する医学的理由(人工血管(3)短期使用型);*******	※
43	Ⅱ	144	両室ペーシング機能付き植込型除細動器	両室ペーシング機能付き植込型除細動器の移植術を行った患者について、症状詳記を記載すること。	~~830800042~~ 830900042	症状詳記(両室ペーシング機能付き植込型除細動器);*******	※
44	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (1)腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)	外科手術が第一選択とならない旨及び治療が適応となる旨を記載すること。	~~830800043~~ 830900043	外科手術が第一選択とならない旨(大動脈用ステントグラフト(1)腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分));*******	※
					~~830800044~~ 830900044	治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(1)腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分));*******	※
45	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (1)腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ①標準型	(腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・標準型を腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と組み合わせて使用する場合に、腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・標準型を1回の手術に対して複数個算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	~~830800045~~ 830900045	1回の手術に対して複数個算定する医学的必要性(大動脈用ステントグラフト(1)腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・標準型);*******	※
46	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (2)腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)	(腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)を腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と組み合わせて使用する場合に、腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)を1回の手術に対して複数個算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	~~830800046~~ 830900046	1回の手術に対して複数個算定する医学的必要性(大動脈用ステントグラフト(2)腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分));*******	※
47	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)	(1回の手術に対して複数個使用する場合) 複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	~~830800047~~ 830900047	複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分));*******	※
48	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ③血管分岐部対応型	使用した部位の主要分岐血管名(腕頭動脈、左総頸動脈、左鎖骨下動脈等)を記載すること。	~~830800048~~ 830900048	使用した部位の主要分岐血管名(大動脈用ステントグラフト(3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・血管分岐部対応型);*******	※
49	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ②中枢端可動型	(胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型を同時に使用する場合) 以下の事項を記載すること。 ①胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型による治療が適応となる旨 ②胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型を複数個算定する場合は、複数個の当該材料による治療が適応となる旨	~~830800049~~ 830900049	治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型);*******	※
					~~830800050~~ 830900050	(複数個使用する場合のみ記載)複数個の当該材料による治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型);*******	※
50	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ②中枢端可動型	(胸腹部大動脈瘤に対して、腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と組み合わせて、胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型を使用する場合) 以下の事項を記載すること。 ①胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型による治療が適応となる旨 ②胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型を複数個算定する場合は、複数個の当該材料による治療が適応となる旨	~~830800051~~ 830900051	当該材料による治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型);*******	※
					~~830800052~~ 830900052	(複数個使用する場合のみ記載)複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型);*******	※
51	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (4)胸部大動脈用ステントグラフト(補助部分) ②分枝血管部分連結型	(複数個算定する場合) 複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	~~830800053~~ 830900053	複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(4)胸部大動脈用ステントグラフト(補助部分)・分枝血管部分連結型);*******	※
52	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (5)大動脈解離用ステントグラフト(ペアステント)	(複数個算定する場合) 複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	~~830800054~~ 830900054	複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(5)大動脈解離用ステントグラフト(ペアステント));*******	※
53	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (6)胸部大動脈用ステントグラフト(分枝血管部分)	(複数個算定する場合) 複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	~~830800055~~ 830900055	複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト (6)胸部大動脈用ステントグラフト(分枝血管部分));*******	※
54	Ⅱ	149	血管内光断層撮影用カテーテル	(血管内超音波プローブと血管内光断層撮影用カテーテルを同時に算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	~~830800056~~ 830900056	血管内超音波プローブと血管内光断層撮影用カテーテルを同時に使用する医学的必要性(血管内光断層撮影用カテーテル);*******	※
55	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮 (重症熱傷に対し使用する場合)	①(40枚を超えて算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	~~830800057~~ 830900057	40枚を超えて使用する医学的必要性(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(重症熱傷に対し使用する場合));*******	※
				②症状詳記を記載すること。	~~830800058~~ 830900058	症状詳記(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(重症熱傷に対し使用する場合));*******	※
56	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮 (先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合)	①他の標準的な治療法では対応が困難であり、当該材料を使用する必要があった症状詳記を記載すること。	~~830800059~~ 830900059	症状詳記(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));*******	※
				②複数回に分けて治療することが予定されている場合は、一連の治療計画の内容として以下の事項を記載すること。 a 治療開始年月 b 治療終了予定年月 c 治療間隔 d 回数	~~850800004~~ 850900004	a 治療開始年月(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
					~~850800005~~ 850900005	b 治療終了予定年月(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
					~~830800060~~ 830900060	c 治療間隔(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));*******	※
					~~842800001~~ 842900001	d 回数(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));*******	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	令和8年6月1日適用
57	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮 ② 調整・移植キット	（栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症に対し使用する場合であって、同一箇所に対して2回以上移植した場合） 医学的理由と移植箇所、移植回数を記載すること。	~~830800131~~ 830900131	同一箇所に対して2回以上移植した医学的理由（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮・調整・移植キット）；******	※
					~~830800132~~ 830900132	移植箇所（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮・調整・移植キット）；******	※
					~~842800005~~ 842900005	移植回数（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮・調整・移植キット）；******	※
58	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮	（栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症に対し使用する場合） ①症状詳記を記載すること。 ②（複数回に分けて治療することが予定されている場合） 一連の治療計画の内容として以下の事項を記載すること。 a 治療開始年月 b 治療終了予定年月 c 治療間隔 d 回数	~~830800061~~ 830900061	症状詳記（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）；******	※
					~~850800006~~ 850900006	a 治療開始年月（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
					~~850800007~~ 850900007	b 治療終了予定年月（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
					~~830800062~~ 830900062	c 治療間隔（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）；******	※
					~~830800063~~ 842900007	d 回数（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）；******	※
59	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （2）自家培養軟骨	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記を記載すること。	~~830800064~~ 830900064	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記（ヒト自家移植組織（2）自家培養軟骨）；******	※
60	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （3）自家培養角膜上皮	角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記を記載すること。	~~830800065~~ 830900065	角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記（ヒト自家移植組織（3）自家培養角膜上皮）；******	※
61	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （4）自家培養口腔粘膜上皮	角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記を記載すること。	~~830800066~~ 830900066	角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記（ヒト自家移植組織（4）自家培養口腔粘膜上皮）；******	※
62	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （5）ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮	角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアを含めた症状詳記を記載すること。	~~830800067~~ 830900067	角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアを含めた症状詳記（ヒト自家移植組織（5）ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮）；******	※
63	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮 （非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合）	①（40枚を超えて使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	~~830800068~~ 830900068	40枚を超えて使用する医学的必要性（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））；******	※
				②医療上の必要性及び合併症等について患者に説明を行った旨を記載すること。	~~830800069~~ 830900069	医療上の必要性及び合併症等について患者に説明を行った旨（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））；******	※
				③非外科的治療が無効又は適応とならないと判断し、かつ、自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合）の適応となると判断した医学的理由を詳細に記載すること。	~~830800070~~ 830900070	医学的理由（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））；******	※
				④（複数回に分けて治療することが予定されている場合） 一連の治療計画の内容として以下の事項を記載すること。 a 治療開始年月 b 治療終了予定年月 c 治療間隔（日数） d 治療回数 e 一連の治療において使用することを計画している枚数	~~850800008~~ 850900008	a 治療開始年月（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））yy″年″mm″月″dd″日″	※
					~~850800009~~ 850900009	b 治療終了予定年月（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
					~~842800002~~ 842900002	c 治療間隔（日数）（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））；******	※
					~~842800003~~ 842900003	d 治療回数（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合）；~~******~~	※
					~~842800004~~ 842900004	e 一連の治療において使用することを計画している枚数（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））；******	※
64	Ⅱ	152	胸郭変形矯正用材料 （1）肋骨間用 （2）肋骨腰椎間用 （3）肋骨腸骨間用	①（セット（肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨腸骨間用）を医学的根拠に基づき3セット以上を算定する場合） 医学的根拠を詳細に記載すること。	~~830800071~~ 830900071	セット（肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨腸骨間用）を3セット以上を算定する医学的根拠（胸郭変形矯正用材料（1）肋骨間用（2）肋骨腰椎間用（3）肋骨腸骨間用）；******	※
				②（部品連結用・横型を用いる場合であって、セット（肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨腸骨間用）を2セット以上算定する場合） 医学的根拠を詳細に記載すること。	~~830800072~~ 830900072	部品連結用・横型を用いる場合であってセット（肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨腸骨間用）を2セット以上算定する医学的根拠（胸郭変形矯正用材料（1）肋骨間用（2）肋骨腰椎間用（3）肋骨腸骨間用）；******	※
65	Ⅱ	153	経皮的動脈管閉鎖セット （2）動脈管内留置型	①使用した患者の体重を記載すること。	~~830800073~~ 830900073	使用した患者の体重（経皮的動脈管閉鎖セット（2）動脈管内留置型）；******	※
				②（体重1kg未満の患者に対し使用する場合） 使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	~~830800074~~ 830900074	使用する理由及び医学的根拠（経皮的動脈管閉鎖セット（2）動脈管内留置型）；******	※
66	Ⅱ	155	植込型心電図記録計	（潜因性脳梗塞患者に対して使用した場合） 理由及び医学的な根拠を記載すること。	~~830800075~~ 830900075	使用する理由及び医学的根拠（植込型心電図記録計）；******	※
				①（3週間を超えて算定した場合） 理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	~~830800005~~ 830900005	3週間を超えて算定する理由及び医学的な根拠（局所陰圧閉鎖処置用材料）；******	※
				②処置開始日を記載すること。	~~850800010~~ 850900010	処置開始日（局所陰圧閉鎖処置用材料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	令和8年6月1日適用
67	Ⅱ	159	局所陰圧閉鎖処置用材料	③（術後縫合創に対して使用する場合（手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合に限る。）） 次に掲げる患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。 ア　BMIが30以上の肥満症の患者 イ　糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%以上（NGSP値で7.0%以上）の者 ウ　ステロイド療法を受けている患者 エ　慢性維持透析患者 オ　免疫不全状態にある患者 カ　低栄養状態にある患者 キ　創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者 ク　手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者	~~820800035~~ 820900035	ア　BMIが30以上の肥満症の患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					~~820800036~~ 820900036	イ　糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%以上（NGSP値で7.0%以上）の者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					~~820800037~~ 820900037	ウ　ステロイド療法を受けている患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					~~820800038~~ 820900038	エ　慢性維持透析患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					~~820800039~~ 820900039	オ　免疫不全状態にある患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					~~820800040~~ 820900040	カ　低栄養状態にある患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					~~820800041~~ 820900041	キ　創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					~~820800042~~ 820900042	ク　手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
68	Ⅱ	164	椎体形成用材料セット	（骨粗鬆症に対して、1回の手術で2セット以上使用した場合） 医療上の必要性について記載すること。	~~830800077~~ 830900077	1回の手術で2セット以上使用する医療上の必要性（椎体形成用材料セット）：******	※
69	Ⅱ	174	植込型骨導補聴器	患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由（既存の骨導補聴器の使用歴がない患者に対して使用する場合は、既存の骨導補聴器を使用しない理由を含む。）、既存の治療の結果等を記載すること。	~~830800078~~ 830900078	患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由、既存の治療の結果等（植込型骨導補聴器）：*******	※
70	Ⅱ	180	陰圧創傷治療用カートリッジ	（入院中の患者に対して使用する場合（術後縫合創に対して、手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合に限る。）） 次に掲げる患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。 ア　BMIが30以上の肥満症の患者 イ　糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%以上（NGSP値で7.0%以上）の者 ウ　ステロイド療法を受けている患者 エ　慢性維持透析患者 オ　免疫不全状態にある患者 カ　低栄養状態にある患者 キ　創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者 ク　手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者	~~820800043~~ 820900043	ア　BMIが30以上の肥満症の患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					~~820800044~~ 820900044	イ　糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%以上（NGSP値で7.0%以上）の者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					~~820800045~~ 820900045	ウ　ステロイド療法を受けている患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					~~820800046~~ 820900046	エ　慢性維持透析患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					~~820800047~~ 820900047	オ　免疫不全状態にある患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					~~820800048~~ 820900048	カ　低栄養状態にある患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					~~820800049~~ 820900049	キ　創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					~~820800050~~ 820900050	ク　手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
71	Ⅱ	186	気管支手術用カテーテル	症状詳記を記載すること。	~~830800079~~ 830900079	症状詳記（気管支手術用カテーテル）：******	※
72	Ⅱ	187	半導体レーザー用プローブ	①（局所遺残再発食道癌に対して使用する場合） 2本目を算定するに当たっては詳細な内視鏡所見を記載すること。	~~830800080~~ 830900080	局所遺残再発食道癌に対し2本目を算定する場合の内視鏡所見（半導体レーザー用プローブ）：*******	※
				②（切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対して使用する場合であって、一連の治療につき8本を超えた本数の算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	~~830800081~~ 830900081	切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対し一連の使用につき8本を超えて算定する理由（半導体レーザー用プローブ）：*******	※
73	Ⅱ	190	人工中耳用材料	人工中耳用材料を使用する理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	~~830800082~~ 830900082	人工中耳用材料を使用する理由及び医学的な根拠（人工中耳用材料）：*******	※
74	Ⅱ	191	末梢血管用ステントグラフト	①末梢血管用ステントグラフトを使用する理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	~~830800083~~ 830900083	末梢血管用ステントグラフトを使用する理由及び医学的な根拠（末梢血管用ステントグラフト）：*******	※
				②（腸骨動脈のTASCⅡA/B病変の、高度石灰化病変または閉塞性病変に使用した場合） 詳細な画像所見を記載すること。	~~830800084~~ 830900084	画像所見（末梢血管用ステントグラフト）：*******	※
75	Ⅱ	191	末梢血管用ステントグラフト （3）腹部大動脈分枝血管対応型	（複数個算定する場合） 複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	~~830800085~~ 830900085	複数個の治療が適応となる旨（末梢血管用ステントグラフト（3）腹部大動脈分枝血管対応型）：******	※
76	Ⅱ	193	補助循環用ポンプカテーテル （2）高流量型	使用する医療上の必要性及び使用した日数を含めた症状詳記を記載すること。	~~830800086~~ 830900086	使用する医療上の必要性及び使用した日数を含めた症状詳記（補助循環用ポンプカテーテル（2）高流量型）：******	※
77	Ⅱ	195	体表面用電場電極 （1）膠芽腫用	（膠芽腫用について4枚以外の枚数を算定する場合） 理由を記載すること。	~~830800087~~ 830900087	4枚以外の枚数を算定する理由（体表面用電場電極　（1）膠芽腫用）：******	※
78	Ⅱ	196	経皮的僧帽弁クリップシステム	外科手術が困難であることを評価し、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記載すること。	~~830800088~~ 830900088	治療が最適であると判断した評価内容（経皮的僧帽弁クリップシステム）：******	※
79	Ⅱ	200	放射線治療用合成吸収性材料 （1）ハイドロゲル型	（Stage Ⅰ又はⅡ以外の前立腺癌患者に使用した場合） ハイドロゲル型の対象とならない患者ではないことについて記載すること。	~~830800089~~ 830900089	ハイドロゲル型の対象となる理由（放射線治療用合成吸収性材料（1）ハイドロゲル型）：******	※
80	Ⅱ	202	腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット	処置開始日を記載すること。	~~850800011~~ 850900011	処置開始年月日（腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
81	Ⅱ	203	横隔神経電気刺激装置	D239筋電図検査の「2」を実施した日を記載すること。	~~850800012~~ 850900012	筋電図検査の実施年月日（横隔神経電気刺激装置）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
82	Ⅱ	203	横隔神経電気刺激装置 （2）体外式パルス発生器 （3）接続ケーブル	①（初回導入時の算定の場合） 「K534－4 腹腔鏡下横隔膜電極植込術」を実施した日付を記載すること。 ②（交換時の診療報酬請求の場合） 医療上の必要性について症状詳記を記載すること。	~~850800013~~ 850900013	（初回導入時のみ記載）実施年月日（横隔神経電気刺激装置）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
					~~830800090~~ 830900090	（交換時のみ記載）交換する医学的必要性（横隔神経電気刺激装置）：******	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	令和8年6月1日適用
83	Ⅱ	204	経皮的左心耳閉鎖システム	使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	~~830800091~~ 830900091	使用する理由及び医学的根拠（経皮的左心耳閉鎖システム）：******	※
84	Ⅱ	205	経皮的卵円孔開存閉鎖セット	使用する医学的根拠を詳細に記載すること。	~~830800092~~ 830900092	使用する医学的根拠（経皮的卵円孔開存閉鎖セット）：******	※
85	Ⅱ	206	人工顎関節用材料	使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	~~830800093~~ 830900093	使用する理由及び医学的根拠（人工顎関節用材料）：******	※
86	Ⅱ	207	人工鼻材料 （1）人工鼻	（1月あたり60個を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	~~830800094~~ 830900094	1月あたり60個を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料）：******	※
87	Ⅱ	207	人工鼻材料 （2）接続用材料　①シール型	（合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	~~830800095~~ 830900095	1月あたり30枚を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料（2）接続用材料・シール型）：******	※
88	Ⅱ	211	植込型骨導補聴器（直接振動型）	使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	~~830800096~~ 830900096	使用する理由及び医学的根拠（植込型骨導補聴器（直接振動型））：******	※
89	Ⅱ	212	消化器内視鏡用止血材 （1）ペプチド由来吸収性局所止血材	①使用する医学的必要性を記載すること。	~~830800097~~ 830900097	使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（1）ペプチド由来吸収性局所止血材）：******	※
				②（1回の手術で4mlを超える量を使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	~~830800098~~ 830900098	4mlを超える量を使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材 （1）ペプチド由来吸収性局所止血材）：******	※
90	Ⅱ	212	消化器内視鏡用止血材 （2）鉱物由来非吸収性局所止血材	①使用する医学的必要性を記載すること。	~~830800099~~ 830900099	使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（2）鉱物由来非吸収性局所止血材）：******	※
				②（1回の手術で20gを超える量を使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	~~830800100~~ 830900100	20gを超える量を使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（2）鉱物由来非吸収性局所止血材）：******	※
91	Ⅱ	212	消化器内視鏡用止血材 （3）アミノ酸由来非吸収性局所止血材	①使用する医学的必要性を記載すること。	~~830800101~~ 830900101	使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（3）アミノ酸由来非吸収性局所止血材）：******	※
				②（1回の手術で3gを超える量を使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	~~830800102~~ 830900102	3gを超える量を使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（3）アミノ酸由来非吸収性局所止血材）：******	※
92	Ⅱ	213	脳神経減圧術用補綴材	（1回の手術で0.3gを超える量を使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	~~830800103~~ 830900103	0．3gを超える量を使用する医学的必要性（脳神経減圧術用補綴材）：******	※
93	Ⅱ	214	前立腺用インプラント	①他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積を記載すること。	~~830800104~~ 830900104	他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積（前立腺用インプラント）：******	※
				②（5個以上使用する必要がある場合） 医学的必要性を記載すること。	~~830800105~~ 830900105	5個以上使用する医学的必要性（前立腺用インプラント）：******	※
94	Ⅱ	218	ヒト羊膜使用創傷被覆材	使用する必要がある理由及び既存療法の結果を記載すること。	~~830800106~~ 830900106	使用する~~医学的必要性~~必要がある理由及び既存療法の結果（ヒト羊膜使用創傷被覆材）：******	※
95	Ⅱ	219	自家皮膚細胞移植用キット	使用する医療上の必要性及び受傷面積等を含めた症状詳記を記載すること。	~~830800107~~ 830900107	使用する医療上の必要性及び受傷面積等を含めた症状詳記（自家皮膚細胞移植用キット）：******	※
96	Ⅱ	220	経消化管胆道ドレナージステント	（医学的な必要性から2個以上使用する必要がある場合） 理由を記載すること。	~~830800108~~ 830900108	2個以上使用する医学的必要性（経消化管胆道ドレナージステント）：******	※
97	Ⅱ	224	前立腺組織用高圧水噴射システム	使用する医学的な根拠を記載すること。	~~830800109~~ 830900109	使用する医学的な根拠（前立腺組織用高圧水噴射システム）：******	※
98	Ⅱ	225	気管支用バルブ	（5個以上使用する場合） 医学的な根拠を記載すること。	~~830800110~~ 830900110	5個以上使用する医学的な根拠（気管支用バルブ）：******	※
				「K511」肺切除術又は「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由を記載すること。	~~830800111~~ 830900111	肺切除術又は胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由（気管支用バルブ）：******	※
99	Ⅱ	228	培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キット	使用する前の患眼の最良矯正視力及び角膜内皮細胞密度を記載すること。	~~830800112~~ 830900112	使用する前の患眼の最良矯正視力及び角膜内皮細胞密度（培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キット）：*******	※
100	Ⅱ	229	弁周囲欠損孔閉鎖セット	区分番号「K555」弁置換術が適応とならない医学的な理由を記載すること。	~~830800113~~ 830900113	弁置換術が適応とならない医学的な理由（弁周囲欠損孔閉鎖セット）：******	※
101	Ⅱ	234	薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント	①使用する医学的必要性を記載すること。 ②以下のいずれに該当するかを選択すること。 ア　副鼻腔の炎症が強く副鼻腔手術前に点鼻ステロイドまたは全身性ステロイド薬による治療歴がある症例 イ　再発の副鼻腔炎に対する再手術の症例 ウ　副鼻腔手術後の内視鏡画像検査で中鼻道あるいは各副鼻腔自然口が狭く再閉鎖のリスクが高いと判断される症例 エ　慢性鼻副鼻腔炎の再発又は難治化のリスクが高い症例	~~830800114~~ 830900114	使用する医学的必要性（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）：******	※
					~~820800017~~ 820900017	ア　副鼻腔の炎症が強く副鼻腔手術前に点鼻ステロイドまたは全身性ステロイド薬による治療歴がある症例（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）	※
					~~820800018~~ 820900018	イ　再発の副鼻腔炎に対する再手術の症例（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）	※
					~~820800019~~ 820900019	ウ　副鼻腔手術後の内視鏡画像検査で中鼻道あるいは各副鼻腔自然口が狭く再閉鎖のリスクが高いと判断される症例（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）	※
					~~820800020~~ 820900020	エ　慢性鼻副鼻腔炎の再発又は難治化のリスクが高い症例（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	令和8年6月1日適用
				（一連の治療で3個以上使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	~~830800115~~ 830900115	3個以上使用する医学的必要性（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）：******	※
102	Ⅱ	236	上腕静脈用カテーテル	使用する医学的必要性を記載すること。	~~830800116~~ 830900116	使用する医学的必要性（上腕静脈用カテーテル）：******	※
103	Ⅱ	237	軟骨修復材	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記を記載すること。	~~830800117~~ 830900117	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記（軟骨修復材）：******	※
104	Ⅱ	238	冷凍アブレーション用バルーンカテーテル	用いる医学的必要性を記載すること。	~~830800118~~ 830900118	使用する医学的必要性（冷凍アブレーション用バルーンカテーテル）：******	※
105	Ⅱ	239	腎神経焼灼術用カテーテル	（医学的な必要性から3個以上使用する必要がある場合） 理由を記載すること。	~~830800119~~ 830900119	3個以上使用する医学的必要性（腎神経焼灼術用カテーテル）：******	※
106	Ⅱ	240	経皮的三尖弁クリップシステム	（医学的な必要性から3個以上使用する必要がある場合） 理由を記載すること。	~~830800120~~ 830900120	3個以上使用する医学的必要性（経皮的三尖弁クリップシステム）：******	※
				用いた治療が最適であると判断した評価内容及び症状詳記を記載すること。	~~830800121~~ 830900121	用いた治療が最適であると判断した評価内容及び症状詳記（経皮的三尖弁クリップシステム）：******	※
107	Ⅳ	021	中心静脈用カテーテル （1）中心静脈カテーテル　⑥抗菌型	下記1から4について記載すること。 1　対象患者の症状詳記 2　対象患者についての該当項目【アのa～dのいずれか又はイ】を以下から選択して記載すること。 　ア　中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必 　　要であり、かつ下記のa～dのいずれかに該当する患者 　　a　同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者 　　b　小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者 　　c　人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス（ペースメーカー等）等を体内に留置 　　しており、CLABSIによる続発症が重篤化する危険性が高い患者 　　d　好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易 　　感染患者 　イ　CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス 　　事業等）の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した 　　日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者 3　対象患者のアレルギー歴（特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること。） 4（2のイに該当する患者に対して使用する場合） 当該保険医療機関のCLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）におけるCLABSI発生率	~~830800122~~ 830900122	1症状詳記（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）：******	※
					~~820800030~~ 820900030	2ア a　同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）	※
					~~820800031~~ 820900031	2ア b　小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）	※
					~~820800032~~ 820900032	2ア c　人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス（ペースメーカー等）等を体内に留置しており、CLABSIによる続発症が重篤化する危険性が高い患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）	※
					~~820800033~~ 820900033	2ア d　好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易感染患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）	※
					~~820800034~~ 820900034	2イ　CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）	※
					~~830800123~~ 830900123	3対象患者のアレルギー歴（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）：******	※
					~~830800013~~ 842900008	4　（2のイに該当する患者に対して使用する場合）CLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランスにおけるCLABSI発生率（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）：******	※
108	Ⅴ	033	口腔粘膜保護材	（患者の状況により10mLを超える量を使用する場合） 理由を記載すること。	~~830800125~~ 830900125	10mLを超える量を使用する理由（口腔粘膜保護材）：******	※
109	Ⅴ	036	半導体レーザー用プローブ	（8本を超えた本数の算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	~~830800126~~ 830900126	8本を超えて算定する理由（半導体レーザー用プローブ）：******	※
110	Ⅷ	012	皮膚欠損用創傷被覆材	（区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	~~830800001~~ 830900001	3週間を超えて算定する詳細な理由（皮膚欠損用創傷被覆材）：******	※
111	Ⅷ	013	非固着性シリコンガーゼ	（区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	~~830800002~~ 830900002	3週間を超えて算定する詳細な理由（非固着性シリコンガーゼ）：******	※
112	Ⅷ	015	人工鼻材料 （1）人工鼻	（1月当たり60個を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	~~830800006~~ 830900006	60個を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料）：******	※
113	Ⅷ	015	人工鼻材料 （2）接続用材料　①シール型	（合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	~~830800007~~ 830900007	30枚を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料（（2）接続用材料・シール型））：******	※

※「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」欄におけるローマ数字は、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件（令和8年厚生労働省告示第 73 号）の別表のことを指す。
（例：「別表」欄の『Ⅰ』は、別表第一医科診療報酬点数表の第2章第2部に規定する特定保険医療材料のこと。）

別表Ⅴ　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	地域歯科医療加算を算定した場合	地歯	全体「その他」欄
3	A000	電子的歯科診療情報連携体制整備加算1を算定した場合	医歯DX1	全体「その他」欄
4	A000	電子的歯科診療情報連携体制整備加算2を算定した場合	歯DX2	全体「その他」欄
5	A000	情報通信機器を用いた初診を算定した場合	情初診	全体 「その他」欄
6	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※
7	A002	地域歯科医療加算を算定した場合	地歯	全体「その他」欄
8	A002	電子的歯科診療情報連携体制整備加算を算定した場合	歯DX	全体「その他」欄
9	A002	情報通信機器を用いた再診を算定した場合	情再診	全体 「その他」欄
10	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料1を算定した場合	周計1	管理・リハ 「その他」欄
11	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料2を算定した場合	周計2	管理・リハ 「その他」欄
12	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
13	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
14	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
15	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
16	B000-8	周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）	周（Ⅲ）	管理・リハ 「その他」欄
17	B000-9	周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）	周（Ⅳ）	管理・リハ 「その他」欄
18	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料1を算定した場合	回計１	管理・リハ 「その他」欄
19	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料2を算定した場合	回計２	管理・リハ 「その他」欄
20	B000-11	回復期等口腔機能管理料	回機能	管理・リハ 「その他」欄
21	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
22	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
23	B002	歯科特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	情特疾管	管理・リハ 「その他」欄
24	B003	特定薬剤治療管理料を算定した場合	薬	全体 「その他」欄
25	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
26	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料1（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投1	全体 「その他」欄
27	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料1（イ以外の必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管1	全体 「その他」欄
28	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料2（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投2	全体 「その他」欄
29	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料2（イ以外の必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管2	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
30	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料3（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投3	全体 「その他」欄
31	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料3（イ以外の必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管3	全体 「その他」欄
32	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料の連携充実加算を算定した場合	連充	全体 「その他」欄
33	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
34	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
35	B004-6-2	歯科治療時医療管理料を算定した場合	医管	管理・リハ 「その他」欄
36	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
37	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
38	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
39	B006-3-5	こころの連携指導料（Ⅰ）を算定した場合	こ連Ⅰ	全体 「その他」欄
40	B006－4	歯科遠隔連携診療料を算定した場合	歯遠隔	全体 「その他」欄
41	B007	退院前訪問指導料を算定した場合	退前	全体 「その他」欄
42	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
43	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
44	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
45	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
46	B009	診療情報提供料（Ⅰ）を算定した場合	情Ⅰ	全体 「その他」欄
47	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
48	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1、2又は3若しく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
49	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1、2又は3若しく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
50	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
51	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
52	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
53	B010	診療情報提供料（Ⅱ）を算定した場合	情Ⅱ	全体 「その他」欄
54	B011	診療情報等連携共有料1	情共1	全体 「その他」欄
55	B011	診療情報等連携共有料2	情共2	全体 「その他」欄
56	B011-2	連携強化診療情報提供料	連情	全体 「その他」欄
57	B011-5	がんゲノムプロファイリング評価提供料を算定した場合	がんゲ評	全体 「その他」欄
58	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
59	B013-3	広範囲顎骨支持型補綴物管理料1を算定した場合	特イ管1	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
60	B013-3	広範囲顎骨支持型補綴物管理料2を算定した場合	特イ管2	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
61	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
62	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
63	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
64	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療4を算定した場合	歯訪4	全体 「その他」欄
65	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療5を算定した場合	歯訪5	全体 「その他」欄
66	C000	歯科訪問診療料の緊急歯科訪問診療加算を算定した場合	緊訪	全体 「その他」欄
67	C000	歯科訪問診療料の夜間歯科訪問診療加算を算定した場合	夜訪	全体 「その他」欄
68	C000	歯科訪問診療料の深夜歯科訪問診療加算を算定した場合	深訪	全体 「その他」欄
69	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
70	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
71	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
72	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
73	C000	区分番号C000の注16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
74	C000	区分番号C000の注16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
75	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
76	C000	区分番号C000の注20 に規定する歯科訪問診療料「イ 初診時」を算定した場合	特歯訪診（初）	全体 「その他」欄
77	C000	区分番号C000の注20に規定する歯科訪問診療料「ロ 再診時」を算定した場合	特歯訪診（再）	全体 「その他」欄
78	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
79	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、回復期等口腔機能管理及び回復期等口腔機能管理に伴う治療行為を行った場合	回復期等連携	「摘要」欄
80	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
81	C000	歯科訪問診療に係る通信画像情報活用加算を算定した場合	ICT加算	全体 「その他」欄
82	C000	在宅医療DX情報活用加算を算定した場合	在DX	全体 「その他」欄
83	C000	医科連携訪問加算を算定した場合	医訪	全体 「その他」欄
84	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
85	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
86	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
87	C001	訪問歯科衛生指導料に係る複数名訪問歯科衛生指導加算を算定した場合	複訪	全体 「その他」欄
88	C001	訪問歯科衛生指導料の注4 に規定する特別の関係にある保険医療機関等において訪問歯科衛生指導料を算定した場合	特訪	全体 「その他」欄
89	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
90	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
91	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅総合医療管理加算を算定した場合	歯総管	全体 「その他」欄
92	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療連携加算1を算定した場合	医連1	全体 「その他」欄
93	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療連携加算2を算定した場合	医連2	全体 「その他」欄
94	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
95	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
96	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
97	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口腔管理体制強化加算を算定した場合	口管強	全体 「その他」欄
98	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
99	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
100	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病院加算を算定した場合	歯援病	全体 「その他」欄
101	C001-3	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歯科医療連携加算1を算定した場合	医連1	全体 「その他」欄
102	C001-3	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歯科医療連携加算2を算定した場合	医連2	全体 「その他」欄
103	C001-3	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歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
104	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
105	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に係る小児在宅歯科医療連携加算1を算定した場合	小医連1	全体 「その他」欄
106	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に係る小児在宅歯科医療連携加算2を算定した場合	小医連2	全体 「その他」欄
107	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に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
108	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1を算定した場合	NST1	全体 「その他」欄
109	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2を算定した場合	NST2	全体 「その他」欄
110	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3を算定した場合	NST3	全体 「その他」欄
111	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料4を算定した場合	NST4	全体 「その他」欄
112	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
113	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
114	D002-6	口腔細菌定量検査2を算定した場合	口菌検2	X線・検査「菌検」欄
115	D010	歯冠補綴時色調採得検査を算定した場合	色調	X線・検査「色調」欄
116	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
117	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
118	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
119	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
120	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
121	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
122	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
123	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
124	D011-2	咀嚼能力検査1を算定した場合	咀嚼1	X線・検査「その他」欄
125	D011-2	咀嚼能力検査2を算定した場合	咀嚼2	X線・検査「その他」欄
126	D011-3	咬合圧検査1を算定した場合	咬合圧1	X線・検査「その他」欄
127	D011-3	咬合圧検査2を算定した場合	咬合圧2	X線・検査「その他」欄
128	D011-4	小児口唇閉鎖力検査を算定した場合	小口唇	X線・検査「その他」欄
129	D011-5	口腔粘膜湿潤度検査を算定した場合	湿潤	X線・検査「その他」欄
130	D012	舌圧検査を算定した場合	舌圧	X線・検査「その他」欄
131	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
132	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
133	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
134	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
135	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
136	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ニ 歯科部分パノラマ断層撮影」を算定した場合	部パ電	X線・検査「その他」欄
137	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ホ その他」を算定した場合	他電	X線・検査「その他」欄
138	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
139	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
140	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
141	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
142	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
143	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
144	E100	歯科部分パノラマ断層撮影（デジタル撮影）を算定した場合	部パデジ	X線・検査「その他」欄
145	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
146	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
147	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
148	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
149	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
150	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
151	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
152	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
153	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
154	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
155	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
156	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
157	F500	調剤技術基本料を算定した場合	調基	全体 「その他」欄
158	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
159	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を算定した場合	化1	「摘要」欄
160	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を算定した場合	化2	「摘要」欄
161	第6部通則7	バイオ後続品導入初期加算を算定した場合	バイオ	「摘要」欄
162	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
163	G020	無菌製剤処理料1を算定した場合	菌1	「摘要」欄
164	G020	無菌製剤処理料2を算定した場合	菌2	「摘要」欄
165	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
166	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
167	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
168	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「3 小児保隙装置の場合」を算定した場合	歯リハ1（3）	全体 「その他」欄
169	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「4 その他の場合」を算定した場合	歯リハ1（~~3~~4）	全体 「その他」欄
170	H001-3	歯科口腔リハビリテーション料2「1 口腔内装置を装着している場合」	歯リハ2（1）	全体 「その他」欄
171	H001-3	歯科口腔リハビリテーション料2「2 1以外の場合」	歯リハ2（2）	全体 「その他」欄
172	H001-4	歯科口腔リハビリテーション料3「1 口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合」を算定した場合	歯リハ3（1）	全体 「その他」欄
173	H001-4	歯科口腔リハビリテーション料3「2 口腔機能の低下を来している患者の場合」を算定した場合	歯リハ3（2）	全体 「その他」欄
174	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
175	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
~~176~~	~~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~~
~~177~~	~~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~~
~~178~~ 176	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
~~179~~ 177	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
~~180~~ 178	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病処置を行う場合	P処（糖）	「摘要」欄
~~181~~ 179	I017	口腔内装置1を算定した場合	OAp1	処置・手術「その他」欄
~~182~~ 180	I017	口腔内装置2を算定した場合	OAp2	処置・手術「その他」欄
~~183~~ 181	I017	口腔内装置3を算定した場合	OAp3	処置・手術「その他」欄
~~184~~ 182	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	SAS－OAp1	処置・手術「その他」欄
~~185~~ 183	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	SAS－OAp2	処置・手術「その他」欄
~~186~~ 184	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
~~187~~ 185	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
~~188~~ 186	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「イ　口腔内装置調整1」を算定した場合	OAp調1	処置・手術「その他」欄
~~189~~ 187	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「ロ　口腔内装置調整2」を算定した場合	OAp調2	処置・手術「その他」欄
~~190~~ 188	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1　口腔内装置調整」の「ハ　口腔内装置調整3」を算定した場合	OAp調3	処置・手術「その他」欄
~~191~~ 189	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
~~192~~ 190	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
~~193~~ 191	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
~~194~~ 192	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1（Ⅲ）	処置・手術「その他」欄
~~195~~ 193	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（Ⅲ）	処置・手術「その他」欄
~~196~~ 194	I029	周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）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1（Ⅳ）	処置・手術「その他」欄
~~197~~ 195	I029	周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）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（Ⅳ）	処置・手術「その他」欄
~~198~~ 196	I029-1-2	回復期等口腔機能管理料を算定した患者に対して回復期等専門的口腔衛生処置を行った場合	回口衛	処置・手術「その他」欄
~~199~~ 197	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
~~200~~ 198	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
~~201~~ 199	I030-2	非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した場合	非経口処	処置・手術「その他」欄
~~202~~ 200	I030-3	口腔バイオフィルム除去処置を算定した場合	バイオ除	処置・手術「その他」欄
~~203~~ 201	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
~~204~~ 202	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
~~205~~ 203	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
~~206~~ 204	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
~~207~~ 205	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
~~208~~ 206	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
~~209~~ 207	K002	吸入鎮静法を算定した場合	IS	麻酔「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
~~210~~ 208	K003	静脈内鎮静法を算定した場合	静鎮	麻酔 「その他」欄
~~211~~ 209	K004	歯科麻酔管理料1を算定した場合	歯麻管1	麻酔 「その他」欄
~~212~~ 210	K004	歯科麻酔管理料2を算定した場合	歯麻管2	麻酔 「その他」欄
~~213~~ 211	K005	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅰ）「10分未満のもの」を算定した場合	歯麻酔（Ⅰ）1	麻酔 「その他」欄
~~214~~ 212	K005	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅰ）「10分以上20分未満のもの」を算定した場合	歯麻酔（Ⅰ）2	麻酔 「その他」欄
~~215~~ 213	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）「1 麻酔に従事する歯科医師が専従で実施する場合」	歯麻酔（Ⅱ）1	麻酔 「その他」欄
~~216~~ 214	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）「2 麻酔に従事する歯科医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合」	歯麻酔（Ⅱ）2	麻酔 「その他」欄
~~217~~ 215	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）「3 麻酔を専従で実施する場合」	歯麻酔（Ⅱ）3	麻酔 「その他」欄
~~218~~ 216	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）「4　1から3まで以外の場合」	歯麻酔（Ⅱ）4	麻酔 「その他」欄
~~219~~ 217	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
~~220~~ 218	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
~~221~~ 219	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
~~222~~ 220	M003-4	光学印象を算定した場合	光imp	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
~~223~~ 221	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
~~224~~ 222	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
~~225~~ 223	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
~~226~~ 224	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
~~227~~ 225	M015-2	CAD/CAM冠の「1　2以外の場合」について、CAD/CAM冠用材料（Ⅴ）を用いた場合	歯CAD（Ⅴ）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
~~228~~ 226	M015-2	CAD/CAM冠の「2　エンドクラウンの場合」について、CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を用いた場合	エンクラ	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
~~229~~ 227	M016-2	小児保隙装置の「1 固定式保隙装置」を算定した場合	保隙（固）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
~~230~~ 228	M016-2	小児保隙装置の「2 可撤式保隙装置」を算定した場合	保隙（可）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
~~231~~ 229	M018	有床義歯補強加算を算定した場合	芯補強	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
~~232~~ 230	M018-2	3次元プリント有床義歯を算定した場合	3DFD	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
~~233~~ 231	M020	金銀パラジウム合金を用いた鋳造鉤を算定した場合	鋳Cl(金パラ)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
~~234~~ 232	M020	14カラット金合金を用いた鋳造鉤を算定した場合	鋳Cl(金)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
~~235~~ 233	M021	14カラット金合金を用いた線鉤を算定した場合	線Cl(金)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
~~236~~ 234	M021-2	金銀パラジウム合金を用いたコンビネーション鉤を算定した場合	コンビCl（金パラ）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
~~237~~ 235	M023	金銀パラジウム合金を用いた鋳造バーを算定した場合	バー（金パラ）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
~~238~~ 236	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
~~239~~ 237	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

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
~~240~~ 238	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
~~241~~ 239	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
~~242~~ 240	–	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
~~243~~ 241	–	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
~~244~~ 242	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）初診時を算定した場合	歯外ベアⅠ初	全体「その他」欄
~~245~~ 243	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）再診時等を算定した場合	歯外ベアⅠ再	全体「その他」欄
~~246~~ 244	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）歯科訪問診療時のイを算定した場合	歯外ベアⅠ訪イ	全体「その他」欄
~~247~~ 245	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）歯科訪問診療時のロを算定した場合	歯外ベアⅠ訪ロ	全体「その他」欄
~~248~~ 246	P002	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1～24の初診又は歯科訪問診療を算定した場合	歯外ベアⅡ● （※●は1から24までの算定する数字を記載）	全体「その他」欄
~~249~~ 247	P002	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1～24の再診時等を算定した場合	歯外ベアⅡ再● （※●は1から24までの算定する数字を記載）	全体「その他」欄
~~250~~ 248	P003	入院ベースアップ評価料1～500を算定した場合	入ベア● （※●は1から500までの算定する数字を記載）	全体「その他」欄
~~251~~ 249	P100	歯科外来物価対応料の初診時を算定した場合	歯物価初	全体「その他」欄
~~252~~ 250	P100	歯科外来物価対応料の再診時等を算定した場合	歯物価再	全体「その他」欄
~~253~~ 251	P100	歯科入院物価対応料のイ～ヘンを算定した場合	歯物価入● （※●はイからヘンまでの算定する区分を記載）	全体「その他」欄
~~254~~ 252	P200	歯科技工所ベースアップ支援料を算定した場合	歯技ベア	全体「その他」欄

別表Ⅴ　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	麻薬加算を算定した場合	麻	「加算料」欄
2	区分番号01	向精神薬加算を算定した場合	向	「加算料」欄
3	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
4	区分番号01	毒薬加算を算定した場合	毒	「加算料」欄
5	区分番号01	薬剤調製料に係る時間外加算を算定した場合	薬時	「加算料」欄
6	区分番号01	薬剤調製料に係る休日加算を算定した場合	薬休	「加算料」欄
7	区分番号01	薬剤調製料に係る深夜加算を算定した場合	薬深	「加算料」欄
8	区分番号01	薬剤調製料に係る時間外加算の特例を算定した場合	薬特	「加算料」欄
9	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合	調時	「加算料」欄
10	区分番号01	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合	調休	「加算料」欄
11	区分番号01	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合	調深	「加算料」欄
12	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合	調特	「加算料」欄
13	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合	自	「加算料」欄
14	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合：錠剤を分割する場合（100分の20に該当する場合）	分自	「加算料」欄
15	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
16	区分番号01	予製剤加算を算定した場合	予	「加算料」欄
17	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
18	区分番号00	調剤基本料1の場合	基A	「調剤基本料」欄
19	区分番号00	調剤基本料2の場合	基B	「調剤基本料」欄
20	区分番号00	調剤基本料3のイの場合	基C	「調剤基本料」欄
21	区分番号00	調剤基本料3のロの場合	基D	「調剤基本料」欄
22	区分番号00	調剤基本料3のハの場合	基E	「調剤基本料」欄
23	区分番号00	特別調剤基本料Aの場合	特基A	「調剤基本料」欄
24	区分番号00	特別調剤基本料Bの場合	特基B	「調剤基本料」欄
25	区分番号00	調剤基本料注3（受付2回目以降）に該当する場合	同	「調剤基本料」欄
26	区分番号00	調剤基本料注4（未妥結減算等）に該当する場合	妥減	「調剤基本料」欄
27	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算1を算定した場合	地支A	「調剤基本料」欄
28	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算2を算定した場合	地支B	「調剤基本料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
29	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算3を算定した場合	地支C	「調剤基本料」欄
30	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算4を算定した場合	地支D	「調剤基本料」欄
31	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算5を算定した場合	地支E	「調剤基本料」欄
32	区分番号00	連携強化加算を算定した場合	連強	「調剤基本料」欄
33	区分番号00	バイオ後続品調剤体制加算を算定した場合	バ後体	「調剤基本料」欄
34	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算4を算定した場合：100分の10に該当する場合	地敷D	「調剤基本料」欄
35	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算5を算定した場合：100分の10に該当する場合	地敷E	「調剤基本料」欄
36	区分番号00	バイオ後続品調剤体制加算を算定した場合：100分の10に該当する場合	バ後体敷	「調剤基本料」欄
37	区分番号00	調剤基本料注8（後発医薬品減算）に該当する場合	後減	「調剤基本料」欄
38	区分番号00	在宅薬学総合体制加算1を算定した場合	在総A	「調剤基本料」欄
39	区分番号00	在宅薬学総合体制加算2イを算定した場合	在総Bイ	「調剤基本料」欄
40	区分番号00	在宅薬学総合体制加算2ロを算定した場合	在総Bロ	「調剤基本料」欄
41	区分番号00	在宅薬学総合体制加算1を算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷A	「調剤基本料」欄
42	区分番号00	在宅薬学総合体制加算2イを算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷Bイ	「調剤基本料」欄
43	区分番号00	在宅薬学総合体制加算2ロを算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷Bロ	「調剤基本料」欄
44	区分番号00	電子的調剤情報連携体制整備加算を算定した場合	薬DX	「調剤基本料」欄
45	区分番号00	調剤基本料の加減算を行うと3点以下になり3点を算定した場合	基一定	「調剤基本料」欄
46	区分番号00	門前薬局等立地依存減算に該当する場合	門減	「調剤基本料」欄
47	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数2回のうち、1回目の調剤を行う場合	リ1/2	「時間外等加算」欄
48	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合；総使用回数2回のうち、2回目の調剤を行う場合	リ2/2	「時間外等加算」欄
49	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合；総使用回数3回のうち、1回目の調剤を行う場合	リ1/3	「時間外等加算」欄
50	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合；総使用回数3回のうち、2回目の調剤を行う場合	リ2/3	「時間外等加算」欄
51	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合；総使用回数3回のうち、3回目の調剤を行う場合	リ3/3	「時間外等加算」欄
52	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
53	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
54	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
55	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
56	区分番号01	薬剤調製料に係る夜間・休日等加算を算定した場合	夜	「時間外等加算」欄
57	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調時	「時間外等加算」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
58	区分番号01	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調休	「時間外等加算」欄
59	区分番号01	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調深	「時間外等加算」欄
60	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調特	「時間外等加算」欄
61	区分番号10の2	調剤管理料の調剤時残薬調整加算を算定した場合	調残	「薬学管理料」欄
62	区分番号10の2	調剤管理料の薬学的有害事象等防止加算を算定した場合	調有	「薬学管理料」欄
63	区分番号10の2	調剤管理料を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	調管	「薬学管理料」欄
64	区分番号10の3	服薬管理指導料1イを算定した場合：3月以内に再度処方箋と手帳を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合	薬Aイ	「薬学管理料」欄
65	区分番号10の3	服薬管理指導料1ロを算定した場合：3月以内に再度処方箋と手帳を持参し、1イ以外の場合	薬Aロ	「薬学管理料」欄
66	区分番号10の3	服薬管理指導料2イを算定した場合：3月を超えて再度処方箋を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合	薬Bイ	「薬学管理料」欄
67	区分番号10の3	服薬管理指導料2イを算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合（手帳なし）	薬Bイ無	「薬学管理料」欄
68	区分番号10の3	服薬管理指導料2ロを算定した場合：初めて処方箋を持参した患者等、来局した患者において、2イ以外の場合	薬Bロ	「薬学管理料」欄
69	区分番号10の3	服薬管理指導料2ロを算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参し、2イ以外の場合（手帳なし）	薬B口無	「薬学管理料」欄
~~69~~ 70	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：薬剤師が地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護老人福祉施設に入所している患者又は短期入所生活介護若しくは介護予防短期入所生活介護を受けている患者を訪問し、対面により必要な指導等を行った場合	薬Cア	「薬学管理料」欄
~~70~~ 71	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：薬剤師が介護医療院又は介護老人保健施設に入所している患者を訪問し、対面で必要な指導を行った場合	薬Cイ	「薬学管理料」欄
72	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を提出した患者（手帳あり）	薬C再	「薬学管理料」欄
73	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を提出した患者（手帳なし）	薬C無	「薬学管理料」欄
74	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を提出した患者以外	薬C	「薬学管理料」欄
~~71~~ 75	区分番号10の3	服薬管理指導料4イを算定した場合：3月以内に再度処方箋を提出した患者	薬Dイ再	「薬学管理料」欄
76	区分番号10の3	服薬管理指導料4イを算定した場合：介護老人福祉施設等の患者	薬Dイ施	「薬学管理料」欄
~~72~~ 77	区分番号10の3	服薬管理指導料4ロを算定した場合：在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なもの	薬Dロ	「薬学管理料」欄
~~73~~ 78	区分番号10の3	服薬管理指導料4ハを算定した場合：ロのうち、患者の急変等に伴い行った場合	薬Dハ	「薬学管理料」欄
~~74~~ 79	区分番号10の3	服薬管理指導料4ニを算定した場合：イからハまで以外（手帳あり）	薬Dニ	「薬学管理料」欄
80	区分番号10の3	服薬管理指導料4ニを算定した場合：イからハまで以外（手帳なし）	薬Dニ無	「薬学管理料」欄
~~75~~ 81	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	特1A	「薬学管理料」欄
~~76~~ 82	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	特1B	「薬学管理料」欄
~~77~~ 83	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	特1C	「薬学管理料」欄
~~78~~ 84	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり））	特1オA	「薬学管理料」欄
~~79~~ 85	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし））	特1オB	「薬学管理料」欄
~~80~~ 86	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者以外）	特1オC	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
~~81~~ 87	区分番号10の3	服薬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
~~82~~ 88	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算1のイを算定した場合	特管Aイ	「薬学管理料」欄
~~83~~ 89	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算1のロを算定した場合	特管Aロ	「薬学管理料」欄
~~84~~ 90	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算2を算定した場合	特管B	「薬学管理料」欄
~~85~~ 91	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算3のイを算定した場合	特管Cイ	「薬学管理料」欄
~~86~~ 92	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算3のロを算定した場合	特管Cロ	「薬学管理料」欄
~~87~~ 93	区分番号10の3	服薬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
~~88~~ 94	区分番号10の3	服薬管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
~~89~~ 95	区分番号10の3	服薬管理指導料の吸入薬指導加算を算定した場合	吸	「薬学管理料」欄
~~90~~ 96	区分番号10の3	服薬管理指導料のかかりつけ薬剤師フォローアップ加算を算定した場合	薬FU	「薬学管理料」欄
~~91~~ 97	区分番号10の3	服薬管理指導料のかかりつけ薬剤師訪問加算を算定した場合	薬訪	「薬学管理料」欄
~~92~~ 98	区分番号14の2	外来服薬支援料1を算定した場合	支A	「薬学管理料」欄
~~93~~ 99	区分番号14の2	外来服薬支援料2を算定した場合	支B	「加算料」欄
~~94~~ 100	区分番号14の2	外来服薬支援料2を算定した場合：在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	支B	「薬学管理料」欄
~~95~~ 101	区分番号14の2	施設連携加算を算定した場合	施連	「薬学管理料」欄
~~96~~ 102	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料1を算定した場合	剤調A	「薬学管理料」欄
~~97~~ 103	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料2を算定した場合	剤調B	「薬学管理料」欄
~~98~~ 104	区分番号14の4	調剤後薬剤管理指導料1を算定した場合	調後A	「薬学管理料」欄
~~99~~ 105	区分番号14の4	調剤後薬剤管理指導料2を算定した場合	調後B	「薬学管理料」欄
~~100~~ 106	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
~~101~~ 107	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
~~102~~ 108	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
~~103~~ 109	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
~~104~~ 110	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
~~105~~ 111	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
~~106~~ 112	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
~~107~~ 113	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
~~108~~ 114	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定した場合	緊訪A	「薬学管理料」欄
~~109~~ 115	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定した場合	緊訪B	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
~~110~~ 116	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
~~111~~ 117	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
~~112~~ 118	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
~~113~~ 119	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
~~114~~ 120	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
~~115~~ 121	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の夜間訪問加算を算定した場合	夜訪	「薬学管理料」欄
~~116~~ 122	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の休日訪問加算を算定した場合	休訪	「薬学管理料」欄
~~117~~ 123	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の深夜訪問加算を算定した場合	深訪	「薬学管理料」欄
~~118~~ 124	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を「注10」に基づき算定した場合	感訪	「薬学管理料」欄
~~119~~ 125	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
~~120~~ 126	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
~~121~~ 127	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
~~122~~ 128	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
~~123~~ 129	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
~~124~~ 130	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
~~125~~ 131	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
~~126~~ 132	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
~~127~~ 133	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のイを算定した場合	服Bイ	「薬学管理料」欄
~~128~~ 134	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のロを算定した場合	服Bロ	「薬学管理料」欄
~~129~~ 135	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のハを算定した場合	服Bハ	「薬学管理料」欄
~~130~~ 136	区分番号15の5	服薬情報等提供料3を算定した場合	服C	「薬学管理料」欄
~~131~~ 137	区分番号15の7	経管投薬支援料を算定した場合	経	「薬学管理料」欄
~~132~~ 138	区分番号15の8	在宅移行初期管理料を算定した場合	在初	「薬学管理料」欄
~~133~~ 139	区分番号15の9	訪問薬剤管理医師同時指導料を算定した場合	医同	「薬学管理料」欄
~~134~~ 140	区分番号15の10	複数名薬剤管理指導訪問料を算定した場合	調複	「薬学管理料」欄
~~135~~ 141	区分番号40	調剤ベースアップ評価料	調ベ	「薬学管理料」欄
~~136~~ 142	区分番号41	調剤物価対応料	調物	「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５　処方箋の記載上の注意事項

８　「備考」欄について

（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~~調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供」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。

（中略）

（11）　保険薬剤師が訪問薬剤管理指導を実施するにあたり、保険薬剤師単独での訪問では当該指導の実施が担保できないおそれがある場合など、当該指導の安全かつ確実な実施を確保する観点で複数名で訪問する必要があると処方医が認めている場合はその旨を記載すること。

なお、この場合において、保険薬局に複数名で訪問することを指示しておくべき理由等があれば具体的に記載すること。

（12）　栄養保持を目的とした医薬品を投与する場合は、手術後の患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合はその旨又は経管により栄養補給を行っている患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合はその旨、処方医が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した場合はその理由を記載すること。

（別添 10）

歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について
（令和８年３月 27 日保医発 0327 第３号）

２　第１章　基本診療料について

項　　目	略　　称
（中略）	
電子的歯科診療情報連携体制整備加算１	歯ＤＸ１
電子的歯科診療情報連携体制整備加算２	歯ＤＸ２
電子的歯科診療情報連携体制整備加算（再診時）	歯ＤＸ
情報通信機器を用いた初診	情初診

７　第７部　リハビリテーションについて

項　　目	略　　称
（中略）	
歯科口腔リハビリテーション料１	歯リハ１（３）
（３　~~その他~~小児保隙装置の場合）	
歯科口腔リハビリテーション料１	歯リハ１（４）
（４　その他の場合）	

（別添 11）

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について
（令和８年３月 27 日老老発 0327 第２号・保医発 0327 第３号）

（別紙１）

区　分		
在宅医療	第２節第１款に掲げる在宅療養指導管理料	Ｃ１１６　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料
		その他の指導管理料

※５　　次に掲げる費用に限る。

（中略）

・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ又は~~は~~３のイを算定するものに限る。）

（別紙２）

区　分	
在宅医療	Ｃ０００　往診料
	Ｃ００４－２　救急患者連携搬送料
	Ｃ１１６　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料
	第２節第２款に掲げる在宅療養指導管理材料加算
	上記以外

（別添 12）

官報掲載事項の一部訂正

【令和８年３月５日（号外第 46 号)】

○　診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第 69 号）

該当箇所	誤	正
別表第二 Ｈ００１　摂食機能療養（１日につき）	４　治療開始日から起算して３月を超えた場合においては、摂食機能療法と区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１（２及び３に限る。）を合わせて月６回に限り算定する。	４　治療開始日から起算して３月を超えた場合においては、摂食機能療法と区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１（２及び４に限る。）を合わせて月６回に限り算定する。
別表第二 第２章　第９部　手術　通則	７　区分番号Ｊ０１６、Ｊ０１８、Ｊ０２１の２、Ｊ０３１、Ｊ０３２、Ｊ０３５、Ｊ０３９の２及び３、Ｊ０４２、Ｊ０５７並びにＪ０６０に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側は 4,000 点を、両側は 6,000 点を加算する。また、上記に掲げる手術については、放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000 点を所定点数に加算する。	７　区分番号Ｊ０１６、Ｊ０１８、Ｊ０２１の２、Ｊ０３１、Ｊ０３２、Ｊ０３５、Ｊ０３９の２及び３、Ｊ０４２、Ｊ０５７並びにＪ０６０に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側は 4,000 点を、両側は 6,000 点を加算する。また、上記に掲げる手術については、放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000 点を所定点数に加算する。
別表第二 Ｋ００６　歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）	―	５　３及び４について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科医師が行った場合に算定する。

○　基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第 70 号）

該当箇所	誤	正

第三十五の四 病棟薬剤業務実施加算 (3) 病棟薬剤業務実施加算３の施設基準	ロ 病棟薬剤業務実施加算１に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。	ロ 病棟薬剤業務実施加算１又は２に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

○ 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第 71 号）

該当箇所	誤	正
第十二の二 麻酔 四 歯科麻酔管理料の施設基準	(1) 常勤の麻酔に従事する歯科医師が配置されていること。	(1) 麻酔に従事する歯科医師が配置されていること。
第十五 調剤 三 調剤基本料の注４に規定する保険薬局	(3) 服薬管理指導料の注１に規定する保険薬局（処方箋の受付回数が一月に六百回以下の保険薬局を除く。）であること。	(3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を一年間実施していない保険薬局（処方箋の受付回数が一月に六百回以下の保険薬局を除く。）であること。

【令和８年３月 27 日（号外第 71 号)】

○ 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命令附則第四条の二第二項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件（こども家庭庁・厚生労働省告示第２号)

別紙１のとおり、様式第三を訂正する予定である。

○ 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第三条第一項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件（こども家庭庁・厚生労働省告示第３号)

別紙２のとおり、様式第四の二の１及び様式第四の二の２を訂正する予定である。

全日本病院協会　医療行政情報
https://www.ajha.or.jp/topics/admininfo/

様式第三

診療報酬明細書

○　（歯科）　令和　年　月分

都道府県番号　医療機関コード

3 歯科	1 社・国　2 公費	3 後期	1 単独　2 2併　3 3併	2 本外　4 六外　6 家外	8 高外一　0 高外7

公費負担者番号		公費負担医療の受給者番号		保険者番号		給付割合	10 9 8 7( )

被保険者資格に係る記号・番号　（枝番）

氏名	1男　2女　1明　2大　3昭　4平　5令　・　・　生	特記事項	届出
職務上の事由	1 職務上　2 下船後3月以内　3 通勤災害		補管　歯初診

保険医療機関の所在地及び名称

傷病名部位		診療開始日	年　月　日
		診療実日数	日(　日)
		転帰	治癒　死亡　中止

初診	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	特連	特地	外安全	外感染		点
再診	× 時間外 ×	休日 ×	深夜 ×	乳 ×	乳・時間外 ×	乳・休日 ×	乳・深夜 ×	外安全 ×	外感染 ×				
管理・リハ	歯管 ＋ ＋ ＋ ＋	根管	歯冠	機能	実地指	口指導	義管 × ×	歯リ	P画像 ×	その他			
投薬・注射	内屯外注	調 × ×	処方 × ＋ ×	情 × ＋ ×	処 × ＋ ×	注 × ×							

X線検査													
全顎 枚	色調 ×	P混検 ×	P部検 ×	基本検査 ×	精密検査 ×	その他							
標 × ×	S培 ×	顎運動 ×	菌検 ×										
パ × ×	EMR × × × ×												

処置・手術													
単純 ×	保護 × × ×	Rコ ×	填塞 × ×	Hys × ×	咬調 × ×								
抜 ×	感 ×	根 ×	根 ×	加圧根充 ×	生切 ×	除去 ×	T.cond ×	F局					
髄 ×	根処 ×	貼 ×	充 ×				歯清	P処 ×					
							SPT ＋ ＋						
S C × ＋ × × ＋ ×	SRP 前 ×	小 ×	大 ×	前 ×	小 ×	大 ×							
抜歯 乳 ×	前 × ＋ ×	臼 × ＋ ×	埋 × ＋ ×	切開 × ×									
その他													

麻酔	伝麻 ×	浸麻 ×	その他

歯冠修復及び欠損補綴													
補診 × ×	維持管理 × × ×	(窩洞) ×	印象 ×	×	×	×							
歯冠形成 (生単) 前C ×	(失単) 前C ×	前処 ×	×	印象 ×	×	×	×						
金硬 ×	金硬 ×		＋ ×	TeC ×	咬合 ×	×	×						
既製 ×	既製 ×		＋ ×	修理 ×	×	×	×						
(生ブ) 前接 × ＋ ×	(失ブ) 前 × ＋ ×				試適 ×	×							
金 × ＋ ×	金 × ＋ ×				×	×	×						
支台印象 ×	支台築造 メタル 前小 ×	大 ×	その他 前小 ×	大 ×	修形 ×	充形 × ＋ ×							
金属歯冠修復 乳前小銀 ×	×	×	×	×	×	硬ジ × ×	充填1 ×	材充Ⅰ × ×					
前小パ ×	×	×	×	×	×	乳 × ×							
大パ ×	×		×	×		仮着 × ×	充填2 ×	材充Ⅱ × ×					
大銀 ×	×		×	×		装着 × ＋ ×							
CAD In (Ⅰ) ×	(Ⅱ) ×	(Ⅲ) ×	予冠 ×	前予	根板 パ前小 ×	パ大 ×	銀前小 ×	銀大 ×	レジン ×				

ポンティック													
前装 パ前 ×	銀前 ×	鋳造 パ大 ×	CAD冠パー (Ⅰ) ×	(Ⅱ) ×	装着 × ×	HRBr ×							
パ小 ×	銀小 ×	パ小 ×	(Ⅲ) ×	(Ⅳ) ×	材料 × ×	TiBr × ＋ ×							
パ大 ×	銀大 ×	銀 ×	鋳コバ ×	屈曲 不特 ×	保 ×	Br装着 × ×							

有床義歯													
1〜4歯 ×	床 ×	磁性アタッチメント 磁石 ×	鉤	両側性鉤 双 ×	間接 ×	人工歯 ×							
5〜8歯 ×	適 ×	キ パ 前小 ×		コバ 腕 ×		×							
9〜11歯 ×	合 ×	付 大 ×		片側性鉤 双 ×	床修理 × ＋ × ＋ ×	×							
12〜14歯 ×		根 銀 前小 ×		不・特 鋲ナシ ×	× ＋ × ＋ ×	×							
総義歯 ×	×	板 大 ×		コンビ ×	× ＋ × ＋ ×	×							

その他													
その他													

摘要		公費分点数	請求	点	合計	点
			決定	※ 点		
		患者負担額（公費）		円	決定	※ 点
		高額療養費		※ 円	一部負担金額	減額　割(円) 円
						免除・支払猶予

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

全日本病院協会 医療行政情報
https://www.aiha.or.jp/topics/admininfo/

（別紙2）

様式第四の二の1

⑤ 訪問看護療養費明細書

令和　　年　　月分

都道府県番号　　訪問看護ステーションコード

6 訪問	1 社・国	1 単	独	2 本 人	8 高齢一
	2 公 費	2	併	4 六 歳	
	3 後 期	3	併	6 家 族	0 高齢7

公費負担者番号①							公費負担医療の受給者番号①			
公費負担者番号②							公費負担医療の受給者番号②			

| | | | | | | | | | |

様式第四の二の2

令和　　年　　月分

訪問看護ステーションコード

1 社・国	2 本　人	8 高齢一
2 公　費	4 六　歳	
3 後　期	6 家　族	0 高齢7

公費負担者番号 ①

公費負担医療の受給者番号 ①

保険者番号

被保険者資格に係る記号・番号　（枝番）

氏名

基本療養費Ⅰ及びⅡの加算

（公費分金額）

⑲ 難病等複数回訪問加算
- ２回　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３回以上　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　月20日目まで　円 × 日　円　円
- 月21日目以降　円 × 日　円　円
- 10人以上　月20日目まで　円 × 日　円　円
- 月21日目以降　円 × 日　円　円
- 20人以上　月20日目まで　円 × 日　円　円
- 月21日目以降　円 × 日　円　円
- 50人以上　月20日目まで　円 × 日　円　円
- 月21日目以降　円 × 日　円　円

⑳ 緊急訪問看護加算　円 × 回 ＋　円 × 回　円　円

㉑ 長時間訪問看護加算　円 × 日　円　円

㉒ 乳幼児加算　円 × 回 ＋　円 × 回　円　円

㉓ 複数名訪問看護加算
- 看護師等　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- 理学療法士等　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- 准看護師　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- その他職員ハ　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- その他職員ニ　１回　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- ２回　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- ３回以上　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円

㉔ 夜間・早朝訪問看護加算
- １人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円
- 10人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円
- 20人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円
- 50人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円

㉕ 深夜訪問看護加算
- １人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円
- 10人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円
- 20人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円
- 50人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円

精神科基本療養費Ⅰ及びⅢの加算

（公費分金額）

㊲ 精神科緊急訪問看護加算　円 × 回 ＋　円 × 回　円　円

㊳ 長時間精神科訪問看護加算　円 × 日　円　円

㊴ 複数名精神科訪問看護加算
- 看護師等　１回　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- ２回　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- ３回以上　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- 作業療法士　１回　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- ２回　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- ３回以上　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- 准看護師　１回　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- ２回　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- ３回以上　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- 看護補助者　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- 精神保健福祉士　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円

㊵ 夜間・早朝訪問看護加算
- １人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円
- 10人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円
- 20人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円
- 50人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円

㊶ 深夜訪問看護加算
- １人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円
- 10人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円
- 20人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円
- 50人以上　月15日目まで　円 × 日　円　円
- 月16日目以降　円 × 日　円　円

㊷ 精神科複数回訪問加算
- ２回　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　円 × 日　円　円
- 10人以上　円 × 日　円　円
- 20人以上　円 × 日　円　円
- 50人以上　円 × 日　円　円
- ３回以上　１人又は２人　円 × 日　円　円
- ３人以上　月20日目まで　円 × 日　円　円
- 月21日目以降　円 × 日　円　円
- 10人以上　月20日目まで　円 × 日　円　円
- 月21日目以降　円 × 日　円　円
- 20人以上　月20日目まで　円 × 日　円　円
- 月21日目以降　円 × 日　円　円
- 50人以上　月20日目まで　円 × 日　円　円
- 月21日目以降　円 × 日　円　円

特記事項

備考　１．この用紙は、A列４番とすること。　２．※印の欄は、記入しないこと。