

事務連絡
令和2年8月31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）
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）

御中

厚生労働省保険局医療課

令和2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6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2年3月5日付官報（号外第42号）に掲載された令和2年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添7のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、予めお知らせいたします。

- ・「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2年3月5日保医発0305第1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2年3月5日保医発0305第2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2年3月5日保医発0305第3号）（別添3）
- ・「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（令和2年3月23日保医発0323第2号）（別添4）
- ・「「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2年3月27日保医発0327第1号）（別添5）
- ・「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2年3月27日保医発0327第3号）（別添6）

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
11	A104	特定機能病院入院基本料の重度認知症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価(当該加算の基準に基づくADL得点又はランク)及び評価日を記載すること。(月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。)	83010016 830100455	算定根拠となる評価(重度認知症加算(特定機能病院精神棟入院基本料));*****
				85010013 850100386	評価年月日(重度認知症加算(特定機能病院精神棟入院基本料));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
17	A205 の1	救急医療管理加算1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A205救急医療管理加算の(2)のアからケまでのいずれか該当するものを選択して記載すること。また、(2)のイ、ウ、オ、カ(肝不全、腎不全又は重症糖尿病のものに限る。)又はキ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を記載し、(2)の力に該当する場合であって、肝不全、腎不全、重症糖尿病以外のものについては、具体的な状態を記載すること	820100393	ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算1)
				820100395	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS1
				820100396	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS2
				820100397	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS3
				820100398	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS10
				820100399	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS20
				820100400	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS30
				820100401	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS100
				820100402	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS200
				820100403	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS300
				820100404	ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA1
				820100405	ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA2
				820100406	ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA3
				820100407	ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA4
				820100408	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P/F比300以上400未満
				820100409	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P/F比200以上300未満
				820100410	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P/F比200未満
				820100411	エ 急性薬物中毒(救急医療管理加算1)
				820100412	オ ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg以上
				820100413	オ ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg未満
				820100414	オ ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用なし
				820100415	オ ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用あり
				842100001	カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)AST値:*****
				842100002	カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)ALT値:*****
				842100003	カ 代謝障害(腎不全)(救急医療管理加算1)eGFR値:*****
				842100004	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)JSDJDS値:*****
				842100005	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)NGSP値:*****
				842100006	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)随時血糖値:*****
				830100023	カ 代謝障害(その他)(救急医療管理加算1)具体的な状態:*****
				820100416	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 9以上
				820100417	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 4以上9未満
				820100418	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 4未満
				820100419	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷なし
				820100420	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷あり
				820100421	ク 外傷、破傷風等(救急医療管理加算1)
				830100024 820100808	ケ 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)
		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		
		820100422	ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算2)		
		820100423	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS1		
		820100424	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS2		
		820100425	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS3		
		820100426	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS10		
		820100427	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS20		
		820100428	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS30		
		820100429	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS100		
		820100430	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS200		

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				
18	A205 の2	救急医療管理加算2	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A205救急医療管理加算の(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態のうち該当するものを選択して記載すること。また、(2)のイ、ウ、オ、カ(肝不全、腎不全又は重症糖尿病のものに限る。)又はキ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を記載し、(2)のロに該当する場合であって、肝不全、腎不全、重症糖尿病以外のものについては、具体的な状態を記載すること。また、(2)のロに該当する場合はその医学的根拠を記載すること。	820100431	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS300				
				820100432	ウ 心不全(救急医療管理加算2):NYHA1				
				820100433	ウ 心不全(救急医療管理加算2):NYHA2				
				820100434	ウ 心不全(救急医療管理加算2):NYHA3				
				820100435	ウ 心不全(救急医療管理加算2):NYHA4				
				820100436	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算2):P/F比400以上				
				820100437	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算2):P/F比300以上400未満				
				820100438	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算2):P/F比200以上300未満				
				820100439	ウ 呼吸不全(救急医療管理加算2):P/F比200未満				
				820100440	エ 急性薬物中毒(救急医療管理加算2)				
				820100441	オ ショック(救急医療管理加算2):平均血圧70mmHg以上				
				820100442	オ ショック(救急医療管理加算2):平均血圧70mmHg未満				
				820100443	オ ショック(救急医療管理加算2):昇圧剤利用なし				
				820100444	オ ショック(救急医療管理加算2):昇圧剤利用あり				
				842100007	カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算2)AST値:*****				
				842100008	カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算2)ALT値:*****				
				842100009	カ 代謝障害(腎不全)(救急医療管理加算2)eGFR値:*****				
				842100010	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)JSD値:*****				
				842100011	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)NGSP値:*****				
				842100012	カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)随時血糖値:*****				
				830100025	カ 代謝障害(その他)(救急医療管理加算2)具体的な状態:*****				
				820100445	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index 9以上				
				820100446	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index 4以上9未満				
				820100447	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index 4未満				
				820100448	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):気道熱傷なし				
				820100449	キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):気道熱傷あり				
				820100450	ク 外傷、破傷風等(救急医療管理加算2)				
				820100451	ケ 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)				
				830100026	コ その他の重症な状態の医学的根拠(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。	850100017 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	
				124	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)
						(保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合) 情報提供先を記載すること。	830100080	情報提供先(診療情報提供料(1-I)):*****	
141	C000	往診料の患者診療時間加算	診療時間を記載すること。	852100004 114000970	診療時間(患者診療時間加算) 患者診療時間加算(往診料)				
			114002470	患者診療時間加算(特別往診)					
143	C001	在宅患者訪問診療料(I)の患者診療時間加算	診療時間を記載すること。	852100004 114001470	診療時間(患者診療時間加算) 患者診療時間加算(在宅患者訪問診療料(1)・(2))				
146	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(患者との距離が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-I)):*****				
148	C001-2	在宅患者訪問診療料(II)の患者診療時間加算	診療時間を記載すること。	852100004 114001470	診療時間(患者診療時間加算) 患者診療時間加算(在宅患者訪問診療料(1)・(2))				
159	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の長時間訪問看護・指導加算	訪問看護を実施した日を記載すること。	850100145	訪問看護の実施年月日(長時間訪問看護・指導加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日				
160	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の複数訪問看護・指導加算	訪問看護を実施した日を記載すること。	850100146	訪問看護の実施年月日(複数訪問看護・指導加算):(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
169	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	訪問指導を行った日及び単位数を記載すること。 (急性増悪等により、一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を必要とする患者に対して行った場合) 「急性」と表示すること。	算定日情報	—(算定日)
				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)
171	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。	820100643	急性
				820100099	急性増悪
				820100100	終末期
				820100101	退院直後
				820100402 830100469	その他 その他具体的理由(特別訪問看護指示加算);*****
178	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(7)又は(8)により当該指導管理料算定する場合、カンファレンスの日時、実施場所、概要、DESIGN-R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。 (〔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日、DESIGN-R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-R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-R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-R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-R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-Rによる深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D4(皮下組織を負える損傷)
				820100649	DESIGN-R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-R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
181	C101-3	在宅妊婦糖尿病患者指導管理料2 在宅妊婦糖尿病患者指導管理料2	分娩日を記載すること。	850100134	分娩日(在宅妊婦糖尿病患者指導管理料2):(元号)yy年mm月dd日
183	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A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。 (人工腎臓を算定した場合)算定した日を記載すること。 (在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合)薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	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
				850100138	人工腎臓算定年月日(在宅血液透析指導管理料):(元号)yy年mm月dd日
201	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)血糖自己測定器の回数を記載すること。 (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。	842100048	血糖自己測定回数(血糖自己測定器加算);*****
				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)
				114005940	血糖自己測定器加算(20回以上)(1型糖尿病の患者及び採全摘後の患者を除く)
				114046040	血糖自己測定器加算(30回以上)(1型糖尿病の患者及び採全摘後の患者を除く)
				114006040	血糖自己測定器加算(40回以上)(1型糖尿病の患者及び採全摘後の患者を除く)
				114007440	血糖自己測定器加算(60回以上)(1型糖尿病の患者及び採全摘後の患者を除く)

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
216	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。	830100110 830100109	在宅療養指導管理料の算定理由:*****
225	D004-201	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 820100664 820100665 820100666 820100667 820100668 820100669 820100670 820100671 820100672 820100673 820100674 820100675 820100676 820100677 820100678 820100679 820100680 820100803 820100804 850100150	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 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるK-ras遺伝子検査 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 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるK-ras遺伝子検査 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 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 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 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K-ras遺伝子検査 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるマイクロサテライト不安定性検査 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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
236	D008の19	脳性ナトリウムペプチド(BNP)	(脳性ナトリウムペプチド(BNP)、脳性ナトリウムペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)及び心房性ナトリウムペプチド(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)
237	D008の19	脳性ナトリウムペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)	(脳性ナトリウムペプチド(BNP)、脳性ナトリウムペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)及び心房性ナトリウムペプチド(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)
242	D008の45	心房性ナトリウムペプチド(ANP)	(脳性ナトリウムペプチド(BNP)、脳性ナトリウムペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)及び心房性ナトリウムペプチド(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)
244	D009の26	可溶性メソレリン関連ペプチド	(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 820100810 820100811	(イ) 右綿嚢嚢腔があり、胸水、腹水等の貯留が認められる患者(可溶性メソレリン関連ペプチド) (ロ) 体腔液細胞診で悪性中皮腫が疑われる患者(可溶性メソレリン関連ペプチド) (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(可溶性メソレリン関連ペプチド)
249	D012の48	サイトメガロウイルスpp65抗原定性	(高度細胞性免疫不全の患者に対して算定した場合) 当該検査が必要であった理由を記載すること。	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抗原定性必要性理由):*****
282	D313の2	大腸内視鏡検査 2 カプセル型内視鏡によるもの	当該患者の症状詳記を添付すること。さらに、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D313大腸内視鏡検査の(2)のイ又はロに規定するものうち、該当するものを選択して記載するとともに、イの場合は実施日を、ロの場合は実施困難な理由を記載すること。症状詳記については、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	820100156 820100157 820100805 850100196 830100173	イア 大腸ファイバースコープでは回盲部まで到達できなかった患者 ロイ 器質的異常により大腸ファイバースコープが困難と判断された患者 ウ 身体的負担により大腸ファイバースコープが実施困難であると判断された患者 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 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)):*****
				850190008 820190008 850190009 820190009	前回実施年月日(アルブミン定量(尿)):(元号)yy年mm月dd日 初回(アルブミン定量(尿)) 前回実施年月日(ミオインソール(尿)):(元号)yy年mm月dd日 初回(ミオインソール(尿))

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
283	D	算定回数が複数月に1回のみとされている検査	(算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合) 前回の実施日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	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-FABP(尿));(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 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(リボ蛋白(a));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				820190018	初回(リボ蛋白(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"
				820190022	初回(RLP-C)
				850190023	前回実施年月日(MDA-LDL);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				820190023	初回(MDA-LDL)
				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(TF);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 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(TF) 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)				

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
				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))
				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)
				850190040	前回実施年月日(小児食物アレルギー負荷検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				820190040	初回(小児食物アレルギー負荷検査)
				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)
285	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;*****
286	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288、293、297のとおり、選択して記載すること。		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288、293、297において選択式コメントに対応
288	E001	写真診断 1 単純撮影 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 820181100 820181220 820181300 820181340 820181120 820181240 820181310 820181320 830181200 830181400 830181410 830181420 830181430 830181440 830181370 830181500	撮影部位(単純撮影):頭部 撮影部位(単純撮影):頸部(頸椎を除く) 撮影部位(単純撮影):頸部(頸椎を除く) 撮影部位(単純撮影):胸部(肩を除く) 撮影部位(単純撮影):腹部 撮影部位(単純撮影):骨盤(仙骨部・股関節を除く) 撮影部位(単純撮影):頸椎 撮影部位(単純撮影):頸椎 撮影部位(単純撮影):胸椎 撮影部位(単純撮影):腰椎 撮影部位(単純撮影):仙骨部 撮影部位(単純撮影):肩__;***** 撮影部位(単純撮影):上腕__;***** 撮影部位(単純撮影):肘関節__;***** 撮影部位(単純撮影):前腕__;***** 撮影部位(単純撮影):手関節__;***** 撮影部位(単純撮影):手__;***** 撮影部位(単純撮影):股関節__;***** 撮影部位(単純撮影):膝__;*****

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
306	H000	心大血管疾患リハビリテーション料	<p>(標準的算定日数を超過して月13単位を超過して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等(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))</p> <p>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量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つては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を記載した上で、当該計画書の写しを添付することも差し支えない。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。</p> <p>[記載例]</p> <p>本患者は、2008年9月21日に脳出血を発生し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2009年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超過するが、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。</p>	830100209	継続理由(心大血管疾患リハビリテーション料);*****
				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
307	H000	心大血管疾患リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	発症、手術又は急性増悪の月日を記載すること。	850100212	開始年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 発症年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100213	手術年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100214	急性増悪年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日
309	H001	脳血管疾患等リハビリテーション料	<p>算定単位数及び実施日数を記載すること。</p> <p>疾患名及び発症月日、手術月日、急性増悪した月日又は最初に診断された月日を記載すること。</p> <p>(標準的算定日数を超過して月13単位を超過して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番306)と同様。</p> <p>(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。</p>	—	830100211 疾患名(脳血管疾患等リハビリテーション料);*****
				850100218	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 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
				830100212	継続理由(脳血管疾患等リハビリテーション料);*****
				830100213	新たな疾患名(脳血管疾患等リハビリテーション料);*****
313	H001-2	廃用症候群リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の月日を記載すること。	850100212	開始年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 発症年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100213	手術年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100214	急性増悪年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日
315	H002	運動器リハビリテーション料	<p>算定単位数及び実施日数を記載すること。</p> <p>疾患名及び発症月日、手術月日、急性増悪した月日又は最初に診断された月日を記載すること。</p> <p>(標準的算定日数を超過して月13単位を超過して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番306)と同様。</p> <p>(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。</p>	830100217	疾患名(運動器リハビリテーション料);*****
				850100224	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 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
				830100218	継続理由(運動器リハビリテーション料);*****
				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				
				850100212	開始年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 発症年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日
		呼吸器リハビリ			

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
319	H003	リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	発症、手術又は急性増悪の日を記載すること。	850100213	手術年月日(早期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100214	急性増悪年月日(早期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
323	H004	摂食機能療法の摂食嚥下支援加算	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施日及びカンファレンス日を記載すること。内視鏡下嚥下機能検査及び嚥下造影について、摂食嚥下支援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(摂食嚥下支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100232	嚥下造影を実施した年月日(摂食嚥下支援加算):(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(摂食嚥下支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
327	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各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100186	1-全身麻酔による手術が行われる予定又は行われたもの
				820100187	2-放射線治療又は全身麻酔の手術が行われる予定又は行われたもの
				820100188	3-リンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定又は行われたもの
				820100189	4-骨軟部腫瘍等の患者で手術等が行われる予定又は行われたもの
				820100190	5-原発性脳腫瘍等の患者で手術等が行われる予定又は行われたもの
				820100191	6-血液腫瘍により化学療法等が行われる予定又は行われたもの
				820100192	7-骨髄抑制を来したし得る化学療法等が行われる予定又は行われたもの
				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したし得る化学療法等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	85 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
				328	H007-3
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				
359	J003 J003-2	局所陰圧閉鎖処置(入院) 局所陰圧閉鎖処置(入院外)	初回加算を算定した日を記載すること。 (創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合) 併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置の対象部位をそれぞれ記載すること。	850100269	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"
				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"
				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"
				830100459	併算定した処置の部位(局所陰圧閉鎖処置):*****
360	J003	局所陰圧閉鎖処置(入院)	(J040局所灌流の「2」骨髄・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根拠を詳細に記載すること。 初回加算を算定した日、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。	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):*****
				850100271	初回加算を算定した年月日(局所陰圧閉鎖処置(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				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)):*****
365	J027	高気圧酸素治療	一連の治療における初回実施日及び初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。 (高気圧酸素治療の「1」を算定した場合) 減圧症又は空気塞栓が発症した月日を記載すること。 (高気圧酸素治療の「1」について、長時間加算を算定した場合) 高気圧酸素治療の実施時間を記載すること。	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):*****
				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"
			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。	850100276	初回実施年月日(持続経徐式血液濾過):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" (算定日)
				842100057	通算実施回数(持続経徐式血液濾過):*****
				851100009	開始時刻(持続経徐式血液濾過)

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				
370	J038-2	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J38-2持続緩徐式血液濾過の(2)のアからカのいずれかに該当する場合は、該当項目を記載すること。	851100010	終了時刻(持続緩徐式血液濾過)				
				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 急性腎障害と診断された、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				
				830100253	キの要件を満たす医学的根拠(重症急性肺炎の患者)(持続緩徐式血液濾過);*****				
375	J041	吸着式血液浄化法	<p>「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</p> <p>「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。</p> <p>「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</p> <p>「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。</p>	830100257	アの①の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);***** 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);***** 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);*****				
				830100260	イの①の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);***** 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);***** イの2の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);*****				
				376	J041-2	血球成分除去療法	一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものも含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	850100279	初回実施年月日(血球成分除去療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"(算定日)
								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)								
378	J045-2	一酸化窒素吸入療法	<p>開始日時、終了日時及び通算時間を記載すること。</p> <p>(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。</p>					850100290	開始年月日(一酸化窒素吸入療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"(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);*****				
				830100262	理由及び医学的根拠(一酸化窒素ガス加算);*****				
384	J070-4	磁気による膀胱等刺激法	当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施日を記載すること。	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	通算実施回数(磁気による膀胱等刺激法);***** 通算実施日(磁気による膀胱等刺激法);*****				
415	K616-4	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	<p>「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。</p> <p>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。</p>	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);*****				
				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);*****				
				850100292 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"				
433	L008	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	各区分ごとの麻酔時間を記載すること。	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				
				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				

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
				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
			算定した理由を記載すること。	830100325	算定理由(T-M(セルブロック法));*****
440	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 対象患者(T-M(セルブロック法)):悪性リンパ腫を疑う患者
			(肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌若しくは又は悪性リンパ腫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));*****
			算定した理由を記載すること。	830100327	算定理由(免疫染色病理組織標本作製);*****
441	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)に規定するものうち、該当するものを選択して記載すること。	820100762 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
				820100763 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
				820100764 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
				820100765 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
				820100766 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
				820100767 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 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
			(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、卵巣癌若しくは又は悪性リンパ腫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);*****

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
2	A000	初診料	(健康診断の結果に基づき治療を開始する場合において、初診料を算定しない場合) 健康診断の結果に基づき治療を開始した旨を記載すること。	820100300	健康診断の結果に基づき治療開始
			(歯科疾患管理料を算定した患者について、再度初診料を算定する場合) 当該患者の前回治療年月日を記載すること。 なお、治療終了後2月以内に、予想しなかった外傷等により当初の管理計画の対象となっていた疾患とは異なる疾病が生じたことにより初診料を算定する場合は、その理由を記載すること。	850100296	初診前回算定年月日: 前回治療年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830100332	初診理由:*****
10	B000-6 B000-7 B000-8	周術期等口腔機能管理料(I) 周術期等口腔機能管理料(II) 周術期等口腔機能管理料(III)	手術、放射線治療、化学療法等の実施年月日又は予定年月日を記載すること。 (周管(I)又は周管(II)の「1 手術前」の算定がなく、「2 手術後」の算定がある場合) 脳卒中等による緊急手術を実施した患者に対して術後早期に口腔機能管理の依頼を受けた旨を記載すること。	850100297	周管1(手術前)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100298	周管1(手術後)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100299	周管2(手術前)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100300	周管2(手術後)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100301	周管3手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100302	周管1(手術前)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100303	周管1(手術後)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100304	周管2(手術前)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100305	周管2(手術後)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100306	周管3手術等予定年月日: 放射線治療等予定年月日:(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			
12	B003	特定薬剤治療管理料	全体の「その他」欄に初回の算定年月を記載すること。なお、4月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	薬剤初回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 薬剤初回算定年月:(元号)yy"年"mm"月"
20	B008-2	薬剤総合評価調整管理料	(当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合) 当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。	842100062	薬剤総合評価調整管理料他の保険医療機関名等及び調整前後の種類数:***** 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:*****
27	B012	傷病手当金意見書交付料	全体の「その他」欄に交付年月日を記載すること。 (当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合) 当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病の診察開始年月日を「傷病名部位」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。	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"
					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。)
29	B014	退院時共同指導料1	全体の「その他」欄に患者が入院している保険医療機関名を記載。なお、2回目の当該退院時共同指導料は、全体の「その他」欄に別に厚生労働大臣が定める疾病のうち、該当する病名を記載すること。なお、1回目の場合は1回目と記載すること。	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)
33	C000	歯科訪問診療料注8 地域医療連携体制加算	地域医療連携体制加算である旨及び連携保険医療機関名を記載すること。	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:*****
34	C000	歯科訪問診療料注9 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。 同月内に歯科訪問診療とそれ以外の外来分の診療がある場合、それぞれを明確に区分して記載すること。	303001570	滞在時間 滞在時間(特別歯科訪問診療料)
36	C001	訪問歯科衛生指導料	日付、指導の実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。		算定日情報 (算定日)
				851100024	訪問歯科衛生指導開始時刻
				851100025	訪問歯科衛生指導終了時刻
				842100063	訪問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戸未満で訪問歯科衛生指導料を算定する者を行行患者が2人以下
				850100316	(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
40	C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料注6 栄養サポートチーム等連携加算1注7 栄養サポートチーム等連携加算2	当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。 (栄養サポートチーム等連携加算を算定した場合) 連携先の保険医療機関名又は介護施設名及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。		算定日情報 (算定日)
				851100026	訪問口腔リハ開始時刻
				851100027	訪問口腔リハ終了時刻
				830100355	栄養サポートチーム等連携加算1(在宅患者訪問口腔リハ)連携先保険医療機関名等:*****
				850100397	栄養サポートチーム等連携加算1(在宅患者訪問口腔リハ)参加年月日: (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830100356	栄養サポートチーム等連携加算2(在宅患者訪問口腔リハ)医療機関名:*****
				830100454	栄養サポートチーム等連携加算2(在宅患者訪問口腔リハ)連携先保険医療機関名等:*****

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
				850100324	栄養サポートチーム等連携加算2(在宅患者訪問口腔リハ)参加年月日:(元号)yy年mm月dd日
50	D011	有床義歯咀嚼機能検査	(新製有床義歯装着日より前に算定する場合で傷病名の部位から新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる状態であると判断できない場合) 有床義歯咀嚼機能検査を開始する時に、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第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。 (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1「イ」下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合又は有床義歯咀嚼機能検査2「イ」下顎運動測定と咬合圧咀嚼能力測定を併せて行う場合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。	820100770	イ 新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる場合
				820100314	ロ 舌接触補助床を装着する場合
				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
				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)年月日:(元号)yy年mm月dd日 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(下顎運動測定と咀嚼能力測定を併施)年月日:(元号)yy年mm月dd日 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	有床義歯咀嚼機能検査装着年月日:(元号)yy年mm月dd日 有床義歯咀嚼機能検査装着年月:(元号)yy年mm月 新製有床義歯等装着年月:(元号)yy年mm月				
66	H	リハビリテーション	(「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを行った場合) 次の例により、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。 〔記載例〕 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)イ 200×18 実施日数3日 (リハ選) 脳血管疾患等リハビリテーション料 2,000円×1	830100372	リハ選:*****
75	I007	根管貼薬処置	(同一歯に対して初回の根管貼薬処置を実施した日の属する月から起算して6月を超えて治療を継続して処置を行う場合) 当該歯の状態及び初回の根管貼薬処置を行った年月を記載すること。 (抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合) 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100377	根管貼薬処置実施部位の状態:*****
				850100335	根管貼薬初回年月日:(元号)yy年mm月dd日 根管貼薬初回年月:(元号)yy年mm月
				830100378	抜歯前提の消炎目的の根管拡大後の根管貼薬部位:*****
80	I011-2	歯周病安定期治療(Ⅰ)	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 (SPT及びP重防が2回目以降の場合)2回目以降の場合 SPT1又はP重防の前回実施年月を記載すること。 (歯周病安定期治療(Ⅰ)の治療間隔が3月以内の場合) 治療間隔が3月以内になった理由の要点として、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I011-2歯周病安定期治療(Ⅰ)の(3)のイからニまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。なお、ロ又はハを選択した場合は、別途、詳細な理由(全身的な疾患の状態を含む。)を記載すること。	820100772	1回目(SPT1)
				850100337	SPT1前回実施年月日:(元号)yy年mm月dd日 SPT1又はP重防前回実施年月:(元号)yy年mm月
				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
				820100333	ハ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合
820100334	ニ 侵襲性歯周炎の場合				
830100382	SPT1詳細理由:*****				
81	I011-2-2	歯周病安定期治療(Ⅱ)	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 (SPT及びP重防が2回目以降の場合)2回目以降の場合 4回目以降SPT2又はP重防の前回実施年月を記載すること。	820100773	1回目(SPT2)
				850100338	SPT2-1回目実施年月日:(元号)yy年mm月dd日 SPT2-1回目実施年月:(元号)yy年mm月 SPT2又はP重防前回実施年月:(元号)yy年mm月
82	I011-2-3	歯周病重症化予防治療	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 (SPT及びP重防が2回目以降の場合)2回目以降の場合 SPT1、SPT2又はP重防の前回実施年月を記載すること。	820100774	1回目(P重防)
				850100339	歯周病重症化予防治療前実施年月日:(元号)yy年mm月dd日 SPT1、SPT2又はP重防前回実施年月:(元号)yy年mm月
83	I014	暫間固定	固定を行った部位(固定源となる歯を含めない。))及びその方法を記載し、暫間固定の前回実施年月日(1回目の場合は1回目と記載する。))及び歯周外科手術を行う予定であるか否かを記載すること。なお、歯周外科手術後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4回目(暫間固定) 術後1回目(暫間固定)				
84	I017	口腔内装置	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I017口腔内装置の(1)のイからラ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了床
				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 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 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
				850100394	口腔内装置手術予定年月日:(元号)yy年mm月dd日
				830100462	口腔内装置手術を行う保険医療機関名:*****

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
85	1017-1-2	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課名:*****
90	1030	機械的歯面清掃処置	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。	820100777	1回目(歯清)
				850100346	歯清前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 歯清前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月"
				820100778	初診時歯科診療導入加算算定後
				820100779	歯科診療特別対応加算算定後
				820100348	妊婦
91	1031	フッ化物歯面塗布処置	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。	820100780	1回目(F局)
				850100347	F局前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" F局前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月"
98	J004	歯根端切除手術 2. 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。 (連携する医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合) 撮影した医療機関名を記載すること。	830100393	根切部位:*****
				830100394	根切(歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡)歯科CT装置撮影医療機関名:***** 根切(歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡)歯科CT装置撮影医療機関名:*****
105	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」欄に皮膚提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る点数を記載した診療報酬明細書を添付する。	310021070	皮膚提供者の療養上の費用(皮膚移植術)
116	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年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か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を算定する場合) 未来院請求後及び装着物の種類を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。 (有床義歯製作中であって咬合採得後における試適前において、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か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かった理由を記載すること。 (欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合) 傷病名と歯数不一致と記載すること。 (レジンインレー、高強度硬質レジンブリッジ又は熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に装着物の種類名称及び部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。 (クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生(支)局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に診療行為名を記載すること。	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 装着できなかった理由:*****
				830100406	未来院請求後 装着物の種類:
				未来院請求コード「01」	未来院請求
				830100404	未来院請求-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"
				830100405	未来院請求-装着できなかった理由:*****
				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 装着できなかった理由:*****				
820100383	傷病名と歯数不一致				
830100411	歯冠修復及び欠損補綴部位:*****				
830100463	診療行為名称(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):*****				
120	M002	支台築造	(ファイバーポストを用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位、ファイバーポストの使用本数を部位毎にそれぞれ記載すること。 (後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して支台築造を算定する場合) 永久歯代行と記載すること。	313029520	ファイバーポスト部位及び使用本数:***** ファイバーポスト部位:*****
				842100073	ファイバーポスト使用本数:*****
				820100353	永久歯代行
				820100353	永久歯代行
				830100416	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復部位:*****

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				
125	M010	金属歯冠修復	<p>(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して鑄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。</p> <p>(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) 同一歯の複数の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。</p> <p>(歯科鑄造用14カラット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。</p>	820100354	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復				
				830100417	14Kを用いた金属歯冠修復部位:*****				
				313010920	14K(インレー(複))				
				313011020	14K(3/4冠)				
				313018420	鑄造鉤(14K(双子鉤(犬・小臼歯)))				
				313018520	鑄造鉤(14K(双子鉤(犬歯・小臼歯)))				
				313018620	鑄造鉤(14K(二腕鉤(レストつき)(大臼歯)))				
				313018720	鑄造鉤(14K(二腕鉤(レストつき)(犬歯・小臼歯)))				
				313018820	鑄造鉤(14K(二腕鉤(レストつき)(前歯(切歯)))				
				313019020	線鉤(14K(双子鉤))				
313020020	線鉤(14K(二腕鉤(レストつき)))								
127	M015-2	CAD/CAM冠	<p>(大臼歯に用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。</p> <p>(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。</p>	830100419	CAD/CAM冠部位:*****				
				830100465	CAD/CAM冠紹介元保険医療機関名:*****				
130	M017	ボンティック(接着ブリッジ)	<p>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に当該支歯の部位及び接着冠を記載すること。なお、当該ブリッジが一つであって、「傷病名部位」欄の記載から接着冠の部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。</p>	830100422	接着冠部位:*****				
				313015720	鑄造ボンティック(金バラ(大臼歯))				
				313015820	鑄造ボンティック(金バラ(小臼歯))				
				313015920	鑄造ボンティック(銀合金(犬・小臼歯))				
				313016420	前装金属ボンティック(金バラ(前歯))				
				313031920	前装金属ボンティック(金バラ(小臼歯))				
				313032020	前装金属ボンティック(金バラ(大臼歯))				
				313016520	前装金属ボンティック(銀合金(前歯))				
				313032420	前装金属ボンティック(銀合金(小臼歯))				
				313032220	前装金属ボンティック(銀合金(大臼歯))				
131	M018	有床義歯	<p>(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。</p> <p>(人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合) 前月(以前)請求済みと記載すること。</p> <p>(欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合) 欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。</p> <p>(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。</p>	820100356	残根上義歯				
				820100357	人工歯前月(以前)請求済 み				
				820100358	欠損歯数と補綴歯数の不一致				
				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:*****				
				133	M019	熱可塑性樹脂有床義歯等	<p>(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。</p> <p>(人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合) 人工歯前月(以前)請求済と記載すること。</p> <p>(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。なお、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は、欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。</p>	820100356	残根上義歯
								820100357	人工歯前月(以前)請求済 み
820100358	欠損歯数と補綴歯数の不一致								
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:*****								
135	M029	有床義歯修理	<p>(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。</p>					850100351	有床義歯装着年月日:(元号)yy"mm"月"dd"日"
								850100352	
142	N001	顎口腔機能診断料	<p>全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法及び保定の開始の区別(顎口腔機能診断料は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名)を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回顎口腔機能診断料の算定年月日を記載すること。</p>	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				
				850100361	顎口腔機能診断料前回算定年月日:(元号)yy"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
				830100466	顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名:*****
143	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 850100395	(算定日) 歯科矯正管理料算定年月日:(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
145	N005	動的処置	全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日並びに同月内における算定回数を記載すること。	算定日情報 850100396	(算定日) 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
				842100065	動的処置算定回数:*****
148	N018	マルチブラケット装置	全体の「その他」欄にステップ名(例:ステップ1、1装置日)及びそのステップにおける回数を記載すること。	842100066	マルチブラケット装置ステップ1回数:*****
				842100067	マルチブラケット装置ステップ2回数:*****
				842100068	マルチブラケット装置ステップ3回数:*****
				842100069	マルチブラケット装置ステップ4回数:*****
				830100467	マルチブラケット装置ステップ名:*****

※「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。