事　務　連　絡
令和８年６月 19 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５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）、令和８年３月 18 日付官報（号外第 56 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６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）
・「「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５）

（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２章　特掲診療料
第３部　検査
　第３節　生体検査料
　　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー
　　（４）　「３　１及び２以外の場合」の「ロ　保険医療機関内で又は訪問して実施するもの」
　　ア　以下のいずれかの場合に、１月に１回を限度として算定する。なお、「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り２回、翌月以後は１月に１回を限度として算定できる。
　　（イ）　他の検査により睡眠中無呼吸発作の明らかな患者に対して睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として行った場合及び睡眠中多発するてんかん発作の患者又はうつ病若しくはナルコレプシーであって、重篤な睡眠、覚醒リズムの障害を伴うものの患者に対して行った場合。ただし、①から④までに掲げる検査の全て（睡眠時呼吸障害の疑われない患者については①のみ）を当該患者の睡眠中８時間以上連続して当該保険医療機関内で測定し、記録すること。
　　①　脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図
　　②　鼻又は口における気流の検知
　　③　胸壁及び腹壁の換気運動記録
　　④　パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定
　　（ロ）　問診、身体所見~~又は~~及び他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用した場合。ただし、当該検査を実施するに当たっては、患家に医師、看護師又は臨床検査技師が訪問し、患者に電極等の装着を行った上で、（イ）の①から④までに掲げる検査の全てを当該患者の睡眠中８時間以上連続して測定し、記録すること。この場合、「注２」に規定する交通費は実費とし、「Ｃ０００」往診料等は算定できない。
　　~~当該検査を実施するに当たっては、（イ）の①から④までに掲げる検査の全て（睡眠時呼吸障害の疑われない患者については（イ）のみ）を当該患者の睡眠中８時間以上連続して測定し、記録する。~~

第８部　精神科専門療法

第１節　精神科専門療法料

Ｉ０００　精神科電気痙攣療法

（３）　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を伴った精神科電気痙攣療法を実施する場合は、当該麻酔に要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、当該麻酔に伴う薬剤料及び特定保険医療材料料は別途算定できる。また、声門上器具又は気管挿管による気道確保が適切でないと判断した場合に、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実施した場合は、~~本区分により~~「１」の点数を算定する。

第 10 部　手術

＜通則＞

19　同一手術野又は同一病巣における算定方法

（４）　指に係る同一手術野の範囲

指に係る同一手術野の範囲と算定方法については次の通りである。

ア　第１指から第５指までを別の手術野とする次に掲げる手術のうち、２つ以上の手術を同一指について行った場合には、「通則 14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合及び(ハ)に掲げる手術を除き、当該手術の中で主たる手術の所定点数のみを算定する。なお、(イ)及び(ロ)に掲げる手術については、複数指について行った場合には、それぞれの指について算定し、(ハ)に掲げる手術については、同一指内の複数の骨又は関節について行った場合には、各々の骨又は関節について算定する。

(ロ)　第１指から第５指まで（中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含まない。）のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。ただし、合指症手術にあっては各指間のそれぞれを同一手術野とする。

「Ｋ０８９」爪甲除去術　　「Ｋ１００」多指症手術

「Ｋ０９０」ひょう疽手術　　「Ｋ１０１」合指症手術

「Ｋ０９１」陥入爪手術　　「Ｋ１０２」巨指症手術

「Ｋ０９９」手指及び足趾瘢痕拘縮手術　　「Ｋ１０３」屈指症手術、斜指症手術

第１節手術料の項で「手指」~~又は~~、「足趾」又は「指（手、足）」と規定されている手術（「Ｋ０３９」腱移植術（人工腱形成術を含む。）の「１」手指腱移植術、「２」足趾腱移植術、「Ｋ０４０」腱移行術の「１」手指及び足趾腱移行術、「Ｋ０４５」骨折経皮的鋼線刺入固定術の「10」手指骨骨折経皮的鋼線刺入固定術、「13」足趾骨骨折経皮的鋼線刺入固定術、「Ｋ０４６」骨折観血的手術の「11」手指骨骨折観血的手術、「14」足趾骨骨折観血的手術、「Ｋ０５４」骨切り術の「12」中足骨骨切り術（関節リウマチの患者に対し、関節温存を前提として中足骨短縮骨切り術を行った場合に限る。）、「Ｋ０６３」関節脱臼観血的整復術の「９」手指関節脱臼観血的整復術、「10」足趾関節脱臼観血的整復術、「Ｋ０７３」関節内骨折観血的手術の「９」手指関節内骨折観血的手術、「10」足趾関節内骨折観血的手術、「Ｋ０８０」関節形成手術の「９」手指関節形成手術、「10」足趾関節形成手術、「Ｋ０８２」人工関節置換術の「７」人工手指関節置換術及び「８」人工足趾関節

置換術を除く。）

第１節　手術料

第２款　筋骨格系・四肢・体幹

Ｋ０８２－８　人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）

人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）は、変形性膝関節症、~~大腿骨頭壊死症~~膝関節骨壊死症又は関節リウマチの患者に対して、術中に光学的に計測した術野及び手術器具の位置関係をリアルタイムに表示し、大腿骨及び脛骨の切削を支援する手術支援装置を用いて、人工膝関節置換術を実施した場合に算定する。

（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）

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

11　１~~から６まで~~の（４）、２の（２）、３の（２）のうち２の（２）に係るもの及び10の（１）に掲げる内法の規定の適用について、平成 26 年３月 31 日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

第６　総合周産期特定集中治療室管理料

３　１の（１）の~~ウ~~エに掲げる内法の規定の適用について、平成 26 年３月 31 日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

（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）

別添１

特掲診療料の施設基準等

第 60 の３の３　培養ヒト角膜内皮細胞移植術

１　培養ヒト角膜内皮細胞移植術に関する施設基準

（３）　日本眼科学会と日本角膜移植学会が作成した「ネルテペンドセル使用要件等基準（第２版）」等関連学会から示されている基準等を遵守している~~旨を届け出ている~~こと。

第 99　服薬管理指導料の注 17 に規定する保険薬局（手帳の活用実績が少ない保険薬局）

１　「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、３月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料（服薬管理指導料３並びに服薬管理指導料４のイのうち介護老人福祉施設等の患者に係るもの、同４のロ及びハに係るものを除く。）の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料~~（服薬管理指導料３並びに服薬管理指導料４のイのうち介護老人福祉施設等の患者に係るもの、同４のロ及びハに係るものを除く。）~~の算定回数の割合が 50%以下である保険薬局であること。この場合において、小数点以下は四捨五入すること。

第 104　看護職員処遇改善評価料

１　看護職員処遇改善評価料の施設基準

（８）（７）について、「看護職員等の数」は、２の（１）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。「延べ入院患者数」は、２の（１）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。

また、前回届け出た時点と比較して、「看護職員等の数」~~及び~~又は「延べ入院患者数」に１割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合には、算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

（別添５）

「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
カ　「投薬」欄について
（オ）　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 16 号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合は、「摘要」欄に「薬選（近視）」と記載し、薬剤名を記載すること。

Ⅳ　調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項
第２　調剤報酬明細書の記載要領（様式第５）
２　調剤報酬明細書に関する事項
(21)　「処方」欄について
シ　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 16 号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合は、「薬選（近視）」と記載し、「摘要」欄に薬剤名を記載すること。

(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、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。

また、内服薬が長期処方（28 日分以上）されている患者であって、減数調剤を行うことにより、実際の調剤する内服薬の投与日数が１日分以上かつ 27 日分以下となり、調剤管理料１のイを算定する場合については、減数調剤を実施した年月日、減数調剤を実施した薬剤名及び調整前の日数を「摘要」欄に記載すること。

(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

ウ　「調剤基本料」欄について

（ウ）　近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品のみを調剤する場合は、調剤基本料を算定できないため、合計点数に計上しないこと。

## 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）<br>「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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>「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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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<br>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、看護師等といる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）<br>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）<br>「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）<br>「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）<br>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）<br>1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。 | 830100998 | 1つ目の診療科(外来診療料):****** | | ※ |
| | | | | 830100004 | 2つ目の診療科(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）<br>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）<br>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、看護師等といる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)<br>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)<br>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)<br>[記載例1]<br>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。<br>(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)<br>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)<br>[記載例2]<br>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)<br>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)<br>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病棟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)<br>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)<br>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)<br>[記載例1]<br>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。<br>(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)<br>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)<br>[記載例2]<br>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。<br>(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。<br>(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)<br>「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)<br>「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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>[記載例1]<br>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。<br>(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)<br>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)<br>[記載例2]<br>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)<br>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)<br>[記載例1]<br>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。<br>(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)<br>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)<br>[記載例2]<br>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)<br>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(急性期総合体制加算);(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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | A205の1 | 救急医療管理加算1 | (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)<br>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):****** | | |
| | | | 以下の内容について、記載すること。<br>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<br>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。)<br>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<br>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NYHA Ⅰ 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 | 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 | | |
| | | | | 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 | | |
| | | | | 820101401 | 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0427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)<br>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)<br>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 | | |

| 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。<br>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<br>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。）<br>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<br>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 | 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) | | |
| | | | | 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）<br>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″ | | |
| | | | | 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) | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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。 | 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) | | |
| | | | | 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)<br>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)) | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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)) | | ※ |
| | | | | 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) | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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)<br>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)<br>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ア加算 | (当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合)<br>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" | | |
| | | | 「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。 | 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 | | |
| | | | | 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)X(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)X(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)<br>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);****** | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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)<br>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;****** | | |
| 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)<br>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。<br>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。 | 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<br>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)のアからキ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 | | |
| | | | | 820101976 | 該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):キ 産科異常出血 | | ※ |

| 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<br>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）<br>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。<br>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）<br>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。<br>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）<br>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）<br>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）<br>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こと。 | 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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>[記載例1]<br>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。<br>（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):****** | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | （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）<br>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）<br>[記載例2]<br>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）<br>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);****** | | |
| 57 | A311<br>A311-2<br>A311-3 | 精神科救急急性期医療入院料<br>精神科急性期治療病棟入院料<br>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）<br>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）<br>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<br>A311-2<br>A311-3 | 精神科救急急性期医療入院料<br>精神科急性期治療病棟入院料<br>精神科救急・合併症入院料<br>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抗精神病薬をすべて記載すること。 | 830100045 | 抗精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科救急急性期医療入院料));****** | | |
| | | | | 830100046 | 抗精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科急性期治療病棟入院料));****** | | |
| | | | | 830100047 | 抗精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科救急・合併症入院料));****** | | |
| | | | | 830100922 | 抗精神病薬名(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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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抗精神病薬をすべて記載すること。 | 830100049 | 抗精神病薬名(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）<br>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）<br>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）<br>[記載例1]<br>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。<br>（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）<br>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）<br>[記載例2]<br>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）<br>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抗精神病薬をすべて記載すること。 | 830100055 | 抗精神病薬名(地域移行機能強化病棟入院料)(非定型抗精神病薬加算);****** | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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):****** | | |
| 71 | A400の1 | 短期滞在手術等基本料1 | 短手1と表示し、算定日及び手術名を記載すること | 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) | | |
| | | | | 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):腋臭症手術 | | |
| | | | | 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　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　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):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):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 | | |
| | | | | 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 | | |
| | | | | 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 | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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)<br>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)<br>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) | ○ | |
| 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)<br>「選」と記載すること。 | 190880210 | (選)急性期病院A一般入院料 | ○ | |
| | | | | 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 | ○ | |
| | | | | 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 | ○ | |
| | | | | 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)<br>「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。<br>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。<br>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 | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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)<br>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)<br>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);****** | | ※ |
| 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)<br>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)のアヌ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)<br>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)<br>「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ー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)<br>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)<br>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)<br>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 | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | (「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)<br>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)<br>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″ | | |
| 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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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<br>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】<br>「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) | ○ | |
| | | | 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″ | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 119 | B005 | 退院時共同指導料2 | （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）<br>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。 | 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″ | | |
| | | | | 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））<br>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）<br>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）<br>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″ | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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）<br>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）<br>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。）~~）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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。 | 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 | | |
| | | | | 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。 | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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)<br>「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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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<br>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) | ○ | |
| 165 | C000 | 往診料<br>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<br>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)<br>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)<br>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)<br>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X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)<br>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)) | ○ | |

| 項番 | 区分 | 診療行為<br>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 | 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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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<br>C002-2 | 在宅時医学総合管理料<br>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）<br>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）<br>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）<br>「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」、「在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下」の中から、該当するものを選択して記載すること。 | 820100094 | 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 | | |
| | | | | 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<br>C002-2 | 在宅時医学総合管理料<br>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<br>C002-2 | 在宅時医学総合管理料<br>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。<br><br>〔1　要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態〕<br>　1－1　要介護3<br>　1－2　要介護4<br>　1－3　要介護5<br>　1－4　障害支援区分2以上<br>〔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〕<br>　2－1　ランクⅢa<br>　2－2　ランクⅢb<br>　2－3　ランクⅣ<br>　2－4　ランクM<br>3　頻回の訪問看護を受けている状態<br>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<br>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<br>6　麻薬投薬を受けている状態<br>〔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〕<br>　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<br>　7－2　出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者<br>　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<br>　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。<br>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)) | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>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)<br>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)<br>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)<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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″ | | |
| 190 | C005<br>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)<br>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)<br>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<br>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(訪問看護遠隔診療補助料);****** | | ※ |
| 193 | C005-1-3 | 訪問看護遠隔診療補助料 | (訪問看護遠隔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)<br>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)<br>「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。<br>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 | | |

| 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。 | 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) | ○ | |
| | | | (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)<br>「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<br>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)<br>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)<br>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)<br>「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)<br>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)<br>「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)<br>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)<br>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″ | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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。))<br>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。) | ○ | |
| 210 | C101 | 在宅自己注射指導管理料 | (在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。))<br>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。 | 医薬品コード | (医薬品名を表示する。) | ○ | |
| | | | | 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)<br>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<br>注4 | 在宅自己注射指導管理料<br>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)<br>「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。))<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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。))<br>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)<br>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<br>C107<br>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)<br>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。))<br>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。))<br>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。) | ○ | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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)<br>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。))<br>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。))<br>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)<br>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。))<br>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。) | ○ | |
| 224 | C107-2<br>C107-2<br>注3 | 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料<br>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。<br>※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。 | 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" | | |
| | | | | 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CPAP1日平均使用時間 | | ※ |
| | | | | 852100018 | 2月前のCPAP1日平均使用時間 | | ※ |
| | | | | 852100019 | 3月前の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)<br>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)<br>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。))<br>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。))<br>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。))<br>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。))<br>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<br>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<br>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)<br>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。))<br>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。))<br>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。))<br>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)<br>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)<br>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) | ○ | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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）<br>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 | | |
| 238 | C152-2 | 持続血糖測定器加算 | 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C152－2持続血糖測定器の(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) | | |
| | | | | 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）<br>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):****** | | |
| 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）<br>（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。<br>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<br>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等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合 | （初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合）<br>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）<br>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）<br>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。））<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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)):****** | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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)) | | |
| 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）<br>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 | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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)<br>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″ | | |
| 257 | D006の35 | ADAMTS13活性 | (血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内に算定する場合)<br>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。 | 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″ | | |
| | | | | 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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>その医療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)<br>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)<br>「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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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 | その医療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):******* | | |
| | | | (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)<br>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)<br>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) | | |
| | | | | 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″ | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 269 | D006-19の1 | がんゲノムプロファイリング検査<br>固形腫瘍を対象とする場合 | （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）<br>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。 | 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" | | ※ |
| 270 | D006-19の2 | がんゲノムプロファイリング検査<br>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）<br>その医学的な必要性を記載すること。 | 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<br>（血液・血漿）<br>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<br>（血液・血漿）<br>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<br>（血液・血漿）<br>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<br>（血液・血漿）<br>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<br>（血液・血漿）<br>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<br>（血液・血漿）<br>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<br>（血液・血漿）<br>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<br>（血液・血漿）<br>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）<br>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）<br>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);****** | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>「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）<br>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）<br>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″ | | |
| | | | | 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）<br>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）<br>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）<br>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(24)アの（イ）に実施する場合）<br>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(24)アの（ロ）及び（ハ）に実施する場合）<br>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<br>HIV－1，2抗体半定量<br>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）<br>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抗原・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）<br>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）<br>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）<br>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″ | | ※ |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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<br>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）<br>「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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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。 | 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" | | |
| | | | | 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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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);****** | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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）<br>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）<br>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（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。<br><br>・アに該当する場合、臓器移植の実施年月日<br>・イに該当する場合、造血幹細胞移植の実施年月日<br>・ウに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日<br>・エのうち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、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<br>・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<br>・カに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日<br>・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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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);****** | | ※ |
| 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）<br>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);****** | | |
| | | | （「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）<br>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）<br>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);****** | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 347 | D215 | 超音波検査(記録に要する費用を含む。)<br>2断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)<br>ロ その他の場合<br>(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)<br>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)<br>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)<br>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);****** | | |
| 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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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<br>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)<br>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<br>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)<br>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)<br>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。<br>(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);******** | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>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）<br>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中から該当するものを選択して記載すること。<br>（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）<br>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）<br>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);******** | | |
| 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）<br>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<br>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<br>注2 | 小腸内視鏡検査<br>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<br>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。<br>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<br>注3 | 大腸内視鏡検査<br>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<br>注4 | 大腸内視鏡検査<br>内視鏡的留置術加算 | 当該患者の症状詳記を~~添付~~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。 | 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、「NOOO」病理組織標本作製（1臓器につき）に準ずる。<br>「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。<br>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″ | | |

| 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）<br>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 | 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″ | | |
| | | | | 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″ | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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)<br>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; | | ※ |
| 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)<br>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。<br><br>〔記載例〕<br>末梢血液一般検査　21×1<br>末梢血液像(鏡検法)　25×1<br>(検選)<br>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。<br><br>※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<br>1 単純撮影 | 撮影部位を選択して記載すること。<br>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。<br>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):頸部(頸椎を除く。) | | |
| | | | | 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):頸椎 | | |
| | | | | 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<br>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));****** | | |
| | | | | 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 | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 379 | E | コンピューター断層撮影診断料<br>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。 | 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));****** | | |
| 380 | E | コンピューター断層撮影診断料<br>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。 | 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 | | |
| | | | | 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<br>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)<br>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<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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);****** | | ※ |
| | | | (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)<br>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) | ○ | |
| | | | | 170901510 | CT撮影(128列以上)共同利用施設(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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 387 | E200 | コンピューター断層撮影 | （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）<br>画診共同と表示すること。 | 170901610 | CT撮影(128列以上)共同利用施設・頭部外傷(画診共同) | ○ | |
| | | | | 170901910 | CT撮影(128列以上)(その他)(画診共同) | ○ | |
| | | | | 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) | ○ | |
| | | | | 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。<br>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<br>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）<br>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）<br>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。<br>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<br>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) | | |
| | | | （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）<br>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）<br>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″ | | |
| | | | | 850100202 | 薬剤切替開始年月日(処方料);(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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 393 | F100<br>F400 | 処方料<br>処方箋料 | （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）<br>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。 | 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）<br>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）<br>その旨を記載すること。 | 820100741 | 複数診療科で処方 | | |
| | | | （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）<br>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;******** | | ※ |
| | | | （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16号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合）<br>薬剤名を記載すること。 | 830101000 | 薬剤名(近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品);******** | | ※ |
| 394 | F100<br>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）<br>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）<br>「退院時　日分投薬」と記載すること。<br>（入院患者に対し退院時に投薬（屯服薬）を行った場合）<br>「退院時　回分投薬」と記載すること。<br>（入院患者に対し退院時に投薬（外用薬）を行った場合）<br>「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）<br>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<br>F400 | 薬剤等（入院外分）<br>処方箋料 | （ビタミン剤を投与した場合）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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<br>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<br>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）<br>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);****** | | |
| | | | 算定単位数及び実施日数を記載すること。<br>［記載例］<br>（離床減）<br>心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（理学）　6単位<br>心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（作業）　6単位<br>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) | ○ | |
| | | | | ∫ | ∫ | | |
| | | | | 180763730 | 心大血管疾患リハビリテーション料(離床減) | ○ | ※ |
| | | | | 830100208 | 疾患名(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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 402 | H000 | 心大血管疾患リハビリテーション料 | 疾患名及び治療開始年月日を記載すること。 | 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））<br>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。<br>［記載例］<br>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6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);****** | | |
| | | | （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）<br>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<br>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。<br>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<br>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<br>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<br>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。<br>［記載例］<br>（離床減）<br>脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（理学）　6単位<br>脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（作業）　6単位<br>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) | ○ | |
| | | | | ∫ | ∫ | | |
| | | | | 180766930 | 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））<br>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）<br>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″ | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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。<br>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)<br>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)<br>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 | | |
| 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 | 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。 | 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″ | | ※ |
| | | | | 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。<br>[記載例]<br>(離床減)<br>廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(理学)　6単位<br>廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(作業)　6単位<br>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) | ○ | |
| | | | | ∫ | ∫ | | |
| | | | | 180770130 | 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))<br>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)<br>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。<br>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。 | 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″ | | |
| | | | | 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″ | | |
| | | | | 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″ | | ※ |
| | | | | 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″ | | ※ |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 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。 | 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″ | | ※ |
| | | | | 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<br>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″ | | ※ |
| | | | | 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。<br>〔記載例〕<br>（離床減）<br>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）(理学) 6単位<br>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）(作業) 6単位<br>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) | ○ | |
| | | | | ∫ | ∫ | | |
| | | | | 180772730 | 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″ | | |
| | | | (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）)<br>心大血管疾患リハビリテーション料(1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)<br>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<br>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。<br>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)<br>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<br>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)<br>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<br>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<br>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″ | | ※ |
| | | | 算定単位数及び実施日数を記載すること。<br>〔記載例〕<br>（離床減）<br>呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）(理学) 6単位<br>呼吸器患リハビリテーション料（Ⅰ）(作業) 6単位<br>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) | ○ | |
| | | | | ∫ | ∫ | | |
| | | | | 180774130 | 呼吸器リハビリテーション料(離床減) | ○ | ※ |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 422 | H003 | 呼吸器リハビリテーション料 | 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))<br>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)<br>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<br>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。<br>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<br>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<br>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″ | | ※ |
| | | | 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。 | 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″ | | ※ |
| | | | | 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<br>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<br>注4 | 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)<br>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 | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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 | | |
| 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。<br>［記載例］<br>運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 185×18<br>実施日数3日<br>（リハ選）<br>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)<br>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。<br>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)<br>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″ | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 439 | I002<br>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）<br>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<br>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）<br>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<br>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）<br>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<br>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）<br>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）<br>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）<br>(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<br>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）<br>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。<br>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）<br>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<br>I009<br>I010<br>I010-2 | 精神科ショート・ケア<br>精神科デイ・ケア<br>精神科ナイト・ケア<br>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）<br>算定日を記載すること。 | 算定日情報 | (算定日) | ○ | |
| 450 | I008-2<br>I009<br>I010<br>I010-2 | 精神科ショート・ケア<br>精神科デイ・ケア<br>精神科ナイト・ケア<br>精神科デイ・ナイト・ケア<br>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）<br>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)<br>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）<br>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）<br>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）<br>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) | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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)<br>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)<br>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<br>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) | | |
| 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)<br>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。<br>なお、入院形態については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院の中から該当するものを選択して、また、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添6の別紙12におけるランクの中から該当するものを選択して記載すること。 | 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 | | |
| | | | | 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 | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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)<br>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)<br>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<br>〔記載例〕<br>精神科デイ・ケア(小規模) 590× 5<br>(精選)<br>精神科デイ・ケア 5,900円×1 | 830100534 | 精選;****** | | |
| 466 | J<br>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)<br>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);****** | | |
| 471 | J003 | 局所陰圧閉鎖処置(入院) | (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)<br>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);****** | | |
| | | | 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。 | 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" | | |
| | | | | 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)<br>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<br>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)<br>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)<br>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)<br>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" | | |
| | | | 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);****** | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 475 | J003-4 | 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）<br>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）<br>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）<br>高気圧酸素治療の実施時間を記載すること。 | 852100022 | 実施時間(高気圧酸素療法) | | ※ |
| 479 | J032<br>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）<br>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）<br>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<br>注3<br>J038-2<br>注2 | 人工腎臓の障害者等加算<br>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 骨折を伴うニ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 | | |
| | | | | 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<br>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″ | | |
| | | | 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) | | |
| | | | | 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 | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 485 | 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。 | 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)<br>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)<br>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<br>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)<br>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)<br>「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)<br>「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)<br>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)<br>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" | | |
| 492 | J043-3<br>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。 | 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)) | | |
| | | | | 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);****** | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 494 | J045<br>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<br>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)<br>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)<br>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）第九の十に該当する患者）)について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合)<br>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（同告示第九の二又はリに該当する患者））<br>「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)<br>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。<br>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<br>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<br>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″ | | |
| | | | | 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)<br>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)<br>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);****** | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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);****** | | |
| 512 | K022の1 | 組織拡張器による再建手術<br>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)<br>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<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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 | 靭帯断裂形成手術(関節鏡下)の一期的両靭帯形成加算 | 両靭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靭帯形成術の医学的必要性を記載すること。 | 830100277 | 両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見(一期的両靭帯形成加算);****** | | |
| | | | | 830100278 | 一期的な両靭帯形成術の医学的必要性(一期的両靭帯形成加算);****** | | |
| 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<br>人工肩関節置換術<br>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)<br>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<br>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<br>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);****** | | |

| 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<br>K547<br>K548<br>K549 | 経皮的冠動脈形成術<br>経皮的冠動脈粥腫切除術<br>経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）<br>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。 | 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);****** | | |
| | | | | 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 | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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);****** | | |
| | | | (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)<br>「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。 | 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 | | |
| | | | | 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<br>K555-3注<br>K557-3注<br>K560注 | 弁置換術の心臓弁再置換術加算<br>胸腔鏡下弁置換術の心臓弁再置換術加算<br>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<br>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<br>K583注<br>K584注<br>K586注 | 肺動脈閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算<br>大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算<br>修正大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算<br>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<br>4 左心耳閉鎖術<br>イ　開胸手術によるもの<br>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<br>K599<br>K599-3 | 両心室ペースメーカー移植術<br>植込型除細動器移植術<br>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<br>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)<br>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)<br>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<br>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<br>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。 | 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);****** | | |
| | | | | 820100254 | 開腹による胃瘻造設術 | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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。 | 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<br>注2<br>K721-3<br>注<br>K721-4<br>注 | 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術<br>内視鏡的結腸異物摘出術<br>バルーン内視鏡加算<br>早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術<br>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);****** | | |
| 550 | K721-4 | 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 | 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術を算定した場合は、病変が以下のいずれに該当するかを選択して記載すること。<br>ア　最大径が2cm以上の早期癌<br>イ　最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍<br>ウ　最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌 | 820100257 | ア　最大径が2cm以上の早期癌 | | |
| | | | | 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）<br>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<br>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）<br>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。 | 85100491 | 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<br>1　単純なもの | 精巣内精子採取術 | いずれの状態に該当するかを記載すること。<br>ア　閉塞性無精子症<br>イ　非閉塞性無精子症<br>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<br>2　顕微鏡を用いたもの | 精巣内精子採取術 | いずれの状態に該当するかを記載すること。<br>ア　非閉塞性無精子症<br>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）<br>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。<br>ア　精子・精液の量的・質的異常<br>イ　射精障害・性交障害<br>ウ　精子－頚管粘液不適合<br>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－頚管粘液不適合(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。<br>ア　卵管性不妊<br>イ　男性不妊（閉塞性無精子症等）<br>ウ　機能性不妊<br>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) | | |

| 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。<br>ア　卵管性不妊<br>イ　男性不妊(閉塞性無精子症等)<br>ウ　機能性不妊<br>エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合 | 820100889 | ア　卵管性不妊(体外受精・顕微授精管理料) | | |
| | | | | 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)<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。<br>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<br>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<br>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)<br>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)<br>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)<br>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)<br>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<br>2実物大臓器立体モデルによるもの<br>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<br>150332510<br>等 | 閉鎖循環式全身麻酔1<br>閉鎖循環式全身麻酔1(麻酔困難な患者)<br>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 | | |

| 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）<br>「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。 | 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 | | |
| | | | | 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）<br>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<br>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）<br>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）<br>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<br>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）<br>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）<br>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）<br>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）<br>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。<br>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）<br>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));****** | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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）<br>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 | | |
| | | | （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）<br>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（9）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）<br>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<br>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）<br>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<br>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）<br>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）<br>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）<br>「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）<br>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）<br>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。））<br>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。<br><br>なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。<br><br>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。<br><br>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。<br><br>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。 | 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 | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 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。 | 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灌流薬剤料 | 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、投与量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。 | 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。） | ○ | |
| 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）<br>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）<br>以下のア又はイのいずれかに該当する場合<br>ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合<br>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○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）。<br>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 。<br>イ 日本神経学会<br>ウ 日本頭痛学会<br>エ 日本内科学会（総合内科専門医）<br>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）。<br>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 。<br>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。<br>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。<br>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 | | ペ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ペ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。）。 | 850600157 | ペ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（アクトヒブ）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″ | |
| | | | | 850600158 | ペ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（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。<br>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<br>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）。<br>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 。<br>イ 日本神経学会<br>ウ 日本頭痛学会<br>エ 日本内科学会（総合内科専門医）<br>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）。<br>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 。<br>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 。<br>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。<br>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。<br>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。<br>（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″ | |
| | | | | 820600255 | 医師要件ア（アドトラーザ皮下注150mg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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | アドトラーザ皮下注150mgシリンジ<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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<br>ア IGAスコア<br>イ 全身又は頭頸部のEASIスコア<br>ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%） | 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）<br>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<br>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<br>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<br>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。<br>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<br>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<br>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<br>アリセプト錠5mg<br>アリセプト錠10mg<br>アリセプトD錠3mg<br>アリセプトD錠5mg<br>アリセプトD錠10mg<br>アリセプト細粒0．5%<br>アリセプト内服ゼリー3mg<br>アリセプト内服ゼリー5mg<br>アリセプト内服ゼリー10mg<br>アリセプトドライシロップ1%<br>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）<br>次の事項を記載すること。<br>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。<br>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。<br>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<br>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。<br>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。<br>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。<br>ア 本製品の投与が適切と判断した理由<br>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<br>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）<br>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<br>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<br>イデルビオン静注用500<br>イデルビオン静注用1000<br>イデルビオン静注用2000<br>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）；****** | |
| | | | | 820600376 | 施設要件ア（イブグリース皮下注） | ○ |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | イブグリース皮下注250mgオートインジェクター<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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<br>ア IGAスコア<br>イ 全身又は頭頸部のEASIスコア<br>ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）<br>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<br>ア 体重（kg） | 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。<br>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<br>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。<br>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ヵ月投与した後に本製剤を再投与する場合）<br>再投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。<br>ア 骨折の危険性が高いと判断した理由<br>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）。<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>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<br>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<br><br>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）。<br>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。<br>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<br>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）。<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>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<br>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<br><br>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）。<br>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。<br>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） | |
| | | | | 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） | |

| 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<br>イミフィンジ点滴静注500mg | 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)。<br>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)<br>イ 特定機能病院<br>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)<br>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<br>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<br><br>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)。<br>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。<br>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。<br><br>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)。<br>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<br><br>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。 | 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) | |
| | | | | 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)。<br>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)<br>イ 特定機能病院<br>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)<br>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<br>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<br>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)。<br>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。<br>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)。<br>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)<br>イ 特定機能病院<br>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)<br>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<br>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<br>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)。<br>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。<br>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。<br><br>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)。<br>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)<br>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)<br>イ 特定機能病院<br>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)<br>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<br>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<br>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)<br>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。<br>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。<br><br>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)<br>ア カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与<br>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) | ○ |
| | | | | 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) | ○ |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 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）<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>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<br>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<br><br>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）<br>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。<br>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。<br><br>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）<br>ア カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与<br>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<br>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 | 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） | ○ |
| | | 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）<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>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<br>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<br><br>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）<br>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。<br>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。<br><br>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）<br>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 | イラリス皮下注射液150mg | 全身型若年性特発性関節炎<br>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。<br>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<br>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（イラリス皮下注射液150mg）；****** | ○ |
| | | | | 830600203 | 他の生物製剤として使用していた薬剤の使用期間（イラリス皮下注射液150mg）；****** | ○ |
| | | | | 830600204 | 投与が必要と判断した理由（イラリス皮下注射液150mg）；****** | ○ |
| | | | | 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）；****** | |

| 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0.25mg SD<br>ウゴービ皮下注0.5mg SD<br>ウゴービ皮下注1.0mg SD<br>ウゴービ皮下注1.7mg SD<br>ウゴービ皮下注2.4mg SD<br>ウゴービ皮下注0.25mgペン 1.0MD<br>ウゴービ皮下注0.5mgペン 2.0MD<br>ウゴービ皮下注1.0mgペン 4.0MD<br>ウゴービ皮下注1.7mgペン 6.8MD<br>ウゴービ皮下注2.4mgペン 9.6MD | | （本製剤の投与開始の場合）<br>次の事項を記載すること。<br>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）<br>ア 内科<br>イ 循環器内科<br>ウ 内分泌内科<br>エ 代謝内科<br>オ 糖尿病内科<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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）<br>シ 日本循環器学会の教育研修施設<br>ス 日本糖尿病学会の教育研修施設<br>セ 日本内分泌学会の教育研修施設<br>④ 常勤の管理栄養士の免許証番号<br>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）<br>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。<br>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。<br>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）<br>ウ 日本循環器学会の専門医<br>エ 日本糖尿病学会の専門医<br>オ 日本内分泌学会の専門医<br>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）<br>ア 高血圧<br>イ 脂質異常症<br>ウ 2型糖尿病<br>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）<br>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<br>オ BMIが35kg/m2以上<br>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）<br>カ 耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など）<br>キ 脂質異常症<br>ク 高血圧<br>ケ 高尿酸血症・痛風<br>コ 冠動脈疾患<br>サ 脳梗塞<br>シ 非アルコール性脂肪性肝疾患<br>ス 月経異常・不妊<br>セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群<br>ソ 運動器疾患<br>タ 肥満関連腎臓病<br>⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日<br>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<br>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<br>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 | 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） | |
| | | | | 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）<br>次の事項を記載すること。<br>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。<br>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。<br>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<br>ア 体重<br>イ 血糖<br>ウ 血圧<br>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）；****** | |
| | | | | 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″ | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | （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）<br>再投与の開始日に次の事項を記載すること。<br>① 本製剤の投与を中止した年月日<br>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<br>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<br>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<br>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 | 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” | |
| 24 | ヴァイトラックビカプセル25mg<br>ヴァイトラックビカプセル100mg<br>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。<br>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<br>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。<br>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）<br>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<br>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。<br>ア ６ヵ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振<br>イ 疲労又は倦怠感<br>ウ 全身の筋力低下<br>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ヵ月以内での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<br>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<br>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。<br>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）<br>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 | エポジン注シリンジ1500<br>エポジン注シリンジ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ポジン注シリンジ1500、同3000及び同6000を使用する場合）<br>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（エポジン注シリンジ1500等）；****** | |
| | | | | 830600017 | 投与する前の患者の体重（エポジン注シリンジ1500等）；****** | |
| | | | | 830600018 | Hb濃度（エポジン注シリンジ1500等）；****** | |
| 33 | エポ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）<br>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（エポジン皮下注シリンジ24000）；****** | |
| | | | | 830600020 | 投与する前の患者の体重（エポジン皮下注シリンジ24000）；****** | |
| | | | | 830600021 | Hb濃度（エポジン皮下注シリンジ24000）；****** | |
| | | | 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）。<br>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 。<br>イ 日本神経学会<br>ウ 日本頭痛学会<br>エ 日本内科学会（総合内科専門医）<br>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） | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 34 | エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター<br>エムガルティ皮下注120mgシリンジ | | 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）；****** | |
| | | | 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）。<br>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 。<br>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。<br>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。<br>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。<br>・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<br>・歩行の可否<br>・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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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<br>エンレスト錠100mg<br>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）<br>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。<br><br>（高血圧症の場合）<br>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<br>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。<br>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。<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>（※は、古典的ホジキンリンパ腫に限る。）<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>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<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>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。<br>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）<br>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）<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>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。<br>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。<br>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）<br>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）<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>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。<br>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。<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>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。<br>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）<br>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）<br>ア IMDC リスク分類：intermediate リスク<br>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）<br>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日以前に既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）<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>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。<br>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。<br>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）<br>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）<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>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。<br>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。<br>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）<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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）<br>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。<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>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。<br>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。<br>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） | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 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" | |
| 49 | オプジーボ点滴静注20mg<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。 | 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） | ○ |
| | | | | 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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>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。<br>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。<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>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。<br>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。<br>ア 胸部X線<br>イ 頭頸部・胸腹部・骨盤CT<br>ウ FDG-PET、PET-CT<br>エ 上部・下部消化管内視鏡<br>オ 腫瘍マーカー測定<br>カ 病理学的検索<br>キ 免疫組織化学的検索<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>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。<br>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）<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>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。<br>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。<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>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。<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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。<br>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。<br>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<br>オプジーボ点滴静注100mg<br>オプジーボ点滴静注120mg<br>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）<br>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。<br>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<br>オルプロリクス静注用1000<br>オルプロリクス静注用2000<br>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）；****** | |

| 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<br>オルミエント錠4mg<br>オルミエント錠1mg | 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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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<br>ア IGAスコア<br>イ 全身又は頭頸部のEASIスコア<br>ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%） | 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） | |
| | | | | 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。<br>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<br>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。<br>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<br>カムザイオスカプセル2．5mg<br>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）（カムザイオスカプセル1mg等）；****** | ○ |
| 62 | カナグル錠100mg<br>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）<br>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<br>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）<br>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）<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>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<br>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）<br>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。<br>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）<br>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。<br>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）<br>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）<br>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。<br>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） | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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）<br>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。<br>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）<br>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。<br>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" | |
| 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）<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。 | 820600437 | 再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌<br>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） | ○ |
| | | | | 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）<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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）<br>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）<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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）<br>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）<br>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）<br>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。<br>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。<br>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ー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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>ア　パクリタキセル及びプラチナ製剤との併用投与<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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~~<br>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）：****** | ○ |
| 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。<br>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。<br>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。<br>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）<br>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。<br>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）<br>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。<br>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）<br>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）<br>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。<br>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）<br>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<br>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<br>クリースビータ皮下注20mg<br>クリースビータ皮下注30mg<br>クリースビータ皮下注10mgシリンジ<br>クリースビータ皮下注20mgシリンジ<br>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の過剰産生によりリン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。<br>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）<br>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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）<br>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<br>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<br>・本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者<br>・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<br>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<br>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<br>ア　認知機能評価　MMSEスコア<br>イ　臨床認知症尺度　CDR全般スコア<br>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<br>エ　アミロイドPET<br>オ　脳脊髄液（CSF）検査<br>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）<br>ア　日本神経学会の専門医<br>イ　日本老年医学会の専門医<br>ウ　日本精神神経学会の専門医<br>エ　日本脳神経外科学会の専門医<br>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）<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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）<br>ア　以下のⅠからⅢをすべて満たす施設である。<br>イ　以下のⅠからⅧをすべて満たす施設でない。<br>（項目）<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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）<br>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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<br>ウ　初回投与施設（（2）の初回投与施設と同一の施設）<br>エ　連携施設（（2）の初回投与施設と連携している施設）<br>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）<br>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<br>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）<br>ケ　日本神経学会の専門医<br>コ　日本老年医学会の専門医<br>サ　日本精神神経学会の専門医<br>シ　日本脳神経外科学会の専門医<br>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）<br>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<br>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<br>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<br>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） | ○ |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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）<br>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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。<br>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。<br>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<br>③ 本製剤投与中、MRI検査を受けた直近の年月日 | 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″ | ○ |
| | | | | 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）<br>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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）<br>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<br>カ 初回投与施設と同一施設内<br>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）<br>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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）<br>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）；****** | ○ |
| | | | | 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） | ○ |
| | | | | 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″ | ○ |
| 89 | ケレンディア錠10mg<br>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<br>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。<br>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<br>サイバインコ錠100mg<br>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。<br>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<br>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。<br>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。<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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<br>ア IGAスコア<br>イ 全身又は頭頸部のEASIスコア<br>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） | |
| | | | | 842600075 | IGAスコア（サイバインコ錠50mg等）；****** | |
| | | | | 842600076 | 全身のEASIスコア（サイバインコ錠50mg等）；****** | |
| | | | | 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<br>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″ | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 93 | ザルティア錠2．5mg<br>ザルティア錠5mg<br>タダラフィル錠2．5mgZA「サワイ」<br>タダラフィル錠2．5mgZA「フソー」<br>タダラフィル錠2．5mgZA「日医工」<br>タダラフィル錠2．5mgZA「ニプロ」<br>タダラフィル錠2．5mgZA「あすか」<br>タダラフィル錠2．5mgZA「杏林」<br>タダラフィル錠2．5mgZA「サンド」<br>タダラフィル錠2．5mgZA「JG」<br>タダラフィルOD錠2．5mgZA「トーワ」<br>タダラフィル錠5mgZA「サワイ」<br>タダラフィル錠5mgZA「フソー」<br>タダラフィル錠5mgZA「日医工」<br>タダラフィル錠5mgZA「ニプロ」<br>タダラフィル錠5mgZA「あすか」<br>タダラフィル錠5mgZA「杏林」<br>タダラフィル錠5mgZA「サンド」<br>タダラフィル錠5mgZA「JG」<br>タダラフィルOD錠5mgZA「トーワ」<br>タダラフィル錠2.5mgZA「シオエ」<br>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。<br>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″ | |
| | | | 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。<br>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 | ジャクスタピッドカプセル5mg<br>ジャクスタピッドカプセル10mg<br>ジャクスタピッドカプセル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。<br>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。<br>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（ジャクスタピッドカプセル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）（ジャクスタピッドカプセル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<br>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 | 潰瘍性大腸炎 | 次の事項を記載すること。<br>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<br>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）；****** | |
| | シンポニー皮下注50mgオートインジェクター | | | 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。<br>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）<br>ア 医師免許取得後、骨髄領域を含む整形外科に関する10年以上の修練を行い、骨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。<br>イ 医師免許取得後、骨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、骨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。<br>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<br>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<br>スピンラザ髄注28mg<br>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。<br>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）<br>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。<br>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（ゼジューラ錠100mg）；****** | |
| | | | | 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（ゼジューラ錠100mg）；（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）（ゼジューラ錠100mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″ | |
| | | | | 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） | ○ |

| 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<br>ゼップバウンド皮下注5mgアテオス<br>ゼップバウンド皮下注7.5mgアテオス<br>ゼップバウンド皮下注10mgアテオス<br>ゼップバウンド皮下注12.5mgアテオス<br>ゼップバウンド皮下注15mgアテオス | | （本製剤の投与開始の場合）<br>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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）<br>ア 内科<br>イ 循環器内科<br>ウ 内分泌内科<br>エ 代謝内科<br>オ 糖尿病内科<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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）<br>シ 日本循環器学会の教育研修施設<br>ス 日本糖尿病学会の教育研修施設<br>セ 日本内分泌学会の教育研修施設<br>④ 常勤の管理栄養士の免許証番号<br>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）<br>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。<br>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。<br>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）<br>ウ 日本循環器学会の専門医<br>エ 日本糖尿病学会の専門医<br>オ 日本内分泌学会の専門医<br>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）<br>ア 高血圧<br>イ 脂質異常症<br>ウ 2型糖尿病<br>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）<br>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<br>オ BMIが35kg/m2以上<br>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）<br>カ 耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など）<br>キ 脂質異常症<br>ク 高血圧<br>ケ 高尿酸血症・痛風<br>コ 冠動脈疾患<br>サ 脳梗塞、<br>シ 非アルコール性脂肪性肝疾患<br>ス 月経異常・不妊<br>セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群<br>ソ 運動器疾患<br>タ 肥満関連腎臓病<br>⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日<br>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<br>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<br>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 | 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）；****** | ○ |
| | | | | 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）<br>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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<br>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<br>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<br>ア 体重<br>イ 血糖<br>ウ 血圧<br>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）<br>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。<br>① 本製剤の投与を中止した年月日<br>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<br>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<br>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<br>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" | ○ |
| | | | | 830600049 | HBV－DNA検査結果（ゼフィックス錠100）；****** | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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。<br>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。 | 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。<br>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″ | |
| 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。<br>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。<br>・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<br>・本品の投与日齢<br>・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<br>ゾレア皮下注75mgシリンジ<br>ゾレア皮下注150mgシリンジ<br>ゾレア皮下注75mgペン<br>ゾレア皮下注150mgペン<br>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）<br>次の事項を記載すること。<br>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）<br>【成人季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】<br>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。<br>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。<br>【小児季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】<br>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。<br>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。<br>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<br>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<br>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。<br>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<br>⑥ 既存治療で効果不十分と判断した理由<br>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）<br>次の事項を記載すること。<br>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。<br>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<br>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）；****** | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 109 | タグリッソ錠40mg<br>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）<br>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。<br><br>（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）<br>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。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″ | |
| | | | | 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。<br>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。<br>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″ | |
| 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。<br>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。 | 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″ | ○ |
| | | | | 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<br>タフィンラーカプセル75mg<br>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。<br>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 | タブレクタ錠150mg<br>タブレクタ錠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。<br>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（タブレクタ錠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）（タブレクタ錠150mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″ | |
| 115 | ターゼナカプセル0.25mg<br>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）<br>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。<br>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0．5mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″ | ○ |
| 116 | チャンビックス錠0．5mg<br>チャンビックス錠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）<br>「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（チャンビックス錠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。<br>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<br>ティーエスワン配合顆粒T25<br>ティーエスワン配合OD 錠T20<br>ティーエスワン配合OD 錠T25<br>ティーエスワン配合カプセルT20<br>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。<br>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″ | ○ |
| | | 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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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）<br>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）；****** | |
| | | | | 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） | ○ |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 120 | テゼスパイア皮下注210mgシリンジ<br>テゼスパイア皮下注210mg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、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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）<br>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。<br>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<br>ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。<br>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。」<br>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。<br>・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<br>・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）<br>・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<br>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<br>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<br><br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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<br>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 | 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）；****** | ○ |
| 121 | テセントリク点滴静注840mg<br>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。<br>（※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。）<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>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<br>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<br>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」から「医師要件ウ」までのうち該当するもの記載）を記載すること。<br>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。<br>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。<br>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）<br>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。<br>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<br>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<br>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）<br>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<br>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。<br>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。<br>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<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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） | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 126 | テセントリク点滴静注840mg<br>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。<br>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。<br>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。<br>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<br>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）<br>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。<br>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。<br>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<br>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）<br>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。<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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。 | 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） | ○ |
| | | | | 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）<br>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）<br>イ　特定機能病院<br>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）<br>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<br>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<br><br>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）<br>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。<br>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。<br>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。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<br>デュピクセント皮下注300mgペン<br>デュピクセント皮下注200mgシリンジ<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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<br>ア　IGA スコア<br>イ　全身又は頭頸部の EASI スコア<br>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） | |
| | | | | 842600078 | IGAスコア（デュピクセント皮下注）；****** | |
| | | | | 842600079 | 全身のEASIスコア（デュピクセント皮下注）；****** | |
| | | | | 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）；****** | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 134 | デュピクセント皮下注300mgシリンジ<br>デュピクセント皮下注300mgペン<br>デュピクセント皮下注200mgシリンジ<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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。<br>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）<br>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。<br>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1回以上きたしている。<br>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<br>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 | 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） | |
| | | | | 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<br>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。<br>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）<br>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。<br>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<br>ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。<br>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。」<br>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。<br>・ 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<br>・ 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）<br>・ 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）<br>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<br>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<br><br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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<br>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<br>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<br>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。<br>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）<br>イ 投与開始時の痒疹結節数<br>ウ 投与開始時の病変部位<br>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<br>デュピクセント皮下注300mgペン<br>デュピクセント皮下注200mgシリンジ<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>2） 次に掲げるすべての項目の値<br>ア 気管支拡張薬投与後の予測1秒量に対する比率（%FEV1）<br>イ 血中好酸球数<br>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<br>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）<br>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。<br>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。<br>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<br>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<br><br>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。<br>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）<br>ア 12週間未満<br>イ 12週間以上52週間未満<br>ウ 52週間以上<br>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<br>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" | ○ |
| | | | | 820600599 | 投与期間ア（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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 820600600 | 投与期間イ（デュピクセント皮下注） | ○ |
| | | | | 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）：（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） | ○ |
| 138 | デュピクセント皮下注300mgシリンジ<br>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。<br>ア　疾患重症度<br>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）<br>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。<br>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）<br>　ア　特定機能病院<br>　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。）<br>　ウ　悪性神経膠腫手術の年間症例数が30例以上ある施設<br>　エ　本品に係る治験の実施施設、又はこれに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。）<br>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。）<br>　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。<br>　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。<br>　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。<br>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。 | 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 | トルカブ錠160mg<br>トルカブ錠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酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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（トルカブ錠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）（トルカブ錠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（トルカブ錠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）（トルカブ錠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（トルカブ錠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）（トルカブ錠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（トルカブ錠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）（トルカブ錠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（トルカブ錠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）（トルカブ錠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。<br>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ヵ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ヵ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<br>ニコチネルTTS20<br>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）<br>「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）、ペ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）<br>ステムリマブ（遺伝子組換え）、ペ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）、ペ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）、ペ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）、ペ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。<br>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" | ○ |
| | | | | 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" | ○ |
| | | | | 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） | ○ |

| 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<br>ヌーカラ皮下注100mg シリンジ | 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。<br>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）<br>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<br>ア　慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。<br>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。」<br>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。<br>・　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<br>・　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）<br>・「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）<br>・　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、かつ気管支喘息、アスピリン不耐性若しくは気管支喘息、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<br>・　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<br>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<br>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<br><br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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<br>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 | 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）；****** | ○ |
| | | | | 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<br>ノボセブンHI静注用2mg　シリンジ<br>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Ⅷ因子又は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。 | 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。<br>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。<br>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。 | 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<br>ハーセプチン注射用60<br>トラスツズマブBS点滴静注用150mg「NK」<br>トラスツズマブBS点滴静注用150mg「ファイザー」<br>トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」<br>トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」 | | ハーセプチン注射用60、ハーセプチン注射用150<br><br>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。<br>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」<br><br>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″ | |
| | | | 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」<br><br>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<br>バイアグラ錠50mg<br>バイアグラODフィルム25mg<br>バイアグラODフィルム50mg<br>シアリス錠5mg<br>シアリス錠10mg<br>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。<br>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）<br>ア　泌尿器科について5年以上の経験を有する医師<br>イ　ア以外で、特段の理由がある場合<br>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。<br>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<br>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。）<br>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）<br>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<br>バイクロット配合静注用2.5mL<br>バイクロット配合静注用5mL<br>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Ⅷ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）<br>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>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）<br>ア　日本皮膚科学会専門医の資格を有すること<br>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<br>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<br>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<br><br>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″ | ○ |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | （本製剤の継続投与の場合）<br>次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。<br>① 本製品による治療効果を確認した直近の年月日<br>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）；****** | |
| 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。<br>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。<br>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）<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>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<br>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<br>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）<br>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。<br>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。<br>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）<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>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<br>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<br>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）<br>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。<br>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。<br>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）<br>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）<br>イ 特定機能病院<br>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）<br>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<br>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<br>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）<br>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。<br>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<br>バルバーサ錠4mg<br>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。<br>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。<br><br>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。<br>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<br>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<br>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<br>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。<br>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）<br>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、48-52、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。<br>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 | ビロイ点滴静注用100mg<br>ビロイ点滴静注用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。<br>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（ビロイ点滴静注用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）（ビロイ点滴静注用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（ビロイ点滴静注用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）（ビロイ点滴静注用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。<br>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<br>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<br>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。<br>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<br>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<br>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。 | 830600243 | 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）；****** | ○ |
| | | | | 830600244 | 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<br>フェスゴ配合皮下注　IN | | （HER2陽性の乳癌に用いる場合）<br>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。<br>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。<br>（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）<br>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。<br>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<br>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、本剤の投与開始に当たっては、本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。<br>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。 | 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）<br>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<br>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） | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 176 | ベイスン錠0．2<br>ベイスンOD錠0．2<br>ボグリボースODフィルム0．2「QQ」<br>ボグリボースOD錠0．2mg「ケミファ」<br>ボグリボースOD錠0．2mg「サワイ」<br>ボグリボースOD錠0．2mg「タカタ」<br>ボグリボースOD錠0．2mg「トーワ」<br>ボグリボースOD錠0．2mg「日医工」<br>ボグリボースOD錠0．2mg「武田テバ」<br>ボグリボースOD錠0．2mg「杏林」<br>ボグリボース錠0．2mg「NP」<br>ボグリボース錠0．2mg「NS」<br>ボグリボース錠0．2mg「TCK」<br>ボグリボース錠0．2mg「YD」<br>ボグリボース錠0．2mg「サワイ」<br>ボグリボース錠0．2mg「トーワ」<br>ボグリボース錠0．2mg「杏林」<br>ボグリボース錠0．2mg「日医工」<br>ボグリボース錠0．2mg「武田テバ」 | 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） | |
| | | | | 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 | ページニオ錠50mg<br>ページニオ錠100mg<br>ページニオ錠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。<br>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（ページニオ錠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）（ページニオ錠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（ページニオ錠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）（ページニオ錠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 | ペマジール錠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。<br>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（ペマジール錠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）（ペマジール錠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。<br>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（ペマジール錠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）（ペマジール錠4．5mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″ | |
| 180 | ヘムライブラ皮下注12mg<br>ヘムライブラ皮下注30mg<br>ヘムライブラ皮下注60mg<br>ヘムライブラ皮下注90mg<br>ヘムライブラ皮下注105mg<br>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<br>ベリキューボ錠5mg<br>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。<br>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 | 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。<br>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。<br>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。<br>（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<br>（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″ | |
| | | | | 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）；****** | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 186 | ミチーガ皮下注用60mgシリンジ<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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。<br>2）本剤投与前の治療の状況<br>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）<br>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）<br>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。<br>ア そう痒VAS 又はそう痒NRS<br>イ かゆみスコア<br>ウ EASIスコア<br>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。<br>ア かゆみスコア<br>イ EASIスコア | 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）；****** | |
| | | | | 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。<br>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）<br>イ 投与開始時の痒疹結節数<br>ウ 投与開始時の病変部位<br>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<br>メキニスト錠2mg | BRAF 遺伝子変異を有する悪性黒色腫<br>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<br>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）<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。 | 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。<br>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）、ペグセタコプラン、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 | ペ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 | ペ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" | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 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 | クロパリマブ（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 | クロパリマブ（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<br>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<br>ヨビパス皮下注294μgペン<br>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。<br>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。<br>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” | ○ |
| | | 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。<br>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<br>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。<br>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<br>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。<br>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」<br>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。<br>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」<br>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。<br>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。<br>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）<br>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）<br>イ　特定機能病院<br>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）<br>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<br>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）<br>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。<br>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） | |
| | | | | 820600330 | 医師要件ア（リブタヨ点滴静注350mg） | ○ |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 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）<br>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。<br>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。<br><br>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）<br><br>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）<br>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<br>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 | 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" | ○ |
| | | | | 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<br>リベルサス錠7mg<br>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<br>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。<br>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。<br>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。<br>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" | ○ |
| 206 | リンヴォック錠7．5mg<br>リンヴォック錠15mg<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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。<br>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）<br>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。<br>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。<br>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<br>ア　IGAスコア<br>イ　全身又は頭頸部のEASIスコア<br>ウ　体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）<br>4）小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は、体重 | 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） | |
| | | | | 842600081 | IGAスコア（リンヴォック錠7．5mg等）；****** | |
| | | | | 842600082 | 全身のEASIスコア（リンヴォック錠7．5mg等）；****** | |
| | | | | 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。<br>・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<br>・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。<br>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） | ○ |
| | | | | 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） | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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。<br>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)<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。<br>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<br>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)。<br>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<br>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<br>ウ 糖尿病<br>エ 慢性腎臓病<br>オ 末梢動脈疾患<br>カ 久山町研究スコアにて高リスク分類<br>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 | 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)<br>次に掲げるすべての項目を記載すること。<br>ア 直近のLDL−コレステロールの検査値及び検査年月日<br>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);****** | |
| 210 | レケンビ点滴静注200mg<br>レケンビ点滴静注500mg | | (本製剤を最初に投与した場合)<br>次の事項を記載すること。<br>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)<br>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<br>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<br>・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者<br>・ 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<br>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<br>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<br>ア 認知機能評価 MMSEスコア<br>イ 臨床認知症尺度 CDR全般スコア<br>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<br>エ アミロイドPET<br>オ 脳脊髄液(CSF)検査<br>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)<br>ア 日本神経学会の専門医<br>イ 日本老年医学会の専門医<br>ウ 日本精神神経学会の専門医<br>エ 日本脳神経外科学会の専門医<br>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)<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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)<br>ア 以下のⅠからⅢをすべて満たす施設である。<br>イ 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設でない。<br>(項目)<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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 | 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);****** | |
| | | | | 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) | |
| | | | | 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) | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | レケンビ点滴静注200mg | | （投与開始後6か月以降の投与の場合）<br>次の事項を記載すること。<br>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<br>ウ 初回投与施設（初回投与施設と同一の施設）<br>エ 連携施設（初回投与施設と連携している施設）<br>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）<br>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<br>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）<br>ケ 日本神経学会の専門医<br>コ 日本老年医学会の専門医<br>サ 日本精神神経学会の専門医<br>シ 日本脳神経外科学会の専門医<br>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）<br>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<br>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<br>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<br>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 | 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） | |
| | | | （継続投与の場合）<br>次の事項を摘要欄に記載すること。<br>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。<br>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。<br>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<br>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）<br>次の事項を記載すること。<br>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）<br>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<br>レットヴィモカプセル80mg<br>レットヴィモ錠40mg<br>レットヴィモ錠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″ | |
| | | | 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。<br>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）<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。<br>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<br>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）。<br>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<br>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<br>ウ 糖尿病<br>エ 慢性腎臓病<br>オ 末梢動脈疾患<br>カ 久山町研究スコアにて高リスク分類<br>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（レパーサ皮下注140mgペン） | |
| | | | | 820600114 | 施設要件イ（レパーサ皮下注140mgペン） | |
| | | | | 850600155 | LDL－コレステロール検査の実施年月日（レパーサ皮下注140mgペン）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″ | |
| | | | | 830600132 | LDL－コレステロール検査値（レパーサ皮下注140mgペン）；****** | |
| | | | | 820600115 | 食事療養を行っている（レパーサ皮下注140mgペン） | |
| | | | | 820600116 | 運動、喫煙等に関する指導を行っている（レパーサ皮下注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（レパーサ皮下注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（レパーサ皮下注140mgペン） | |
| | | | | 830600092 | 投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レパーサ皮下注140mgペン）；****** | |
| | | | | 830600093 | 投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量（レパーサ皮下注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（レパーサ皮下注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（レパーサ皮下注140mgペン）；****** | |
| | | | | 820600120 | リスク因子ア（レパーサ皮下注140mgペン） | |
| | | | | 820600121 | リスク因子イ（レパーサ皮下注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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 212 | レパーサ皮下注140mgペン | | | 820600122 | リスク因子ウ（レパーサ皮下注140mgペン） | |
| | | | | 820600123 | リスク因子エ（レパーサ皮下注140mgペン） | |
| | | | | 820600124 | リスク因子オ（レパーサ皮下注140mgペン） | |
| | | | | 820600370 | リスク因子カ（レパーサ皮下注140mgペン） | |
| | | | | 830600095 | HMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間（レパーサ皮下注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）<br>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。<br>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<br>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<br>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。<br>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）。<br><br>（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）<br>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（レパーサ皮下注140mgペン）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″ | |
| | | | | 830600132 | LDL－コレステロール検査値（レパーサ皮下注140mgペン）；****** | |
| | | | | 820600115 | 食事療養を行っている（レパーサ皮下注140mgペン） | |
| | | | | 820600116 | 運動、喫煙等に関する指導を行っている（レパーサ皮下注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（レパーサ皮下注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（レパーサ皮下注140mgペン） | |
| | | | | 830600092 | 投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レパーサ皮下注140mgペン）；****** | |
| | | | | 830600093 | 投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量（レパーサ皮下注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（レパーサ皮下注140mgペン） | |
| | | | | 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<br>レフィキシア静注用1000<br>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<br>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。<br>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<br>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。<br>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。<br>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」<br>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」<br>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。<br>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。

（別添６）

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 |
|---|---|---|
| 別表第一<br>Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき） | ４　回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、回復期リハビリテーション強化体制加算として、患者１人につき１日につき 80 点を所定点数に加算する。 | ４　回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものに限る。）について、回復期リハビリテーション強化体制加算として、患者１人につき１日につき 80 点を所定点数に加算する。 |

○　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<br>(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。 |

【令和８年３月 18 日（号外第 56 号)】

○　厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件（厚生労働省告示第 97 号）

| 該当箇所 | 誤 | 正 |
|---|---|---|

<table>
<tr><td>別表第１</td><td></td><td>
<table>
<tr><td></td><td>薬剤</td><td>番号</td></tr>
<tr><td>56</td><td>ファビピラビル（当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量（令和６年６月 24 日に、医薬品医療機器等法第 14 条第 13 項の規定により、既に承認された効能又は効果及び用法又は用量の変更について承認されたものに限る。）に係るものに限る。）</td><td>2438</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

【令和８年３月 27 日（号外第 71 号)】

○　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等の一部を改正する告示（厚生労働省告示第 116 号）

| 該当箇所 | 誤 | 正 |
|---|---|---|
| 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<br>第七　療担規則第十九条第一項ただし書及び療担基準第十九条第一項ただし書の厚生労働大臣が定める場合 | | 一　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一条第四号及び第二条第十六号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合 |