事　務　連　絡
令和８年５月 29 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８までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和８年３月５日付官報（号外第 46 号）及び令和８年３月 27 日付官報（号外第 71 号）に掲載された令和８年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添９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）
・「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」
（令和８年３月５日保医発 0305 第３号）（別添４）
・「特定保険医療材料の定義について」
（令和８年３月５日保医発 0305 第４号）（別添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６）
・「「「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」及び「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」の実施上の留意事項について」の一部改正について」
（令和８年３月 27 日保医発 0327 第６号）（別添７）
・「「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の一部改正について」
（令和８年３月 27 日保医発 0327 第７号）（別添８）

（別添１）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
（令和８年３月５日保医発 0305 第６号）

別添１

医科診療報酬点数表に関する事項

第１章　基本診療料
第１部　初・再診料
第２節　再診料
Ａ００１　再診料
（８）　電話等による再診
ア　当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。
なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成 30 年３月 31 日以前に、３月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、~~オ~~エの規定にかかわらず、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。

第２部　入院料等
＜通則＞
８　入院初日又は入院した日とは、特に規定する場合を除き、第２部通則~~５~~７に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

第１節　入院基本料
Ａ１００　一般病棟入院基本料
（３）　「注３」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則~~５~~７に規定する起算日とする。

Ａ１０２　結核病棟入院基本料
（５）　「注４」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則~~５~~７に規定する起算日とする。

Ａ１０３　精神病棟入院基本料
（１）　精神病棟入院基本料は、「注１」の入院基本料、「注２」の特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算並びに「注~~９~~10」の夜勤時間特別入院基本料から構成され、「注１」の

入院基本料及び「注２」の特別入院基本料についてはそれぞれ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た精神病棟に入院している患者について、10 対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注~~9~~10」の夜勤時間特別入院基本料については、届け出た精神病棟に入院している患者について算定する。

（３）　「注３」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則~~5~~7に規定する起算日とする。

Ａ１０４　特定機能病院入院基本料

（６）　「注３」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則~~5~~7に規定する起算日とする。

(12)　病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施する。

ア　入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定を行う。なお、医科点数表第１章第２部入院料等の通則第８号に規定する栄養管理体制の基準における栄養管理計画を当該病棟に専従の管理栄養士が作成した場合は、当該加算における栄養管理計画に代えることができる。

Ａ１０５　専門病院入院基本料

（３）　「注２」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則~~5~~7に規定する起算日とする。

Ａ１０６　障害者施設等入院基本料

（３）　「注３」、「注９」及び「注 10」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則~~5~~7に規定する起算日とする。

Ａ１０８　有床診療所入院基本料

（２）　有床診療所入院基本料に係る入院期間の起算日は、第２部通則~~5~~7に規定する起算日とする。

(14)　「注 12」に規定する介護障害連携加算１及び２は、介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第２条各号に規定する疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者又は 65 歳以上若しくは重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症又は認知症の患者であって、その発症前は重度の肢体不自由児（者）でなかった患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由児（者）」という。）の者の受入について、十分な体制を有している有床診療所を評価したものである。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則~~5~~7に規定する起算日とする。

第２節　入院基本料等加算

Ａ２２０－２　特定感染症患者療養環境特別加算

（３）　特定感染症患者療養環境特別加算の陰圧室加算の対象となる者は、次に掲げる感染症の患者及び当該感染症を疑う患者であって、医師が他者へ感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、陰圧室に入院した者である。なお、陰圧室管理を必要とする原因となった

感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）

イ　麻しん

ウ　新型コロナウイルス感染症

エ　水痘

オ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症

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

キ　感染症法~~同法~~第６~~同~~条第８項に規定する指定感染症

Ａ２３３－３　口腔管理連携加算

（１）　口腔管理連携加算は、歯科診療を行わない保険医療機関が、他の歯科医療機関と有機的連携を強化することで、口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題~~を~~が生じている入院患者を円滑に歯科受診に繋げ、医科歯科連携による口腔状態の課題の支援を含む質の高い治療を提供することを評価するものである。

Ａ２３４－２　感染対策向上加算

（１）　感染対策向上加算は、第２部通則~~7~~12 に規定する院内感染防止対策を行った上で、更に院内に感染制御チームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことによる医療機関の感染防止対策の実施や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組、新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制等の確保を評価するものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、感染対策向上加算１及び感染対策向上加算２は入院初日、感染対策向上加算３は入院初日及び入院期間が 90 日を超えるごとに１回算定する。90 日を超えるごとの計算は、入院日から起算して 91 日目、181 日目等と計算する。なお、ここでいう入院とは、第２部通則~~5~~7 に規定する入院期間中の入院のことをいい、感染対策向上加算１及び２については入院期間が通算される再入院の場合は算定できず、感染対策向上加算３については通算した入院期間から算出し算定する。

Ａ２３６　褥瘡ハイリスク患者ケア加算

（２）　褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有する専従の褥瘡管理者が、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、当該入院期間中１回に限り算定する。なお、当該加算は、第２部通則~~5~~7 に規定する入院期間が通算される再入院であっても別に算定できる。

Ａ２３６－２　ハイリスク妊娠管理加算

（２）　当該加算は、１入院に 20 日を限度として所定点数に加算する。ただし、第２部通則~~5~~7 に規定する入院期間が通算される入院については、１入院として取り扱うものであること。

Ａ２３７　ハイリスク分娩等管理加算

（４）　ハイリスク分娩管理加算又は地域連携分娩管理加算は、ハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理の対象となる妊産婦に対して、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理を行った場合に、８日を限度として算定する。ただし、第２部通則~~5~~ 7に規定する入院期間が通算される入院については、１入院として取り扱うものであること。

Ａ２４５　データ提出加算

（２）　当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、データ作成対象病棟（以下「対象病棟」という。）に入院している患者について算定する。データ提出加算１及び２は入院初日、データ提出加算３及び４は入院期間が 90 日を超えるごとに１回算定する。90 日を超えるごと、の計算は、入院日から起算して 91 日目、181 日目等と計算する。なお、ここでいう入院とは第２部通則~~5~~ 7に規定する入院期間中の入院のことをいい、データ提出加算１及び２については入院期間が通算される再入院の場合には算定できず、データ提出加算３及び４については通算した入院期間から算出し算定する。

Ａ２４６　入退院支援加算

（１）　入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するものである。なお、第２部通則~~5~~ 7に規定する入院期間が通算される入院については、１入院として取り扱うものとするが、入退院支援加算１にあってはこの限りでない。

(22)　「注８」に規定する入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画書を、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、当該計画書については、入院前又は入院日に患者又はその家族等に説明を行い交付するとともに、診療録に添付又は記載すること。なお、第１章第２部の通則~~7~~ 12 の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該計画書としても差し支えない。

Ａ２４６－２　精神科入退院支援加算

（１）　精神科入退院支援加算は、精神病棟に入院中の患者が、早期に退院するとともに、医療、障害福祉、介護その他のサービスを切れ目なく受けられるように、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を実施することを評価するものである。なお、第２部通則~~5~~ 7に規定する入院期間が通算される入院については、１入院として取り扱うものとするが、精神科入退院支援加算にあってはこの限りでない。

Ａ２４６－３　医療的ケア児（者）入院前支援加算

（４）　入院予定先の病棟職員との共有にあたって、療養支援計画書を作成すること。また、入院前又は入院日に患者又はその家族等に当該計画書の説明を行い交付するとともに、診療録に添付すること。なお、第１章第２部の通則~~7~~ 12 の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該計画書としても差し支えない。

Ａ２５０　薬剤総合評価調整加算

(10)　「注２」に規定する薬剤調整加算は、「注１」に規定する薬剤総合評価調整加算に係る算定要件を満たした上で、退院時に処方される内服薬が２種類以上減少し、その状態が４週間以上継続すると見込まれる場合又は退院までの間に、抗精神病薬の種類数が２種類以上減少した場合に算定する。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、別紙~~様式~~36 の２に示す係数を用い、クロルプロマジン換算で 2,000mg 以上内服していたものについて、クロルプロマジン換算で 1,000mg 以上減少した場合を含めることができる。

第３節　特定入院料

Ａ３００　救命救急入院料

(11)　「注６」に規定する小児加算については、専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関において、15 歳未満の重篤な救急患者に対して救命救急医療が行われた場合に入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則~~５~~７に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

Ａ３０３　総合周産期特定集中治療室管理料

（７）　「１」の母体・胎児集中治療室管理料を算定する場合は、（２）のアから~~カ~~キまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

「２」の新生児集中治療室管理料を算定する場合は、「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を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ａ３０４　地域包括医療病棟入院料

(10)　「注３」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則~~５~~７に規定する起算日とする。

Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料

（７）　回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している患者は、転院してきた場合においても、転院先の保険医療機関で当該入院料等を継続して算定できることとする。ただし、その場合にあっては、当該入院料等の算定期間を通算する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に転院前の保険医療機関における当該入院料等の算定日数を記載すること。

Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料

（２）　リハビリテーションに係る費用（「Ｈ００４」摂食機能療法を除く。）及び薬剤料（基本診療料の施設基準等別表第~~五の一の三~~五の一の二の二に掲げる薬剤及び注射薬に係る薬剤料を除く。）等は、地域包括ケア病棟入院料等に含まれ、別に算定できない。

Ａ３１１　精神科救急急性期医療入院料

（８）　「注３」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。ま

た、非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類については、別紙~~様式~~36 を参考にすること。ただし、クロザピンはこれに含めない。

Ａ３１１－４　児童・思春期精神科入院医療管理料

（５）　児童・思春期精神科入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟又は治療室に入院した場合には、精神病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

Ａ３１７　特定一般病棟入院料

（２）　「注２」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則~~５~~７に規定する起算日とする。

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

第１節　医学管理料等

Ｂ００１　特定疾患治療管理料

27　糖尿病透析予防指導管理料

~~（７）　当該管理料を算定する場合は、特掲診療料施設基準通知の別添２の様式５の７に基づき、１年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。~~

（~~８~~７）　「注４に規定する高度腎機能障害患者指導加算は、eGFR　(mL/分/1.73 ㎡）が　45 未満の患者に対し、専任の医師が、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じて更なる指導を行った場合に算定する。なお、指導については日本腎臓リハビリテーション学会から「保存期ＣＫＤ患者に対する腎臓リハビリテーションの手引き」が示されているので、指導が適切になされるよう留意されたい。

（~~９~~８）　本管理料を算定する患者について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合には、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。

（~~10~~９）　「注５」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

（~~11~~10）　「注５」に規定する点数を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。

ア　透析予防診療チームが、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う月において、（１）の患者に対し、ビデオ通話が可能な情報通信機器を活用して、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限、蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施する。なお、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う月にあっては、医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは管理栄養士による指導等について、各職種が当該月の別日に指導等を実施した場合においても算定できる。

37　慢性腎臓病透析予防指導管理料

~~（６）　当該管理料を算定する場合は、特掲診療料施設基準通知の別添２の様式 13 の 10 に基づ~~

~~き、１年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。~~

（~~7~~ 6）　本管理料を算定する患者について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合には、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。

（~~8~~ 7）　「注３」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

（~~9~~ 8）　「注３」に規定する点数を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。

Ｂ００１－５　手術後医学管理料

（４）　手術後医学管理料の算定開始日となる入院の日とは、第１章第２部通則~~5~~ 7に定める起算日のことをいう。

Ｂ００１－６　肺血栓塞栓症予防管理料

（２）　肺血栓塞栓症予防管理料は、病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いもの（結核病棟においては手術を伴う患者、精神病棟においては治療上の必要から身体拘束が行われている患者に限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング（患者の症状により弾性ストッキングが使用できないなどやむを得ない理由により使用する弾性包帯を含む。）又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中１回に限り算定する。なお、当該管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた場合に算定できるものであり、薬剤のみで予防管理を行った場合には算定できない。また、第１章第２部通則~~5~~ 7に規定する入院期間が通算される再入院の場合においても、各々の入院において入院中１回算定できるものであること。

Ｂ００５－１－３　介護保険リハビリテーション移行支援料

（１）　介護保険リハビリテーション移行支援料は、維持期のリハビリテーション（「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料の「注~~5~~ 6」、「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料の「注~~5~~ 6」及び「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注~~5~~ 6」に規定するものをいう。）を受けている入院中の患者以外の者に対して、患者の同意を得て、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション、同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第６項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。）へ移行するため、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）及び必要に応じて、介護保険によるリハビリテーションを当該患者に対して提供する事業所の従事者と連携し、介護サービス計画書（ケアプラン）作成を支援した上で、介護保険によるリハビリテーションを開始し、維持期のリハビリテーションを終了した場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。なお、維持期のリハビリテーションと介護保険によるリハビリテーションを併用して行うことができる２月間（「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び

医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成 28 年３月 25 日保医発 0325 第８号）の第４の 10 に規定する２月間をいう。）は、当該支援料を算定できない。

Ｂ０１４　退院時薬剤情報管理指導料

（１）　退院時薬剤情報管理指導料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（「Ｂ０１１－３」薬剤情報提供料の（２）に掲げる手帳をいう。以下同じ。）に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に１回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、第１章第２部通則~~6~~ 7 に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。

第２部　在宅医療

第１節　在宅患者診療・指導料

Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料、Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料

(27)　在宅患者訪問看護・指導料の「注 12」に規定する夜間・早朝訪問看護加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注５」に規定する夜間・早朝訪問看護加算については、夜間（午後６時から午後 10 時までをいう。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。）に、在宅患者訪問看護・指導料の「注 ~~13~~12」に規定する深夜訪問看護加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」に規定する深夜訪問看護加算については、深夜（午後 10 時から午前６時までをいう。）に、患家の求めに応じて訪問看護・指導を行った場合に算定する。また、これらの加算と緊急訪問看護加算との併算定は可とする。同一建物居住者訪問看護・指導料の「注５」に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、同一建物等居住者で同一日に、当該加算又は「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料の「注６」に規定する夜間・早朝訪問看護加算を算定する患者の合計人数及び当該加算又は「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料の「注６」に規定する夜間・早朝訪問看護加算の合計算定日数により「月 15 日目まで」と「月 16 日目以降」の区分に応じて算定する。同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」に規定する深夜訪問看護加算は、同一建物等居住者で同一日に、当該加算又は「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料の「注７」に規定する深夜訪問看護加算を算定する患者の合計人数及び当該加算又は「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料の「注７」に規定する深夜訪問看護加算の合計算定日数により「月 15 日目まで」と「月 16 日目以降」の区分に応じて算定する。

(32)　(~~30~~31)において、当該医療機関で別に定める専従要件となっている場合であっても、別に定める専従業務に支障が生じなければ訪問しても差し支えない。

(37)　在宅患者訪問看護・指導料の「注 ~~20~~21」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注~~6~~ 8」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 ~~20~~21」に規定する交通費は実

費とする。

Ｃ００８　在宅患者訪問薬剤管理指導料

（４）　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、「１」、「２」及び「３」を合わせて１月に４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）を限度として算定できるが、その場合であっても薬剤師１人につき週 40 回に限るものとする。ただし、月２回以上算定する場合にあっては、本指導料~~を算定する日の間隔は６日以上とする~~の算定回数は週１回を限度とする。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該算定日を記載すること。

第２節　在宅療養指導管理料

第１款　在宅療養指導管理料

７　「通則６」について、15 歳未満の人工呼吸器を~~装着~~使用している患者又は 15 歳未満から引き続き人工呼吸器を~~装着~~使用しており体重が 20 キログラム未満の患者に対して、「Ａ２０６」在宅患者緊急入院診療加算に規定する在宅療養後方支援病院と連携している保険医療機関が、在宅療養後方支援病院と異なる在宅療養指導管理を行った場合には、それぞれの保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定できる。なお、この場合は、それぞれの保険医療機関において算定している在宅療養指導管理料について、適切な情報交換を行い、重複した算定がないよう留意すること。

Ｃ１０７－２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

（９）　「注~~３~~４」に規定する情報通信機器を用いた指導管理については、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２の対象となる患者のうち（３）のウの要件に該当する患者、かつ、ＣＰＡＰ療法を実施している閉塞性無呼吸症候群の診断が得られている入院中の患者以外の患者について、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

（10）「注~~３~~４」に規定する情報通信機器を用いた指導管理については、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場合に実施すること。また、通常の対面診療で確認するＣＰＡＰ管理に係るデータについて、情報通信機器を用いた診療において確認すること。さらに、睡眠時無呼吸症候群に合併する身体疾患管理の必要性に応じて対面診療を適切に組み合わせること及び情報通信機器を用いた診療を開始した後にも症状の悪化等の不調等が生じた場合には、速やかに対面診療に切り替えることが求められる。その他、関係学会が提示する情報通信機器を用いた場合のＣＰＡＰ療法に係る指針に沿った診療を実施すること。

（11）「注~~３~~４」に規定する情報通信機器を用いた指導管理を実施する際は、当該診療に係る初診日及び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診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

Ｃ１５２－２　持続血糖測定器加算

（７）　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には、次のいずれも

満たす場合に算定できる。

ア　関連学会が定める適正使用指針を遵守すること。

イ　次のいずれかに掲げる者が、患者又は患者家族等に対し、持続血糖測定器の使用方法の十分な説明、持続血糖測定器の結果に基づく低血糖及び高血糖への対応、及び持続血糖測定器の結果と症状が一致しない場合においては自己血糖測定を行うこと等、必要な指導を行っていること。

（イ）　糖尿病の治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の医師

（ロ）　糖尿病の治療に関し、~~治療~~持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を２年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の看護師、薬剤師又は臨床検査技師

ウ　イの（イ）及び（ロ）に掲げる適切な研修とは、次のいずれにも該当する研修のことをいう。

（イ）　医療関係団体が主催する研修であること。

（ロ）　糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものであること。

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

（５）　「３　１及び２以外の場合」の「ハ　その他のもの」

ア　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。当該検査を実施するに当たっては、(イ)から(ニ)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。

（イ）　脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図

（ロ）　鼻又は口における気流の検知

（ハ）　胸壁及び腹壁の換気運動記録

（ニ）　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

イ　脳波等の記録速度は、毎秒 1.5 センチメートル以上のものを標準とする。

ウ　同時に行った検査のうち、「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査から本区分「２」までに掲げるもの及び「Ｄ２３９」筋電図検査については、併せて算定できない。

エ　測定を開始した後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、当該検査を途中で中絶した場合には、当該中絶までに施行した検査に類似する検査項目によって算定する。

第７部　リハビリテーション

第１節　リハビリテーション料

Ｈ００２　運動器リハビリテーション料

(12)　「注２」に規定する早期リハビリテーション加算は、当該施設における運動器疾患に対する入院後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（「Ａ２４６」注４の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して１単位以上の個別療法を行った場合に、入院した日から起算して 14 日に限り算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の最初の保険医療機関に入院した日とし、入院中の患者以外の患者については、退院前の~~保険医療機関に入院中の起算日と同様であるものとする。~~入院日（転院した場合は最初の保険医療機関に入院した日）のことをいう。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注２」に規定する加算は算定できない。

第８部　精神科専門療法

第１節　精神科専門療法料

Ｉ００２－２　精神科継続外来支援・指導料

（３）　抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙~~様式~~36 を参考にすること。

Ｉ０１３　抗精神病特定薬剤治療指導管理料

（３）　持続性抗精神病注射薬剤の種類については、別紙~~様式~~36 を参考にすること。

第９部　処置

＜処置料＞

Ｊ０６２－２　同種死体移植腎機械灌流保存

（２）　死体腎には、臓器の移植に関する法律（平成９年法律第 104 号）第６条第２項に規定する脳死した身体の腎~~は含まない~~を含む。

（別添２）

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
（令和８年３月５日保医発 0305 第７号）

第１　基本診療料の施設基準等

８　基本診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第２条第１号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第２号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）又は育児・介護休業法第 23 条第２項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第 24 条第１項の規定により同項第２号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第１項若しくは第３項、第 23 条の３又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第４　経過措置等

表３　施設基準が改正された入院基本料等（届出を必要としないもの）

・　特定機能病院Ｃ入院基本料~~（７対１入院基本料（一般病棟に限る。）を除く。）~~

別添２

入院基本料等の施設基準等

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

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

６　意思決定支援の基準

当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。ただし、小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、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有する保険医療機関についてはこの限りでない。

第２　病院の入院基本料等に関する施設基準

病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

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

(12)　令和８年３月 31 日において、現に急性期一般入院基本料（急性期一般入院料６を除く。）及び７対１入院基本料（結核病棟入院基本料~~、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）~~及び専門病院入院基本料）に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和８年９月 30 日までの間は令和８年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。また、令和８年３月 31 日において、現に急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、~~令和８年９月 30 日までの間に限り、~~急性期病院一般入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準を、現に７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、７対１入院基本料（特定機能病院Ａ入院基本料、特定機能病院Ｂ入院基本料又は特定機能病院Ｃ入院基本料）（一般病棟に限る。）の重症度、医療・看護必要度の基準を令和８年９月 30 日までの間に限り満たすものとみなす。また、令和８年３月 31 日時点で急性期一般入院料６、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（結核病棟入院基本料に限る。））、10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病

棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料１の届出を行っている病棟にあっては、令和８年９月30日までの間に限り、令和８年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和６年３月５日保医発第0305第５号。以下「令和８年度改定前の基本診療料施設基準通知」という。）の別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

４の３　急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院料１及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数については、次の点に留意すること。

（２）　常勤の医師の数

ア　医師数は、常勤（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週31時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項、同法第23条の３又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であることをいう。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤１名として換算する。

別添３

入院基本料等加算の施設基準等

第４の２　医師事務作業補助体制加算

１　通則

（１）　医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、急性期総合体制加算や急性期看護補助体制加算、地域医療体制確保加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

カ　当該計画には、医師の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも２項目以上を含んでいること。

①　勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施

②　前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）

③　予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮

④　当直翌日の業務内容に対する配慮

⑤　交替勤務制・複数主治医制の実施

⑥　育児・介護休業法第 23 条第１項、同条第３項、同法第 23 条の３又は同法第 24 条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

（２）　（１）のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15 対１補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15 床ごとに１名以上、20 対１補助体制加算の場合は 20 床ごとに１名以上、25 対１補助体制加算の場合は 25 床ごとに１名以上、30 対１補助体制加算の場合は 30 床ごとに１名以上、40 対１補助体制加算の場合は 40 床ごとに１名以上、50 対１補助体制加算の場合は 50 床ごとに１名以上、75 対１補助体制加算の場合は 75 床ごとに１名以上、100 対１補助体制加算の場合は 100 床ごとに１名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週４日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週 31 時間以上である者をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第１項、同条第３項、同法第 23 条の３又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週 30 時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32 時間未満の場合は、32 時間）の勤務をもって常勤１名として換算する。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。

別添４

特定入院料の施設基準等

第 11　回復期リハビリテーション病棟入院料

１　通則

（７）　回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する１日当たりリハビリテーション提供単位数は平均３単位以上（回復期リハビリテーション病棟入院料５及び回復期リハビリテーション~~病棟~~入院医療管理料にあっては、２単位以上）であること。なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア　直近１か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者（「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。）に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数（その費用が回復期リハビリテーション病棟入院料等に含まれるもの及び選定療養として行われたものを除く。）

イ　直近１か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数

別紙７　別表１

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧

※のついたレセプト電算処理システム用コードについては、重症度、医療・看護必要度Ｉを評価する場合のみに用いること。

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
Ａ　１　創傷処置（褥瘡の処置を除く）	140000610	創傷処置（１００ｃｍ２未満）	
	140000710	創傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）	
	140000810	創傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）	
	140000910	創傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）	
	140001010	創傷処置（６０００ｃｍ２以上）	
	140062110	下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）	
	140062210	下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍）	
	140062310	下肢創傷処置（足部（踵を除く）の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍）	
	140032010	熱傷処置（１００ｃｍ２未満）	
	140032110	熱傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）	
	140032210	熱傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）	
	140036510	熱傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）	
	140036610	熱傷処置（６０００ｃｍ２以上）	
	140034830	電撃傷処置（１００ｃｍ２未満）	
	140034930	電撃傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）	
	140035030	電撃傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）	
	140035130	電撃傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）	
	140035230	電撃傷処置（６０００ｃｍ２以上）	
	140035430	薬傷処置（１００ｃｍ２未満）	
	140035530	薬傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）	
	140035630	薬傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）	
	140035730	薬傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）	
	140035830	薬傷処置（６０００ｃｍ２以上）	
	140036030	凍傷処置（１００ｃｍ２未満）	
	140036130	凍傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）	
	140036230	凍傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）	
	140036330	凍傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）	
	140036430	凍傷処置（６０００ｃｍ２以上）	
Ａ　２　呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	140005610	酸素吸入	
	140005750	突発性難聴に対する酸素療法	
	140005810	酸素テント	
	140005910	間歇的陽圧吸入法	
	140037810	鼻マスク式補助換気法	
	140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療	
	140057410	ハイフローセラピー（１５歳以上）	
	140009310	人工呼吸	
	140063810	人工呼吸（５時間超１５日目以降）	
	140023510	人工呼吸（５時間超１４日目まで）	
	140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入	
	140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超１４日目まで）	
	140064250	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超１５日目以降）	
	140009450	無水アルコール吸入療法	
	140023650	無水アルコール吸入療法（５時間超１４日目まで）	
	140063950	無水アルコール吸入療法（５時間超１５日目以降）	
	140009550	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）	
	140023750	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超１４日目まで）	
	140064050	人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超１５日目以降）	
	140009650	酸素吸入（マイクロアダプター）	
	140023850	酸素吸入（マイクロアダプター）（５時間超１４日目まで）	
	140064150	酸素吸入（マイクロアダプター）（５時間超１５日目以降）	
	140009950	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器）	
	140024150	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・５時間超１４日目まで）	
	140064450	酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・５時間超１５日目以降）	
	140009750	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）	
	140023950	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超１４日目まで）	
	140064350	人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超１５日目以降）	
	140039550	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）	
	140039650	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超１４日目まで）	
	140064750	人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超１５日目以降）	
Ａ　３　注射薬剤３種類以上の管理	別紙７別表２の薬剤を除く、注射薬剤の種類	0	
Ａ　４　シリンジポンプの管理	130000210	精密持続点滴注射加算	
Ａ　５　輸血や血液製剤の管理	620004744	人全血液－ＬＲ「日赤」	
	620004745	人全血液－ＬＲ「日赤」	
	620004679	照射人全血液－ＬＲ「日赤」	
	620004680	照射人全血液－ＬＲ「日赤」	
	621609201	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」	
	621609301	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」	
	621609401	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」	
	621609501	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」	
	621609601	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」	
	621609701	濃厚血小板－ＬＲ「日赤」	
	622191301	合成血液－ＬＲ「日赤」	
	622191401	合成血液－ＬＲ「日赤」	
	622191101	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」	
	622191201	解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」	
	621772801	赤血球液－ＬＲ「日赤」	
	621772901	赤血球液－ＬＲ「日赤」	
	621772601	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」１２０	
	621772701	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」２４０	
	622192101	新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」４８０	
	622190901	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」	
	622191001	洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」	
	621609801	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」	
	621609901	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」	
	621610001	濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」	
	621772001	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」	
	621772101	照射赤血球液－ＬＲ「日赤」	
	621602201	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」	
	621602301	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」	
	621602401	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」	
	622984701	照射濃厚血小板－ＬＲＢＳ「日赤」	
	621602501	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」	
	622984801	照射濃厚血小板－ＬＲＢＳ「日赤」	
	621602601	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」	
	622984901	照射濃厚血小板－ＬＲＢＳ「日赤」	
	621602701	照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」	
	622985001	照射濃厚血小板－ＬＲＢＳ「日赤」	
	621602801	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」	
	622985201	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲＢＳ「日赤」	
	621602901	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」	
	622985301	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲＢＳ「日赤」	
	621603001	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」	
	622985401	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲＢＳ「日赤」	
	622985101	照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲＢＳ「日赤」	
	622191701	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」	
	622191801	照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」	
	622191901	照射合成血液－ＬＲ「日赤」	
	622192001	照射合成血液－ＬＲ「日赤」	
	622191501	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」	
	622191601	照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」	
	622487001	照射洗浄血小板－ＬＲ「日赤」	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	622985501	照射洗浄血小板－ＬＲＢＳ「日赤」	
	622487101	照射洗浄血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」	
	622985601	照射洗浄血小板ＨＬＡ－ＬＲＢＳ「日赤」	
	621151301	献血ベニロン－Ｉ静注用５００ｍｇ	
	621151701	献血ベニロン－Ｉ静注用２５００ｍｇ	
	621449901	献血ベニロン－Ｉ静注用５０００ｍｇ	
	621152901	献血グロベニン－Ｉ静注用５００ｍｇ	
	621153301	献血グロベニン－Ｉ静注用２５００ｍｇ	
	621450001	献血グロベニン－Ｉ静注用５０００ｍｇ	
	646340035	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン	
	621153508	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注１０００単位／５ｍＬ「ＪＢ」	
	646340065	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン	
	621153607	抗ＨＢｓ人免疫グロブリン筋注２００単位／１ｍＬ「ＪＢ」	
	646340492	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子	
	622885801	コンファクトＦ静注用２５０単位	
	621153808	クロスエイトＭＣ静注用２５０単位	
	646340493	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子	
	640431015	コンコエイトーＨＴ	
	622885901	コンファクトＦ静注用５００単位	
	621153909	クロスエイトＭＣ静注用５００単位	
	646340494	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子	
	646340495	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子	
	622886001	コンファクトＦ静注用１０００単位	
	621154006	クロスエイトＭＣ静注用１０００単位	
	622454900	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子	
	622454901	クロスエイトＭＣ静注用２０００単位	
	622865100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子	
	622865101	クロスエイトＭＣ静注用３０００単位	
	646340510	乾燥抗Ｄ（Ｒｈｏ）人免疫グロブリン	
	621154101	抗Ｄグロブリン筋注用１０００倍「ニチヤク」	
	621154105	抗Ｄ人免疫グロブリン筋注用１０００倍「ＪＢ」	
	646340451	乾燥抗破傷風人免疫グロブリン	
	621154207	テタノブリン筋注用２５０単位	
	621154201	破傷風グロブリン筋注用２５０単位「ニチヤク」	
	646340500	乾燥人血液凝固第９因子複合体　２００国際単位（溶解液付）	
	621154302	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用２００単位「タケダ」	
	646340501	乾燥人血液凝固第９因子複合体　４００国際単位（溶解液付）	
	646340502	乾燥人血液凝固第９因子複合体　５００国際単位（溶解液付）	
	621154502	ＰＰＳＢ－ＨＴ静注用５００単位「タケダ」	
	646340503	乾燥人血液凝固第９因子複合体　１，０００国際単位（溶解液付）	
	621356303	献血アルブミン５％静注５ｇ／１００ｍＬ「ＪＢ」	
	620009135	アルブミナー５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ	
	621755403	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「ＪＢ」	
	621755302	献血アルブミン５％静注１２．５ｇ／２５０ｍＬ「タケダ」	
	621155202	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「ＪＢ」	
	621155502	献血アルブミン２０％静注４ｇ／２０ｍＬ「タケダ」	
	620008814	献血アルブミン２５％静注５ｇ／２０ｍＬ「ベネシス」	
	620008815	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ベネシス」	
	620009136	アルブミナー２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ	
	621450201	赤十字アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ	
	621156608	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」	
	621645902	献血アルブミン２５％静注１２．５ｇ／５０ｍＬ「タケダ」	
	620009137	アルブミン－ベーリング２０％静注１０．０ｇ／５０ｍＬ	
	621157302	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＪＢ」	
	621155408	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「ＫＭＢ」	
	621157403	献血アルブミン２０％静注１０ｇ／５０ｍＬ「タケダ」	
	622979201	献血アルブミン２５％静注２５ｇ／１００ｍＬ「ＫＭＢ」	
	646340028	乾燥人フィブリノゲン	
	621157504	フィブリノゲンＨＴ静注用１ｇ「ＪＢ」	
	646340054	人免疫グロブリン	
	621157617	グロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「ＪＢ」	
	621157604	グロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「ＪＢ」	
	621157607	ガンマグロブリン筋注４５０ｍｇ／３ｍＬ「タケダ」	
	621157611	ガンマグロブリン筋注１５００ｍｇ／１０ｍＬ「タケダ」	
	621384901	ファイバ静注用１０００	
	620007377	テタガムＰ筋注シリンジ２５０	
	646340456	抗破傷風人免疫グロブリン	
	646340188	人ハプトグロビン	
	621158404	ハプトグロビン静注２０００単位「ＪＢ」	
	622607401	ガンマガード静注用５ｇ	
	621158701	献血アルブミネート４．４％静注４．４ｇ／１００ｍＬ	
	621560801	献血アルブミネート４．４％静注１１ｇ／２５０ｍＬ	
	646340261	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン	
	621159004	ヘプスブリン筋注用２００単位	
	621159001	乾燥ＨＢグロブリン筋注用２００単位「ニチヤク」	
	646340262	乾燥抗ＨＢｓ人免疫グロブリン	
	621159104	ヘプスブリン筋注用１０００単位	
	621159101	乾燥ＨＢグロブリン筋注用１０００単位「ニチヤク」	
	646340491	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ	
	620001350	献血ノンスロン５００注射用	
	621159207	ノイアート静注用５００単位	
	640453060	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ	
	620001351	献血ノンスロン１５００注射用	
	620003071	ノイアート静注用１５００単位	
	620009201	ベリナートＰ静注用５００	
	622926301	ベリナート皮下注用２０００	
	622821601	ビリヴィジェン１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ	
	622683602	ビリヴィジェン１０％静注５ｇ／５０ｍＬ	
	622683702	ビリヴィジェン１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ	
	622683802	ビリヴィジェン１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ	
	623000301	グロベニン－Ｉ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ	
	623000401	グロベニン－Ｉ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ	
	623000501	グロベニン－Ｉ１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ	
	621490001	献血ヴェノグロブリンＩＨ５％静注５ｇ／１００ｍＬ	
	622983900	ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン５ｇ１００ｍＬ注射液	
	622534401	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注０．５ｇ／５ｍＬ	
	622534501	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２．５ｇ／２５ｍＬ	
	622534601	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注５ｇ／５０ｍＬ	
	622534701	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注１０ｇ／１００ｍＬ	
	622534801	献血ヴェノグロブリンＩＨ１０％静注２０ｇ／２００ｍＬ	
	646340497	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子	
	622408201	ノバクトＭ静注用５００単位	
	646340499	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子	
	622408301	ノバクトＭ静注用１０００単位	
	622034100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子	
	622034200	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子	
	622408401	ノバクトＭ静注用２０００単位	
	620009198	フィブロガミンＰ静注用	
	629903301	アドベイト静注用キット２５０	
	629903401	アドベイト静注用キット５００	
	629903501	アドベイト静注用キット１０００	
	629903601	アドベイト静注用キット１５００	
	629903701	アドベイト静注用キット２０００	
	629903801	アドベイト静注用キット３０００	
	640412173	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン	
	621161703	テタノブリンＩＨ静注２５０単位	
	640412174	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン	
	621161803	テタノブリンＩＨ静注１５００単位	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	622366301	ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇ　シリンジ	
	622366401	ノボセブンＨＩ静注用２ｍｇ　シリンジ	
	622366501	ノボセブンＨＩ静注用５ｍｇ　シリンジ	
	640443038	注射用アナクトＣ２，５００単位	
	640453163	ポリエチレングリコール処理抗ＨＢｓ人免疫グロブリン	
	621450602	ヘブスブリンＩＨ静注１０００単位	
	621971601	ベネフィクス静注用５００	
	621971701	ベネフィクス静注用１０００	
	621971801	ベネフィクス静注用２０００	
	622273601	ベネフィクス静注用３０００	
	622288001	ハイゼントラ２０％皮下注１ｇ／５ｍＬ	
	622288101	ハイゼントラ２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ	
	622288201	ハイゼントラ２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ	
	622955401	ハイゼントラ２０％皮下注１ｇ／５ｍＬシリンジ	
	622955501	ハイゼントラ２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬシリンジ	
	622955601	ハイゼントラ２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬシリンジ	
	622950901	キュービトル２０％皮下注２ｇ／１０ｍＬ	
	622951001	キュービトル２０％皮下注４ｇ／２０ｍＬ	
	622951101	キュービトル２０％皮下注８ｇ／４０ｍＬ	
	622333001	ノボエイト静注用２５０	
	622333101	ノボエイト静注用５００	
	622333201	ノボエイト静注用１０００	
	622333301	ノボエイト静注用１５００	
	622333401	ノボエイト静注用２０００	
	622333501	ノボエイト静注用３０００	
	622364101	オルプロリクス静注用５００	
	622364201	オルプロリクス静注用１０００	
	622364301	オルプロリクス静注用２０００	
	622364401	オルプロリクス静注用３０００	
	622426501	オルプロリクス静注用２５０	
	622608701	オルプロリクス静注用４０００	
	622402801	イロクテイト静注用２５０	
	622402901	イロクテイト静注用５００	
	622403001	イロクテイト静注用７５０	
	622403101	イロクテイト静注用１０００	
	622403201	イロクテイト静注用１５００	
	622403301	イロクテイト静注用２０００	
	622403401	イロクテイト静注用３０００	
	622682501	イロクテイト静注用４０００	
	622424901	ノボサーティーン静注用２５００	
	622442001	アコアラン静注用６００	
	622583901	アコアラン静注用１８００	
	622623201	アディノベイト静注用キット２５０	
	622623501	アディノベイト静注用キット５００	
	622623601	アディノベイト静注用キット１０００	
	622623701	アディノベイト静注用キット２０００	
	622646001	アディノベイト静注用キット１５００	
	622646101	アディノベイト静注用キット３０００	
	622489301	コバールトリイ静注用２５０	
	622489401	コバールトリイ静注用５００	
	622489501	コバールトリイ静注用１０００	
	622489601	コバールトリイ静注用２０００	
	622489701	コバールトリイ静注用３０００	
	622526101	イデルビオン静注用２５０	
	622526201	イデルビオン静注用５００	
	622526301	イデルビオン静注用１０００	
	622526401	イデルビオン静注用２０００	
	629900101	イデルビオン静注用３５００	
	622595901	エイフスチラ静注用２５０	
	622596001	エイフスチラ静注用５００	
	622596101	エイフスチラ静注用１０００	
	622596201	エイフスチラ静注用１５００	
	622596301	エイフスチラ静注用２０００	
	622596401	エイフスチラ静注用２５００	
	622596501	エイフスチラ静注用３０００	
	622608201	ヘムライブラ皮下注３０ｍｇ	
	622608301	ヘムライブラ皮下注６０ｍｇ	
	622608401	ヘムライブラ皮下注９０ｍｇ	
	622608501	ヘムライブラ皮下注１０５ｍｇ	
	622608601	ヘムライブラ皮下注１５０ｍｇ	
	629931001	ヘムライブラ皮下注１２ｍｇ	
	622647001	レフィキシア静注用５００	
	622647101	レフィキシア静注用１０００	
	622647201	レフィキシア静注用２０００	
	622658001	ジビイ静注用５００	
	622658101	ジビイ静注用１０００	
	622658201	ジビイ静注用２０００	
	622658301	ジビイ静注用３０００	
	629905101	イスパロクト静注用５００	
	629905201	イスパロクト静注用１０００	
	629905301	イスパロクト静注用１５００	
	629905401	イスパロクト静注用２０００	
	629905501	イスパロクト静注用３０００	
	629908001	ボンベンディ静注用１３００	
	622842901	リンスバッド点滴静注用1000mg	
	629912801	ヌーイック静注用２５０	
	629912901	ヌーイック静注用５００	
	629913001	ヌーイック静注用１０００	
	629913101	ヌーイック静注用２０００	
	629913201	ヌーイック静注用２５００	
	629913301	ヌーイック静注用３０００	
	629913401	ヌーイック静注用４０００	
	622367201	バイクロット配合静注用	
	622250701	ノーモサング点滴静注２５０ｍｇ	
	629926801	アレモ皮下注15mg	
	629926901	アレモ皮下注60mg	
	629927001	アレモ皮下注150mg	
	629925701	オルツビーオ静注用500	
	629925801	オルツビーオ静注用1000	
	629925601	オルツビーオ静注用250	
	629925901	オルツビーオ静注用2000	
	629926001	オルツビーオ静注用3000	
	629926101	オルツビーオ静注用4000	
	629929701	オビザー静注用５００　５００単位（溶解液付）	
	622966401	セブーロチン静注用１０００単位	
	629933101	ヒムベブジ皮下注１５０ｍｇペン	
	622367202	バイクロット配合静注用２．５ｍＬ	
	622979301	バイクロット配合静注用５ｍＬ	
	622979401	バイクロット配合静注用１０ｍＬ	
	629932701	ハイキュービア１０％皮下注セット５ｇ／５０ｍＬ	
	629932501	ハイキュービア１０％皮下注セット１０ｇ／１００ｍＬ	
	629932601	ハイキュービア１０％皮下注セット２０ｇ／２００ｍＬ	
	150224810	自家採血輸血（１回目）	
	150286210	自家採血輸血（２回目以降）	
	150224910	保存血液輸血（１回目）	
	150286310	保存血液輸血（２回目以降）	
	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）	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150247010	自己血輸血（６歳以上）（液状保存）	
	150254810	自己血輸血（６歳以上）（凍結保存）	
	150390610	希釈式自己血輸血（６歳以上）	
	150225010	交換輸血	
	150225210	骨髄内輸血加算（その他）	
	150225110	骨髄内輸血加算（胸骨）	
	150366370	血管露出術加算	
	150225310	血液型加算（ＡＢＯ式及びＲｈ式）	
	150225410	不規則抗体加算	
	150247110	ＨＬＡ型検査クラス１加算（Ａ、Ｂ、Ｃ）	
	150278910	ＨＬＡ型検査クラス２加算（ＤＲ、ＤＱ、ＤＰ）	
	150225510	血液交叉試験加算	
	150225610	間接クームス検査加算	
	150404970	コンピュータクロスマッチ加算	
	150366470	血小板洗浄術加算	
	150225850	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（１回目）	
	150287450	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料（２回目以降）	
Ａ　6　専門的な治療・処置（① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ））	620009152	サンドスタチン皮下注用５０μｇ	
	622504701	オクトレオチド皮下注５０μｇ「あすか」	
	622522901	オクトレオチド酢酸塩皮下注５０μｇ「サンド」	
	620009153	サンドスタチン皮下注用１００μｇ	
	622504801	オクトレオチド皮下注１００μｇ「あすか」	
	622523001	オクトレオチド酢酸塩皮下注１００μｇ「サンド」	
	622352101	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット１０ｍｇ	
	622352201	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット２０ｍｇ	
	622352301	サンドスタチンＬＡＲ筋注用キット３０ｍｇ	
	620008225	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用１５ｍｇ「サワイ」	
	620008226	パミドロン酸二Ｎａ点滴静注用３０ｍｇ「サワイ」	
	644210058	注射用イホマイド１ｇ	
	620009116	ブスルフェクス点滴静注用６０ｍｇ	
	644210065	注射用サイメリン５０ｍｇ	
	644210066	注射用サイメリン１００ｍｇ	
	640451006	アルケラン静注用５０ｍｇ	
	621982101	テモダール点滴静注用１００ｍｇ	
	620007515	メソトレキセート点滴静注液２００ｍｇ	
	622221301	メソトレキセート点滴静注液１０００ｍｇ	
	644210049	注射用メソトレキセート５ｍｇ	
	644210048	注射用メソトレキセート５０ｍｇ	
	620003714	キロサイド注２０ｍｇ	
	620003715	キロサイド注４０ｍｇ	
	620003716	キロサイド注６０ｍｇ	
	620003717	キロサイド注１００ｍｇ	
	620003718	キロサイド注２００ｍｇ	
	620003713	キロサイドN注４００ｍｇ	
	621972001	キロサイドN注１ｇ	
	622283003	シタラビン点滴静注液１ｇ「ＮＩＧ」	
	622282903	シタラビン点滴静注液４００ｍｇ「ＮＩＧ」	
	620914301	サンラビン点滴静注用１５０ｍｇ	
	620914401	サンラビン点滴静注用２００ｍｇ	
	620914501	サンラビン点滴静注用２５０ｍｇ	
	620002600	フルダラ静注用５０ｍｇ	
	620002618	ロイコボリン注３ｍｇ　０．３％１ｍＬ	
	620005897	アラノンジー静注用２５０ｍｇ	
	622250601	エポルトラ点滴静注２０ｍｇ	
	620007299	コスメゲン静注用０．５ｍｇ	
	620005148	アクラシノン注射用２０ｍｇ	
	620005176	ダウノマイシン静注用２０ｍｇ	
	620003762	テラルビシン注射用１０ｍｇ	
	620005206	ピノルビン注射用１０ｍｇ	
	620003763	テラルビシン注射用２０ｍｇ	
	620005207	ピノルビン注射用２０ｍｇ	
	622513101	ピノルビン注射用３０ｍｇ	
	620008800	イダマイシン静注用５ｍｇ	
	640462038	カルセド注射用２０ｍｇ	
	640462039	カルセド注射用５０ｍｇ	
	620007499	マイロターグ点滴静注用５ｍｇ	
	640454006	オンコビン注射用１ｍｇ	
	644210059	注射用フィルデシン１ｍｇ	
	644210060	注射用フィルデシン３ｍｇ	
	620004777	ラステット注１００ｍｇ／５ｍＬ	
	620004760	ベプシド注１００ｍｇ	
	620008173	エトポシド点滴静注液１００ｍｇ「サンド」　５ｍＬ	
	622220501	エトポシド点滴静注液１００ｍｇ「ＳＮ」	
	622101703	エトポシド点滴静注１００ｍｇ「ＮＩＧ」	
	622903600	エトポシド１００ｍｇ５ｍＬ注射液	
	622993001	ハイカムチン点滴静注液１ｍｇ／１ｍＬ	
	620005197	ハイカムチン注射用１．１ｍｇ	
	620003247	ロイナーゼ注用５０００	
	620003248	ロイナーゼ注用１００００	
	620008946	ランダ注１０ｍｇ／２０ｍＬ	
	620923301	シスプラチン点滴静注１０ｍｇ「マルコ」	
	620008947	ランダ注２５ｍｇ／５０ｍＬ	
	620923701	シスプラチン点滴静注２５ｍｇ「マルコ」	
	620008948	ランダ注５０ｍｇ／１００ｍＬ	
	620924101	シスプラチン点滴静注５０ｍｇ「マルコ」	
	620001919	動注用アイエーコール１００ｍｇ	
	620002591	動注用アイエーコール５０ｍｇ	
	640454032	ノバントロン注２０ｍｇ	
	644290005	ノバントロン注１０ｍｇ	
	640407072	アクプラ静注用１０ｍｇ	
	640407073	アクプラ静注用５０ｍｇ	
	640407074	アクプラ静注用１００ｍｇ	
	640462007	ロイスタチン注８ｍｇ	
	622919701	トリセノックス点滴静注１２ｍｇ	
	620006806	ゼヴァリン　イットリウム（９０Ｙ）静注用セット	
	621954001	ミリプラ動注用７０ｍｇ	
	621969701	ラスリテック点滴静注用１．５ｍｇ　（溶解液付）	
	621969801	ラスリテック点滴静注用７．５ｍｇ　（溶解液付）	
	622149401	ポテリジオ点滴静注２０ｍｇ	
	629912501	ポライビー点滴静注用３０ｍｇ	
	629912601	ポライビー点滴静注用１４０ｍｇ	
	629914701	レミトロ点滴静注用３００μｇ	
	629917001	パドセブ点滴静注用３０ｍｇ	
	629923301	パドセブ点滴静注用２０ｍｇ	
	622388101	マブキャンパス点滴静注３０ｍｇ	
	622449301	ヨンデリス点滴静注用０．２５ｍｇ	
	622449401	ヨンデリス点滴静注用１ｍｇ	
	622929301	ビシバニール注射用１ＫＥ	
	622929401	ビシバニール注射用５ＫＥ	
	620001918	注射用レザフィリン１００ｍｇ	
	622797601	ステボロニン点滴静注バッグ９０００ｍｇ／３００ｍＬ	
	622622401	ベスポンサ点滴静注用１ｍｇ	
	622654901	ビーリンサイト点滴静注用３５μｇ	
	629911001	アキャルックス点滴静注２５０ｍｇ	
	629916001	エニツキシン点滴静注１７．５ｍｇ／５ｍＬ	
	622870001	ルタテラ静注	
	622875201	ライアットＭＩＢＧ－Ｉ１３１静注	
	622930501	アーウィナーゼ筋注用10000	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	629922501	イジュド点滴静注25mg	
	629922601	イジュド点滴静注300mg	
	629922701	リブタヨ点滴静注350mg	
	629923701	ベスレミ皮下注２５０μｇシリンジ	
	629923801	ベスレミ皮下注５００μｇシリンジ	
	640453025	イムノマックスーγ注１００	
	640453024	イムノマックスーγ注５０	
	646390065	イムネース注３５	
Ａ　６　専門的な治療・処置（~~① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）~~ ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理）	614220011	スタラシドカプセル５０	
	614220012	スタラシドカプセル１００	
	620920403	塩酸プロカルバジンカプセル５０ｍｇ「ＴＹＰ」	
	620005101	ベサノイドカプセル１０ｍｇ	
	622669101	ビジンプロ錠１５ｍｇ	
	622669201	ビジンプロ錠４５ｍｇ	
	622688401	ヴァンフリタ錠１７．７ｍｇ	
	622688501	ヴァンフリタ錠２６．５ｍｇ	
	622696201	ベネクレクスタ錠１０ｍｇ	
	622696301	ベネクレクスタ錠５０ｍｇ	
	622696401	ベネクレクスタ錠１００ｍｇ	
	622867601	タズベリク錠２００ｍｇ	
	622871601	ハイヤスタ錠１０ｍｇ	
	622995401	レットヴィモ錠４０ｍｇ	
	622995501	レットヴィモ錠８０ｍｇ	
	622875401	レットヴィモカプセル４０ｍｇ	
	622875501	レットヴィモカプセル８０ｍｇ	
	622885601	ルマケラス錠120mg	
	622910401	セムブリックス錠20mg	
	622910501	セムブリックス錠40mg	
	622919601	ジェセリ錠40mg	
	622926701	エザルミア錠50mg	
	622926801	エザルミア錠100mg	
Ａ　６　専門的な治療・処置（③ 麻薬の使用（注射剤のみ））	648110008	アヘンアルカロイド塩酸塩注射液	
	620009272	パシオピン皮下注２０ｍｇ	
	648110009	モルヒネ塩酸塩注射液	
	620003067	アンペック注１０ｍｇ	
	620009277	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「シオノギ」	
	628504000	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「第一三共」	
	628504304	モルヒネ塩酸塩注射液１０ｍｇ「タケダ」	
	640407022	モルヒネ塩酸塩注射液	
	620003068	アンペック注５０ｍｇ	
	620009278	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「シオノギ」	
	628504500	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「第一三共」	
	628504804	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「タケダ」	
	640453051	モルヒネ塩酸塩注射液	
	621454706	モルヒネ塩酸塩注１００ｍｇシリンジ「テルモ」	
	620001373	アンペック注２００ｍｇ	
	620009279	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「第一三共」	
	628505102	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「シオノギ」	
	628505304	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「タケダ」	
	628513501	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「テルモ」	
	622135601	オキファスト注１０ｍｇ	
	622685701	オキシコドン注射液１０ｍｇ「第一三共」	
	622135701	オキファスト注５０ｍｇ	
	622685801	オキシコドン注射液５０ｍｇ「第一三共」	
	622625401	ナルベイン注２ｍｇ	
	622625501	ナルベイン注２０ｍｇ	
	648110014	複方オキシコドン注射液	
	648110001	アヘンアルカロイド・アトロピン注射液	
	648110002	アヘンアルカロイド・スコポラミン注射液	
	648110010	弱アヘンアルカロイド・スコポラミン注射液	
	648110012	複方オキシコドン・アトロピン注射液	
	648110006	モルヒネ・アトロピン注射液	
	648210005	ペチジン塩酸塩注射液	
	628512804	ペチジン塩酸塩注射液３５ｍｇ「タケダ」	
	648210006	ペチジン塩酸塩注射液	
	628513304	ペチジン塩酸塩注射液５０ｍｇ「タケダ」	
	621208101	フェンタニル注射液０．１ｍｇ「第一三共」	
	621899203	フェンタニル注射液０．１ｍｇ「テルモ」	
	621627101	フェンタニル注射液０．２５ｍｇ「第一三共」	
	621899303	フェンタニル注射液０．２５ｍｇ「テルモ」	
	621899403	フェンタニル注射液０．５ｍｇ「テルモ」	
	622905700	フェンタニルクエン酸塩０．００５％２ｍＬ注射液	
	622905800	フェンタニルクエン酸塩０．００５％５ｍＬ注射液	
	620004422	アルチバ静注用２ｍｇ	
	622486801	レミフェンタニル静注用２ｍｇ「第一三共」	
	620004423	アルチバ静注用５ｍｇ	
	622486901	レミフェンタニル静注用５ｍｇ「第一三共」	
	621208403	ペチロルファン配合注ＨＤ	
	621208503	ペチロルファン配合注ＬＤ	
Ａ　６　専門的な治療・処置（④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理）	618110006	アヘン末	
	628500001	アヘン末「第一三共」	
	618110004	アヘン散	
	628500501	アヘン散「第一三共」	
	618110002	アヘンチンキ	
	628501001	アヘンチンキ「第一三共」	
	618110014	アヘンアルカロイド塩酸塩	
	618110025	パシオピン「タケダ」	
	618110015	エチルモルヒネ塩酸塩水和物	
	618110017	モルヒネ塩酸塩錠	
	620009255	モルヒネ塩酸塩錠１０ｍｇ「ＤＳＰ」	
	618110016	モルヒネ塩酸塩水和物	
	620008346	モルヒネ塩酸塩水和物「第一三共」原末	
	620009256	モルヒネ塩酸塩水和物「タケダ」原末	
	610453130	モルペス細粒２％	
	610453131	モルペス細粒６％	
	622842701	モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包３０ｍｇ「フジモト」	
	618110023	ＭＳコンチン錠１０ｍｇ	
	618110024	ＭＳコンチン錠３０ｍｇ	
	610406378	ＭＳコンチン錠６０ｍｇ	
	610453027	ＭＳツワイスロンカプセル１０ｍｇ	
	610453028	ＭＳツワイスロンカプセル３０ｍｇ	
	610453029	ＭＳツワイスロンカプセル６０ｍｇ	
	620003165	パシーフカプセル３０ｍｇ	
	620003166	パシーフカプセル６０ｍｇ	
	620003167	パシーフカプセル１２０ｍｇ	
	610470010	オプソ内服液５ｍｇ	
	610470011	オプソ内服液１０ｍｇ	
	668110001	アンペック坐剤１０ｍｇ	
	668110002	アンペック坐剤２０ｍｇ	
	660432005	アンペック坐剤３０ｍｇ	
	618110011	コデインリン酸塩錠	
	620009226	コデインリン酸塩錠２０ｍｇ「第一三共」	
	628505804	コデインリン酸塩錠２０ｍｇ「タケダ」	
	618110009	コデインリン酸塩水和物	
	620009227	コデインリン酸塩水和物「タケダ」原末	
	628506001	コデインリン酸塩水和物「第一三共」原末	
	610462035	コデインリン酸塩散１０％	
	620009225	コデインリン酸塩散１０％「タケダ」	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	628506500	コデインリン酸塩散１０％「第一三共」	
	618110012	ジヒドロコデインリン酸塩	
	628507001	ジヒドロコデインリン酸塩「第一三共」原末	
	628507304	ジヒドロコデインリン酸塩「タケダ」原末	
	610462037	ジヒドロコデインリン酸塩散１０％	
	628507501	ジヒドロコデインリン酸塩散１０％「第一三共」	
	628507804	ジヒドロコデインリン酸塩散１０％「タケダ」	
	620003630	メテパニール錠２ｍｇ	
	622016901	オキノーム散２．５ｍｇ	
	622017001	オキノーム散５ｍｇ	
	622017101	オキノーム散１０ｍｇ	
	622303901	オキノーム散２０ｍｇ	
	622802101	オキシコドン錠２．５ｍｇＮＸ「第一三共」	
	622802201	オキシコドン錠５ｍｇＮＸ「第一三共」	
	622802301	オキシコドン錠１０ｍｇＮＸ「第一三共」	
	622802401	オキシコドン錠２０ｍｇＮＸ「第一三共」	
	622576301	オキシコンチンＴＲ錠５ｍｇ	
	622685301	オキシコドン徐放錠５ｍｇＮＸ「第一三共」	
	622576401	オキシコンチンＴＲ錠１０ｍｇ	
	622685401	オキシコドン徐放錠１０ｍｇＮＸ「第一三共」	
	622576501	オキシコンチンＴＲ錠２０ｍｇ	
	622685501	オキシコドン徐放錠２０ｍｇＮＸ「第一三共」	
	622576601	オキシコンチンＴＲ錠４０ｍｇ	
	622685601	オキシコドン徐放錠４０ｍｇＮＸ「第一三共」	
	622303501	オキシコドン徐放カプセル５ｍｇ「テルモ」	
	622303601	オキシコドン徐放カプセル１０ｍｇ「テルモ」	
	622303701	オキシコドン徐放カプセル２０ｍｇ「テルモ」	
	622303801	オキシコドン徐放カプセル４０ｍｇ「テルモ」	
	622839101	オキシコドン内服液２．５ｍｇ「日本臓器」	
	622839201	オキシコドン内服液５ｍｇ「日本臓器」	
	622839301	オキシコドン内服液１０ｍｇ「日本臓器」	
	622839401	オキシコドン内服液２０ｍｇ「日本臓器」	
	622550201	ナルラピド錠１ｍｇ	
	622550301	ナルラピド錠２ｍｇ	
	622550501	ナルラピド錠４ｍｇ	
	622549801	ナルサス錠２ｍｇ	
	622549901	ナルサス錠６ｍｇ	
	622550001	ナルサス錠１２ｍｇ	
	622550101	ナルサス錠２４ｍｇ	
	618110001	アヘン・トコン散	
	618110027	ドーフル散	
	618210001	ベチジン塩酸塩	
	622293501	アブストラル舌下錠１００μｇ	
	622293601	アブストラル舌下錠２００μｇ	
	622293701	アブストラル舌下錠４００μｇ	
	622264901	イーフェンバッカル錠５０μｇ	
	622265001	イーフェンバッカル錠１００μｇ	
	622265101	イーフェンバッカル錠２００μｇ	
	622265201	イーフェンバッカル錠４００μｇ	
	622265301	イーフェンバッカル錠６００μｇ	
	622265401	イーフェンバッカル錠８００μｇ	
	622212701	メサペイン錠５ｍｇ	
	622212801	メサペイン錠１０ｍｇ	
	622228202	フェンタニル３日用テープ２．１ｍｇ「ユートク」	
	620007678	デュロテップＭＴパッチ２．１ｍｇ	
	622177901	フェンタニル３日用テープ２．１ｍｇ「ＨＭＴ」	
	622628101	フェンタニル３日用テープ２．１ｍｇ「トーワ」	
	622305202	フェンタニル３日用テープ２．１ｍｇ「テイコク」	
	622228302	フェンタニル３日用テープ４．２ｍｇ「ユートク」	
	620007679	デュロテップＭＴパッチ４．２ｍｇ	
	622178001	フェンタニル３日用テープ４．２ｍｇ「ＨＭＴ」	
	622628201	フェンタニル３日用テープ４．２ｍｇ「トーワ」	
	622305302	フェンタニル３日用テープ４．２ｍｇ「テイコク」	
	622228402	フェンタニル３日用テープ８．４ｍｇ「ユートク」	
	620007680	デュロテップＭＴパッチ８．４ｍｇ	
	622178101	フェンタニル３日用テープ８．４ｍｇ「ＨＭＴ」	
	622628301	フェンタニル３日用テープ８．４ｍｇ「トーワ」	
	622305402	フェンタニル３日用テープ８．４ｍｇ「テイコク」	
	622228502	フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇ「ユートク」	
	620007681	デュロテップＭＴパッチ１２．６ｍｇ	
	622178201	フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇ「ＨＭＴ」	
	622628401	フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇ「トーワ」	
	622305502	フェンタニル３日用テープ１２．６ｍｇ「テイコク」	
	622228602	フェンタニル３日用テープ１６．８ｍｇ「ユートク」	
	620007682	デュロテップＭＴパッチ１６．８ｍｇ	
	622178301	フェンタニル３日用テープ１６．８ｍｇ「ＨＭＴ」	
	622628501	フェンタニル３日用テープ１６．８ｍｇ「トーワ」	
	622305602	フェンタニル３日用テープ１６．８ｍｇ「テイコク」	
	622041901	ワンデュロパッチ０．８４ｍｇ	
	622505002	フェンタニル１日用テープ０．８４ｍｇ「ユートク」	
	622042001	ワンデュロパッチ１．７ｍｇ	
	622505102	フェンタニル１日用テープ１．７ｍｇ「ユートク」	
	622042101	ワンデュロパッチ３．４ｍｇ	
	622505202	フェンタニル１日用テープ３．４ｍｇ「ユートク」	
	622042201	ワンデュロパッチ５ｍｇ	
	622505302	フェンタニル１日用テープ５ｍｇ「ユートク」	
	622042301	ワンデュロパッチ６．７ｍｇ	
	622505402	フェンタニル１日用テープ６．７ｍｇ「ユートク」	
	622700801	ラフェンタテープ１．３８ｍｇ	
	622962800	フェンタニル１．３８ｍｇ貼付剤	
	622700901	ラフェンタテープ２．７５ｍｇ	
	622962900	フェンタニル２．７５ｍｇ貼付剤	
	622701001	ラフェンタテープ５．５ｍｇ	
	622963000	フェンタニル５．５ｍｇ貼付剤	
	622701101	ラフェンタテープ８．２５ｍｇ	
	622963100	フェンタニル８．２５ｍｇ貼付剤	
	622701201	ラフェンタテープ１１ｍｇ	
	622963200	フェンタニル１１ｍｇ貼付剤	
	621988502	フェントステープ１ｍｇ	
	622643101	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ１ｍｇ「第一三共」	
	622696801	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ１ｍｇ「テイコク」	
	621988602	フェントステープ２ｍｇ	
	622643201	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ２ｍｇ「第一三共」	
	622696901	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ２ｍｇ「テイコク」	
	621988702	フェントステープ４ｍｇ	
	622643301	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ４ｍｇ「第一三共」	
	622697001	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ４ｍｇ「テイコク」	
	621988802	フェントステープ６ｍｇ	
	622643401	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ６ｍｇ「第一三共」	
	622697101	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ６ｍｇ「テイコク」	
	621988902	フェントステープ８ｍｇ	
	622643501	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ８ｍｇ「第一三共」	
	622697201	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ８ｍｇ「テイコク」	
	622645901	フェントステープ０．５ｍｇ	
	622856201	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ０．５ｍｇ「テイコク」	
	622842601	モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包１０ｍｇ「フジモト」	
Ａ　６　専門的な治療・処置（⑤ 放射線治療）	180008810	体外照射（エックス線表在治療）（１回目）	
	180019410	体外照射（エックス線表在治療）（２回目）	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	180762610	体外照射（高エネルギー放射線治療）（全乳房照射）	
	180762810	体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（１回目）１門	
	180762910	体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（２回目）１門	
	180763210	体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（１回目）２門以上	
	180763110	体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（１回目）運動照射	
	180763010	体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（１回目）原体照射	
	180763510	体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（２回目）２門以上	
	180763310	体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（２回目）運動照射	
	180763410	体外照射（高エネルギー放射線治療）（その他）（２回目）原体照射	
	180762710	体外照射（高エネルギー放射線治療）（全乳房照射）（寡分割照射）	
	180763610	体外照射（ＩＭＲＴ）（前立腺照射）	
	180763810	体外照射（ＩＭＲＴ）（その他）	
	180763710	体外照射（ＩＭＲＴ）（前立腺照射）（寡分割照射）	
	180763910	施設基準不適合減算（高エネルギー放射線治療）（１００分の６０）	
	180764010	体外照射（高エネルギー放射線治療）（治療を中止等）（７回目まで）	
	180764110	体外照射（高エネルギー放射線治療）（治療を中止等）（８回目以降）	
	180764210	体外照射（ＩＭＲＴ）（治療を中止等）（９回目まで）	
	180764310	体外照射（ＩＭＲＴ）（治療を中止等）（１０回目以降）	
	180009270	術中照射療法加算	
	180016970	体外照射用固定器具加算（体外照射）	
	180054870	画像誘導放射線治療加算（腫瘍の位置情報）	
	180054770	画像誘導放射線治療加算（骨構造の位置情報）	
	180054670	画像誘導放射線治療加算（体表面の位置情報）	
	180764410	画像誘導放射線治療加算（高エネルギー放射線治療）全乳房照射	
	180764510	画像誘導放射線治療加算（ＩＭＲＴ）（前立腺照射）	
	180035270	体外照射呼吸性移動対策加算	
	180764610	体外照射呼吸性移動対策加算（高エネルギー放射線治療）全乳房照射	
	180018910	ガンマナイフによる定位放射線治療	
	180019710	直線加速器による放射線治療（定位放射線治療）	
	180035310	直線加速器による放射線治療（１以外）	
	180026750	直線加速器による放射線治療（定位放射線治療・体幹部に対する）	
	180035470	定位放射線治療呼吸性移動対策加算（動体追尾法）	
	180035570	定位放射線治療呼吸性移動対策加算（その他）	
	180055110	粒子線治療（希少な疾病）（陽子線治療）	
	180055010	粒子線治療（希少な疾病）（重粒子線治療）	
	180055310	粒子線治療（１以外の特定の疾病）（陽子線治療）	
	180055210	粒子線治療（１以外の特定の疾病）（重粒子線治療）	
	180046970	粒子線治療適応判定加算	
	180047070	粒子線治療医学管理加算	
	180012710	全身照射	
	180009410	密封小線源治療（外部照射）	
	180017010	密封小線源治療（腔内照射）（高線量率イリジウム照射）	
	180032110	密封小線源治療（腔内照射）（新型コバルト小線源治療装置）	
	180009510	密封小線源治療（腔内照射）（その他）	
	180027110	密封小線源治療（組織内照射）（前立腺癌に対する永久挿入療法）	
	180018610	密封小線源治療（組織内照射）（高線量率イリジウム照射）	
	180032310	密封小線源治療（組織内照射）（新型コバルト小線源治療装置）	
	180009610	密封小線源治療（組織内照射）（その他）	
	180009710	密封小線源治療（放射性粒子照射）	
	180027270	線源使用加算（密封小線源治療）（前立腺癌に対する永久挿入療法）	
	180018770	食道用アプリケーター加算（密封小線源治療）	
	180018870	気管、気管支用アプリケーター加算（密封小線源治療）	
	180047170	画像誘導密封小線源治療加算	
Ａ　６　専門的な治療・処置（⑥　免疫抑制剤の管理（注射剤のみ））	620007335	ソル・コーテフ注射用１００ｍｇ	
	620007332	ソル・コーテフ静注用２５０ｍｇ	
	620007333	ソル・コーテフ静注用５００ｍｇ	
	620004661	ケナコルト－Ａ皮内用関節腔内用水懸注５０ｍｇ／５ｍＬ	
	620004660	ケナコルト－Ａ筋注用関節腔内用水懸注４０ｍｇ／１ｍＬ	
	620002613	リンデロン注２ｍｇ（０．４％）	
	620003829	リノロサール注射液２ｍｇ（０．４％）	
	620002614	リンデロン注４ｍｇ（０．４％）	
	620003830	リノロサール注射液４ｍｇ（０．４％）	
	620002615	リンデロン注２０ｍｇ（０．４％）	
	620003831	リノロサール注射液２０ｍｇ（０．４％）	
	620002616	リンデロン注２０ｍｇ（２％）	
	620002617	リンデロン注１００ｍｇ（２％）	
	620525001	デカドロン注射液１．６５ｍｇ	
	620525101	デキサート注射液１．６５ｍｇ	
	620525201	オルガドロン注射液１．９ｍｇ	
	620525301	デカドロン注射液３．３ｍｇ	
	620525401	デキサート注射液３．３ｍｇ	
	620525801	オルガドロン注射液３．８ｍｇ	
	620525601	デカドロン注射液６．６ｍｇ	
	620525701	デキサート注射液６．６ｍｇ	
	620525901	オルガドロン注射液１９ｍｇ	
	620003832	リメタゾン静注２．５ｍｇ	
	642450087	リンデロン懸濁注	
	620007356	ソル・メドロール静注用４０ｍｇ	
	620007357	ソル・メドロール静注用１２５ｍｇ	
	620007358	ソル・メドロール静注用５００ｍｇ	
	620007359	ソル・メドロール静注用１０００ｍｇ	
	620007381	デポ・メドロール水懸注２０ｍｇ	
	620007382	デポ・メドロール水懸注４０ｍｇ	
	642450115	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム	
	642450169	水溶性プレドニン１０ｍｇ	
	642450116	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム	
	642450170	水溶性プレドニン２０ｍｇ	
	642450117	注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム	
	642450171	水溶性プレドニン５０ｍｇ	
	620894001	サンディミュン点滴静注用２５０ｍｇ	
	643990141	プログラフ注射液５ｍｇ	
	622047401	プログラフ注射液２ｍｇ	
	620008850	スパニジン点滴静注用１００ｍｇ	
	620009011	ステロネマ注腸３ｍｇ	
	620009010	ステロネマ注腸１．５ｍｇ	
	622944201	アトガム点滴静注液250mg	
	629919601	ウィフガート点滴静注４００ｍｇ	
	629924801	リスティーゴ皮下注２８０ｍｇ	
	629927801	ヒフデュラ配合皮下注　５．６ｍＬ	
	622949301	ジルビスク皮下注１６．６ｍｇシリンジ	
	622949401	ジルビスク皮下注２３．０ｍｇシリンジ	
	622949501	ジルビスク皮下注３２．４ｍｇシリンジ	
	629931901	リスティーゴ皮下注４２０ｍｇ	
	629937201	アイマービー点滴静注３００ｍｇ	
	629937101	アイマービー点滴静注１２００ｍｇ	
	621459501	シムレクト静注用２０ｍｇ	
	621882501	シムレクト小児用静注用１０ｍｇ	
Ａ　６　専門的な治療・処置（⑦　昇圧剤の使用（注射剤のみ））	620008805	エホチール注１０ｍｇ	
	620002175	イノバン注１００ｍｇ	
	620244718	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ＮＰ」	
	620244701	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「イセイ」	
	620244707	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ＫＣＣ」	
	620244702	ドパミン塩酸塩点滴静注１００ｍｇ「ツルハラ」	
	620245102	ツルドパミ点滴静注２００ｍｇ	
	620003194	イノバン注０．１％シリンジ	
	620003195	イノバン注０．３％シリンジ	
	620004105	イノバン注０．６％シリンジ	
	621644502	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇキット「ＫＣＣ」	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	620246106	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇキット「ＶＴＲＳ」	
	621644602	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇキット「ＫＣＣ」	
	620246405	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇキット「ＶＴＲＳ」	
	620244734	ドパミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ＮＩＧ」	
	620244736	ドパミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「ＶＴＲＳ」	
	621399014	ドパミン塩酸塩点滴静注液５０ｍｇ「ＮＩＧ」	
	622060503	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇ「ＮＩＧ」	
	620246306	ドパミン塩酸塩点滴静注液２００ｍｇバッグ「ＮＩＧ」	
	620246606	ドパミン塩酸塩点滴静注液６００ｍｇバッグ「ＮＩＧ」	
	642110084	ドブトレックス注射液１００ｍｇ	
	620005187	ドブタミン点滴静注１００ｍｇ「アイロム」	
	622749700	ドブタミン塩酸塩１００ｍｇ注射液	
	621365314	ドブタミン塩酸塩点滴静注液１００ｍｇ「サワイ」	
	621365316	ドブタミン点滴静注液１００ｍｇ「Ｆ」	
	621365323	ドブタミン点滴静注液１００ｍｇ「ＶＴＲＳ」	
	620247905	ドブタミン点滴静注液２００ｍｇキット「ＶＴＲＳ」	
	620248005	ドブタミン点滴静注液６００ｍｇキット「ＶＴＲＳ」	
	620005188	ドブトレックスキット点滴静注用２００ｍｇ	
	620005189	ドブトレックスキット点滴静注用６００ｍｇ	
	621512001	ドブタミン持続静注５０ｍｇシリンジ「ＫＫＣ」	
	622984400	ドブタミン塩酸塩０．１％５０ｍＬキット	
	621512002	ドブタミン持続静注５０ｍｇシリンジ「テルモ」	
	621512101	ドブタミン持続静注１５０ｍｇシリンジ「ＫＫＣ」	
	622984500	ドブタミン塩酸塩０．３％５０ｍＬキット	
	621512102	ドブタミン持続静注１５０ｍｇシリンジ「テルモ」	
	621757901	ドブタミン持続静注３００ｍｇシリンジ「ＫＫＣ」	
	622984600	ドブタミン塩酸塩０．６％５０ｍＬキット	
	621757902	ドブタミン持続静注３００ｍｇシリンジ「テルモ」	
	620002593	ネオシネジンコーワ注１ｍｇ	
	620002594	ネオシネジンコーワ注５ｍｇ	
	642450005	アドレナリン注射液	
	620517902	ボスミン注１ｍｇ	
	642450071	ノルアドレナリン注射液	
	620008384	ノルアドリナリン注１ｍｇ	
	621371901	アドレナリン注０．１％シリンジ「テルモ」	
	628704702	エピペン注射液０．１５ｍｇ	
	628704802	エピペン注射液０．３ｍｇ	
Ａ　６　専門的な治療・処置（⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ））	641210020	リドカイン注射液	
	641210093	キシロカイン注射液０．５％	
	641210094	リドカイン注「ＮＭ」０．５％	
	641210021	リドカイン注射液	
	641210096	キシロカイン０．５％筋注用溶解液	
	641210022	リドカイン注射液	
	641210099	キシロカイン注射液１％	
	641210100	リドカイン注「ＮＭ」１％	
	641210023	リドカイン注射液	
	641210102	キシロカイン注射液２％	
	641210103	リドカイン注「ＮＭ」２％	
	641210024	リドカイン注射液	
	641210105	静注用キシロカイン２％	
	620166503	リドカイン静注液２％「タカタ」	
	641210025	リドカイン注射液	
	621670602	リドカイン点滴静注液１％「タカタ」	
	642120014	プロカインアミド塩酸塩注射液	
	620008355	アミサリン注１００ｍｇ	
	642120015	プロカインアミド塩酸塩注射液	
	620008356	アミサリン注２００ｍｇ	
	642120006	インデラル注射液２ｍｇ	
	621494801	オノアクト点滴静注用５０ｍｇ	
	622953001	ランジオロール塩酸塩点滴静注用５０ｍｇ「Ｆ」	
	622953101	ランジオロール塩酸塩点滴静注用１５０ｍｇ「Ｆ」	
	622094701	コアベータ静注用１２．５ｍｇ	
	622422801	オノアクト点滴静注用１５０ｍｇ	
	640462042	ブレビブロック注１００ｍｇ	
	620004782	リスモダンＰ静注５０ｍｇ	
	620005243	ワソラン静注５ｍｇ	
	621555003	ベラパミル塩酸塩静注５ｍｇ「ＮＩＧ」	
	622750600	ベラパミル塩酸塩０．２５％２ｍＬ注射液	
	620008940	メキシチール点滴静注１２５ｍｇ	
	620262301	シベノール静注７０ｍｇ	
	620007361	タンボコール静注５０ｍｇ	
	620002584	シンビット静注用５０ｍｇ	
	640443003	サンリズム注射液５０	
	620002610	リドカイン静注用２％シリンジ「テルモ」	
	620004876	アンカロン注１５０	
	622609302	アミオダロン塩酸塩静注１５０ｍｇ「ＴＥ」	
	640407031	ヘルベッサー注射用２５０	
	620333401	ジルチアゼム塩酸塩注射用２５０ｍｇ「サワイ」	
	622752600	ジルチアゼム塩酸塩２５０ｍｇ注射用	
	621958501	ヘルベッサー注射用１０	
	620333501	ジルチアゼム塩酸塩注射用１０ｍｇ「サワイ」	
	622752700	ジルチアゼム塩酸塩１０ｍｇ注射用	
	621958601	ヘルベッサー注射用５０	
	620333601	ジルチアゼム塩酸塩注射用５０ｍｇ「サワイ」	
	622752800	ジルチアゼム塩酸塩５０ｍｇ注射用	
Ａ　６　専門的な治療・処置（⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用）	621406001	アルガトロバン注射液１０ｍｇ「サワイ」	
	621405904	アルガトロバン注射液１０ｍｇ「ＳＮ」	
	622944501	アルガトロバンＨＩ注１０ｍｇ／２ｍＬ「フソー」	
	620002948	スロンノンＨＩ注１０ｍｇ／２ｍＬ	
	620002974	ノバスタンＨＩ注１０ｍｇ／２ｍＬ	
	620002252	チトラミン液「フソー」－４％	
	620812203	ヘパリンＣａ皮下注２万単位／０．８ｍＬ「サワイ」	
	621824702	ヘパリンカルシウム注１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」	
	621824802	ヘパリンＣａ注射液２万単位／２０ｍＬ「サワイ」	
	621825002	ヘパリンカルシウム注５万単位／５０ｍＬ「ＡＹ」	
	621824902	ヘパリンＣａ注射液５万単位／５０ｍＬ「サワイ」	
	621825102	ヘパリンＣａ注射液１０万単位／１００ｍＬ「サワイ」	
	622458001	ヘパリンＣａ皮下注１万単位／０．４ｍＬ「サワイ」	
	621933401	ヘパリンカルシウム皮下注５千単位／０．２ｍＬシリンジ「モチダ」	
	643330011	ヘパリンナトリウム注射液	
	620812504	ヘパリンナトリウム注Ｎ５千単位／５ｍＬ「ＡＹ」	
	620006725	ヘパリンナトリウム注射液	
	621825302	ヘパリンＮａ注５千単位／５ｍＬ「モチダ」	
	622973301	ヘパリンナトリウム注５千単位／５ｍＬ「ＡＹ」	
	620006728	ヘパリンナトリウム注射液	
	621825802	ヘパリンナトリウム注１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」	
	621825602	ヘパリンナトリウム注Ｎ１万単位／１０ｍＬ「ＡＹ」	
	621825704	ヘパリンナトリウム注１万単位／１０ｍＬ「ニプロ」	
	621825502	ヘパリンＮａ注１万単位／１０ｍＬ「モチダ」	
	620006734	ヘパリンナトリウム注射液	
	621826102	ヘパリンナトリウム注５万単位／５０ｍＬ「ＡＹ」	
	621826004	ヘパリンナトリウム注５万単位／５０ｍＬ「ニプロ」	
	620006739	ヘパリンナトリウム注射液	
	621826402	ヘパリンナトリウム注１０万単位／１００ｍＬ「ＡＹ」	
	620006312	ヘパリンＮａ透析用２５０単位／ｍＬ「フソー」２０ｍＬ　５千Ｕ	
	621832801	ヘパリンＮａ透析用２５０Ｕ／ｍＬ「ＮＳ」２０ｍＬ　５千Ｕ	
	621701902	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「日新」	
	622757800	ダルテパリンナトリウム５，０００低分子ヘパリン国際単位注射液	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	622757900	ダルテパリンナトリウム５，０００低分子ヘパリン国際単位注射液	
	620812701	フラグミン静注５０００単位／５ｍＬ	
	621702702	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「サワイ」	
	621673102	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／５ｍＬ「ＡＦＰ」	
	621994801	ダルテパリンＮａ静注２５００単位／１０ｍＬシリンジ「ニプロ」	
	621994901	ダルテパリンＮａ静注３０００単位／１２ｍＬシリンジ「ニプロ」	
	621995001	ダルテパリンＮａ静注４０００単位／１６ｍＬシリンジ「ニプロ」	
	621995101	ダルテパリンＮａ静注５０００単位／２０ｍＬシリンジ「ニプロ」	
	620006789	リコモジュリン点滴静注用１２８００	
	620006203	ウロナーゼ静注用６万単位	
	620006202	ウロナーゼ冠動注用１２万単位	
	620006267	デフィブラーゼ点滴静注液１０単位	
	643950056	アクチバシン注６００万	
	643950059	グルトパ注６００万	
	643950057	アクチバシン注１２００万	
	643950060	グルトパ注１２００万	
	643950058	アクチバシン注２４００万	
	643950061	グルトパ注２４００万	
	620007270	クリアクター静注用４０万	
	620007271	クリアクター静注用８０万	
	621645001	オザグレルＮａ静注液２０ｍｇ「日医工」	
	621645201	オザグレルＮａ静注液８０ｍｇ「日医工」	
	621536201	オザグレルＮａ点滴静注液２０ｍｇ「ケミファ」	
	621536902	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「ＩＰ」	
	622759200	オザグレルナトリウム２０ｍｇ１ｍＬ注射液	
	621696901	オザグレルＮａ点滴静注液２０ｍｇ「トーワ」	
	620002915	オザグレルナトリウム点滴静注液８０ｍｇ「ＪＤ」	
	621754402	オザグレルＮａ点滴静注液８０ｍｇ「ケミファ」	
	621537002	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「ＩＰ」	
	621697101	オザグレルＮａ点滴静注液８０ｍｇ「トーワ」	
	620002914	オザグレルナトリウム点滴静注液４０ｍｇ「ＪＤ」	
	621536301	オザグレルＮａ点滴静注液４０ｍｇ「ケミファ」	
	621645402	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「ＩＰ」	
	621697001	オザグレルＮａ点滴静注液４０ｍｇ「トーワ」	
	622694000	オザグレルナトリウム４０ｍｇ２ｍＬ注射液	
	621645101	オザグレルＮａ静注液４０ｍｇ「日医工」	
	622759500	オザグレルナトリウム４０ｍｇ４ｍＬ注射液	
	621484101	オザグレルＮａ注射用２０ｍｇ「ＳＷ」	
	622759600	オザグレルナトリウム２０ｍｇ注射用	
	621484501	オザグレルＮａ注射用４０ｍｇ「ＳＷ」	
	622759700	オザグレルナトリウム４０ｍｇ注射用	
	620008180	オザグレルＮａ注射液８０ｍｇシリンジ「サワイ」	
	621645502	オザグレルＮａ注８０ｍｇシリンジ「ＩＰ」	
	622093801	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇバッグ「タカタ」	
	622263401	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇバッグ「テルモ」	
	620008178	オザグレルＮａ注射液２０ｍｇシリンジ「サワイ」	
	620008179	オザグレルＮａ注射液４０ｍｇシリンジ「サワイ」	
	622462201	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ／１００ｍＬバッグ「ＩＰ」	
	621643701	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇ「タカタ」	
	621519105	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇシリンジ「ＮＩＧ」	
	621519205	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇシリンジ「ＮＩＧ」	
	621519305	オザグレルＮａ点滴静注８０ｍｇシリンジ「ＮＩＧ」	
	620002926	カタクロット注射液４０ｍｇ	
	621808401	オザグレルＮａ点滴静注２０ｍｇ「タカタ」	
	622759900	オザグレルナトリウム２０ｍｇ１ｍＬ注射液	
	621808501	オザグレルＮａ点滴静注４０ｍｇ「タカタ」	
	622760000	オザグレルナトリウム４０ｍｇ２ｍＬ注射液	
	622873901	オザグレルＮａ注８０ｍｇシリンジ「トーワ」	
Ａ　6　専門的な治療・処置（⑩ ドレナージの管理）	140032310	ドレーン法（ドレナージ）（持続的吸引）	
	140032410	ドレーン法（ドレナージ）（その他）	
	140051810	局所陰圧閉鎖処置（入院）（１００ｃｍ２未満）	
	140051910	局所陰圧閉鎖処置（入院）（１００ｃｍ２以上）	
	140052010	局所陰圧閉鎖処置（入院）（２００ｃｍ２以上）	
	140052170	初回加算（局所陰圧閉鎖処置）（入院）（１００ｃｍ２未満）	
	140052270	初回加算（局所陰圧閉鎖処置）（入院）（１００ｃｍ２以上）	
	140052370	初回加算（局所陰圧閉鎖処置）（入院）（２００ｃｍ２以上）	
	140004110	持続的胸腔ドレナージ	
	140004310	胃持続ドレナージ	
	140004510	持続的腹腔ドレナージ	
	140052710	持続的難治性下痢便ドレナージ	
	140007010	イレウス用ロングチューブ挿入法	
Ａ　6　専門的な治療・処置（⑪ 無菌治療室での治療）	190106570	無菌治療室管理加算１	
	190146510	無菌治療室管理加算２	
Ａ　7　緊急に入院を必要とする状態	190171910	救急医療管理加算１	
	190172010	救急医療管理加算２	
	190831970	救急医療管理加算２（その他の重症な状態が一定割合以上）	
	113710670	時間外救急搬送加算（ハ）	
	113710770	時間外救急搬送加算（ロ）	
	113710570	時間外救急搬送加算（イ）	
Ｃ　15 開頭手術（11日間）	150067010	頭蓋開溝術	
	150067210	試験開頭術	
	150335610	減圧開頭術（キアリ奇形、脊髄空洞症）	
	150067410	減圧開頭術（その他）	
	150397510	後頭蓋窩減圧術	
	150067510	脳膿瘍排膿術	
	150291010	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	
	150067710	耳性頭蓋内合併症手術	
	150067850	耳科的硬脳膜外膿瘍切開術	
	150068010	機能的定位脳手術（その他）（片側）	
	150314910	機能的定位脳手術（その他）（両側）	
	150481710	機能的定位脳手術（てんかん）	
	150291110	顕微鏡使用によるてんかん手術（焦点切除術）	
	150291210	顕微鏡使用によるてんかん手術（側頭葉切除術）	
	150291310	顕微鏡使用によるてんかん手術（脳梁離断術）	
	150068310	脳切截術（開頭）	
	150068410	延髄における脊髄視床路切截術	
	150068510	三叉神経節後線維切截術	
	150068610	視神経管開放術	
	150068710	顔面神経減圧手術（乳様突起経由）	
	150068850	顔面神経管開放術	
	150068910	脳神経手術（開頭）	
	150069050	頭蓋内微小血管減圧術	
	150069110	頭蓋骨腫瘍摘出術	
	150069210	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	
	150069410	頭蓋骨膜下血腫摘出術	
	150069510	頭蓋内血腫除去術（開頭）（硬膜外）	
	150069610	頭蓋内血腫除去術（開頭）（硬膜下）	
	150069710	頭蓋内血腫除去術（開頭）（脳内）	
	150069850	脳血管塞栓摘出術	
	150069950	脳血管血栓摘出術	
	150070010	脳内異物摘出術	
	150070110	脳膿瘍全摘術	
	150070210	頭蓋内腫瘤摘出術	
	150070310	脳切除術	
	150070510	頭蓋内腫瘍摘出術（松果体部腫瘍）	
	150284510	頭蓋内腫瘍摘出術（その他）	
	150372470	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	
	150370470	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150412010	脳動静脈奇形摘出術（単純）	
	150412110	脳動静脈奇形摘出術（複雑）	
	150071310	脳・脳膜脱手術	
	150243410	脳動脈瘤被包術（１箇所）	
	150243510	脳動脈瘤被包術（２箇所以上）	
	150243610	脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭）（１箇所）	
	150243710	脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭）（２箇所以上）	
	150243810	脳動脈瘤頸部クリッピング（１箇所）	
	150243910	脳動脈瘤頸部クリッピング（２箇所以上）	
	150344370	ローフローバイパス術併用加算	
	150397670	ハイフローバイパス術併用加算	
	150072010	髄液漏閉鎖術	
	150072210	頭蓋骨形成手術（硬膜形成を伴う）	
	150335810	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴う）	
	150412210	頭蓋内電極植込術（硬膜下電極）	
	150412310	頭蓋内電極植込術（脳深部電極）（７本未満の電極）	
	150412410	頭蓋内電極植込術（脳深部電極）（７本以上の電極）	
	150150310	動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）	
	150299250	脳新生血管造成術	
	150152510	血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）	
C 16 開胸手術（９日間）	150107210	気管異物除去術（開胸手術）	
	150109910	気管形成手術（管状気管、気管移植等）（開胸又は胸骨正中切開）	
	150123810	胸壁悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）	
	150123910	胸壁悪性腫瘍摘出術（その他）	
	150124150	胸骨悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）	
	150124250	胸骨悪性腫瘍摘出術（その他）	
	150124410	胸壁瘻手術	
	150124510	漏斗胸手術（胸骨挙上法）	
	150124610	漏斗胸手術（胸骨翻転法）	
	150124710	試験開胸術	
	150127350	試験的開胸開腹術	
	150125910	胸腔内（胸膜内）血腫除去術	
	150126610	膿胸胸膜、胸膜肼胝切除術（１肺葉に相当する範囲以内）	
	150126710	膿胸胸膜、胸膜肼胝切除術（１肺葉に相当する範囲を超える）	
	150316810	胸膜外肺剥皮術（１肺葉に相当する範囲以内）	
	150316910	胸膜外肺剥皮術（１肺葉に相当する範囲を超える）	
	150127210	膿胸腔有茎筋肉弁充填術	
	150357110	膿胸腔有茎大網充填術	
	150127510	胸郭形成手術（膿胸手術）（肋骨切除を主とする）	
	150127610	胸郭形成手術（膿胸手術）（胸膜肼胝切除を併施する）	
	150127810	胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む）	
	150128210	乳糜胸手術	
	150260550	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	
	150128310	縦隔腫瘍、胸腺摘出術	
	150292710	縦隔切開術（経胸腔）	
	150294710	縦隔切開術（経腹）	
	150374110	拡大胸腺摘出術	
	150128510	縦隔郭清術	
	150128610	縦隔悪性腫瘍手術（単純摘出）	
	150357410	縦隔悪性腫瘍手術（広汎摘出）	
	150129010	肺膿瘍切開排膿術	
	150129310	気管支異物除去術（開胸手術）	
	150374410	気管支瘻孔閉鎖術	
	150129710	肺切除術（楔状部分切除）	
	150129810	肺切除術（区域切除（１肺葉に満たない））	
	150129910	肺切除術（肺葉切除）	
	150130010	肺切除術（複合切除（１肺葉を超える））	
	150130110	肺切除術（１側肺全摘）	
	150317110	肺切除術（気管支形成を伴う肺切除）	
	150357810	肺悪性腫瘍手術（部分切除）	
	150357910	肺悪性腫瘍手術（区域切除）	
	150358010	肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超える）	
	150358110	肺悪性腫瘍手術（肺全摘）	
	150358210	肺悪性腫瘍手術（隣接臓器合併切除を伴う肺切除）	
	150358310	肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）	
	150358410	肺悪性腫瘍手術（気管分岐部切除を伴う肺切除）	
	150358510	肺悪性腫瘍手術（気管分岐部再建を伴う肺切除）	
	150374510	肺悪性腫瘍手術（胸膜肺全摘）	
	150386610	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除、横隔膜心膜合併切除を伴う）	
	150317510	同種死体肺移植術	
	150336510	移植用部分肺採取術（生体）	
	150336610	生体部分肺移植術	
	150336710	生体部分肺移植術（提供者の療養上の費用）加算	
	150399270	両側肺移植加算（生体部分肺移植術）	
	150131210	肺剥皮術	
	150131310	気管支瘻閉鎖術	
	150131610	肺縫縮術	
	150287750	肺縫縮術（肺気腫に対する正中切開）（楔状部分切除）	
	150131710	気管支形成手術（楔状切除術）	
	150131810	気管支形成手術（輪状切除術）	
	150253410	先天性気管狭窄症手術	
	150132210	食道縫合術（穿孔、損傷）（開胸手術）	
	150132410	食道周囲膿瘍切開誘導術（開胸手術）	
	150132510	食道周囲膿瘍切開誘導術（胸骨切開）	
	150132610	食道周囲膿瘍切開誘導術（その他（頸部手術を含む））	
	150346310	食道空置バイパス作成術	
	150133110	食道異物摘出術（開胸手術）	
	150133710	食道憩室切除術（開胸）	
	150133810	食道切除再建術（頸部、胸部、腹部の操作）	
	150133910	食道切除再建術（胸部、腹部の操作）	
	150253610	食道腫瘍摘出術（開胸又は開腹手術）	
	150134110	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみ）（頸部食道）	
	150134210	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみ）（胸部食道）	
	150414710	食道切除術（単に切除のみ）	
	150135010	先天性食道閉鎖症根治手術	
	150359010	先天性食道狭窄症根治手術	
	150135110	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（頸部、胸部、腹部の操作）	
	150135210	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（胸部、腹部の操作）	
	150428110	再建胃管悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作によるもの）	
	150136610	横隔膜縫合術（経胸）	
	150136810	横隔膜縫合術（経胸及び経腹）	
	150136950	横隔膜レラクサチオ手術（経胸）	
	150137150	横隔膜レラクサチオ手術（経胸及び経腹）	
	150137210	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸）	
	150137410	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）	
	150137910	食道裂孔ヘルニア手術（経胸）	
	150138110	食道裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）	
	150138210	心膜縫合術	
	150138310	心筋縫合止血術（外傷性）	
	150138410	心膜切開術	
	150138510	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	
	150138710	収縮性心膜炎手術	
	150140510	試験開心術	
	150140610	心腔内異物除去術	
	150140710	心房内血栓除去術	
	150448310	心腫瘍摘出術（単独）（胸腔鏡下）	
	150448510	心腫瘍摘出術（単独）（その他）	
	150484710	心腫瘍摘出術（単独）（胸腔鏡下）（手術用支援機器使用）	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150448410	心腔内粘液腫摘出術（単独）（胸腔鏡下）	
	150493110	心腔内粘液腫摘出術（単独のもの）（胸腔鏡下によるもの）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）	
	150317810	心腫瘍摘出術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）	
	150318110	心腔内粘液腫摘出術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）	
	150317910	心腫瘍摘出術（冠動脈血行再建術（２吻合以上））	
	150318210	心腔内粘液腫摘出術（冠動脈血行再建術（２吻合以上））	
	150140010	開胸心臓マッサージ	
	150145710	冠動脈形成術（血栓内膜摘除）（１箇所）	
	150145810	冠動脈形成術（血栓内膜摘除）（２箇所以上）	
	150145910	冠動脈、大動脈バイパス移植術（１吻合）	
	150146010	冠動脈、大動脈バイパス移植術（２又は３吻合）	
	150484810	冠動脈、大動脈バイパス移植術（４吻合以上）	
	150302770	冠動脈形成術（血栓内膜摘除）併施加算	
	150318410	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（１吻合）	
	150318510	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（２又は３吻合）	
	150484910	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（４吻合以上）	
	150143010	心室瘤切除術（単独）	
	150143110	心室瘤切除術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）	
	150318610	心室瘤切除術（冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴う）	
	150318710	左室形成術（単独）	
	150319010	心室中隔穿孔閉鎖術（単独）	
	150319310	左室自由壁破裂修復術（単独）	
	150318810	左室形成術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）	
	150319110	心室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）	
	150319410	左室自由壁破裂修復術（冠動脈血行再建術（１吻合）を伴う）	
	150318910	左室形成術（冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴う）	
	150319210	心室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴う）	
	150319510	左室自由壁破裂修復術（冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴う）	
	150141010	弁形成術（１弁）	
	150279510	弁形成術（２弁）	
	150279610	弁形成術（３弁）	
	150141410	弁置換術（１弁）	
	150141610	弁置換術（２弁）	
	150141710	弁置換術（３弁）	
	150485010	弁置換術（大動脈弁、僧帽弁及び中心線維体の再建を含む）	
	150359470	心臓弁再置換術加算（弁置換術）	
	150387210	経カテーテル弁置換術（経心尖大動脈弁置換術）	
	150143610	大動脈弁狭窄直視下切開術	
	150143710	大動脈弁上狭窄手術	
	150143810	大動脈弁下狭窄切除術（線維性、筋肥厚性を含む）	
	150141510	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	
	150375570	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（１弁）	
	150375670	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（２弁）	
	150375770	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（３弁）	
	150319610	ＤＫＳ吻合を伴う大動脈狭窄症手術	
	150292910	ロス手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）	
	150139310	閉鎖式僧帽弁交連切開術	
	150244910	大動脈瘤切除術（上行）（弁置換術又は形成術）	
	150359510	大動脈瘤切除術（上行）（人工弁置換を伴う基部置換術）	
	150359610	大動脈瘤切除術（上行）（自己弁温存型基部置換術）	
	150245010	大動脈瘤切除術（上行）（その他）	
	150150010	大動脈瘤切除術（弓部）	
	150359710	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（弁置換術又は形成術）	
	150359810	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（人工弁置換を伴う基部置換術）	
	150359910	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（自己弁温存型基部置換術）	
	150275910	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（その他）	
	150150110	大動脈瘤切除術（下行）	
	150264810	大動脈瘤切除術（胸腹部大動脈）	
	150375870	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術）（１弁）	
	150375970	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術）（２弁）	
	150376070	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術）（３弁）	
	150485370	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術）（大動脈弁等の再建を含む）	
	150381550	オープン型ステントグラフト内挿術（弓部）	
	150381650	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁置換・形成）	
	150381750	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁・基部置換）	
	150381850	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁温存置換術）	
	150381950	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、その他）	
	150382050	オープン型ステントグラフト内挿術（下行）	
	150151810	動脈管開存症手術（動脈管開存閉鎖術（直視下））	
	150139110	肺動脈絞扼術	
	150319810	血管輪又は重複大動脈弓離断手術	
	150319910	巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術）	
	150138810	体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォータースストン手術）	
	150151910	大動脈縮窄（離断）症手術（単独）	
	150320010	大動脈縮窄（離断）症手術（心室中隔欠損症手術を伴う）	
	150320110	大動脈縮窄（離断）症手術（複雑心奇形手術を伴う）	
	150144110	大動脈肺動脈中隔欠損症手術（単独）	
	150320210	大動脈肺動脈中隔欠損症手術（心内奇形手術を伴う）	
	150320310	三尖弁手術（エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術）	
	150139410	肺動脈狭窄症手術（肺動脈弁切開術（単独））	
	150320410	純型肺動脈弁閉鎖症手術（肺動脈弁切開術（単独））	
	150142910	肺動脈狭窄症手術（右室流出路形成又は肺動脈形成を伴う）	
	150320510	純型肺動脈弁閉鎖症手術（右室流出路形成又は肺動脈形成を伴う）	
	150145110	肺静脈還流異常症手術（部分肺静脈還流異常）	
	150376210	肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（心臓型）	
	150376310	肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（その他）	
	150144910	肺静脈形成術	
	150142410	心房中隔欠損作成術（心房中隔欠損作成術）	
	150141810	心房中隔欠損閉鎖術（単独）	
	150141910	心房中隔欠損閉鎖術（肺動脈弁狭窄を合併する）	
	150142050	三心房心手術	
	150142110	心室中隔欠損閉鎖術（単独）	
	150142210	心室中隔欠損閉鎖術（肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴う）	
	150142310	心室中隔欠損閉鎖術（大動脈弁形成を伴う）	
	150142810	心室中隔欠損閉鎖術（右室流出路形成を伴う）	
	150144010	バルサルバ洞動脈瘤手術（単独）	
	150320710	バルサルバ洞動脈瘤手術（大動脈閉鎖不全症手術を伴う）	
	150144550	右室二腔症手術	
	150147410	不完全型房室中隔欠損症手術（心房中隔欠損パッチ閉鎖術（単独））	
	150147510	不完全型房室中隔欠損症手術（心房中隔欠損パッチ閉鎖及び弁形成術）	
	150320810	完全型房室中隔欠損症手術（心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術）	
	150320910	完全型房室中隔欠損症手術（ファロー四徴症手術を伴う）	
	150146510	ファロー四徴症手術（右室流出路形成術を伴う）	
	150146610	ファロー四徴症手術（末梢肺動脈形成術を伴う）	
	150321010	肺動脈閉鎖症手術（単独）	
	150321110	肺動脈閉鎖症手術（ラステリ手術を伴う）	
	150321210	肺動脈閉鎖症手術（巨大側副血管術を伴う）	
	150376470	人工血管等再置換術加算（肺動脈閉鎖症手術）	
	150146910	両大血管右室起始症手術（単独）	
	150146810	両大血管右室起始症手術（右室流出路形成を伴う）	
	150321310	両大血管右室起始症手術（タウシッヒ・ビング奇形手術）	
	150142510	大血管転位症手術（マスタード・セニング手術）	
	150145310	大血管転位症手術（ジャテーン手術）	
	150139510	大血管転位症手術（心室中隔欠損閉鎖術を伴う）	
	150147010	大血管転位症手術（ラステリ手術を伴う）	
	150376570	人工血管等再置換術加算（大血管転位症手術）	
	150321410	修正大血管転位症手術（心室中隔欠損パッチ閉鎖術）	
	150321510	修正大血管転位症手術（根治手術（ダブルスイッチ手術））	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150376670	人工血管等再置換術加算（修正大血管転位症手術）	
	150147310	総動脈幹症手術	
	150321810	単心室症手術（両方向性グレン手術）	
	150141310	三尖弁閉鎖症手術（両方向性グレン手術）	
	150321910	単心室症手術（フォンタン手術）	
	150321610	三尖弁閉鎖症手術（フォンタン手術）	
	150146710	単心室症手術（心室中隔造成術）	
	150321710	三尖弁閉鎖症手術（心室中隔造成術）	
	150376770	人工血管等再置換術加算（単心室症又は三尖弁閉鎖症手術）	
	150293010	左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）	
	150145510	冠動静脈瘻開胸的遮断術	
	150145410	冠動脈起始異常症手術	
	150322010	心室憩室切除術	
	150322110	心臓脱手術	
	150144310	肺動脈塞栓除去術	
	150346610	肺動脈血栓内膜摘除術	
	150144810	肺静脈血栓除去術	
	150253810	不整脈手術（副伝導路切断術）	
	150253910	不整脈手術（心室頻拍症手術）	
	150275610	不整脈手術（メイズ手術）	
	150415010	不整脈手術（左心耳閉鎖術）（開胸手術）	
	150400510	肺静脈隔離術	
	150147610	人工心肺（初日）	
	150428510	体外式膜型人工肺（初日）	
	150266110	補助人工心臓（初日）	
	150485710	植込型補助人工心臓（非拍動流型・設置・初日）	
	150322310	移植用心採取術	
	150322410	同種心移植術	
	150322510	移植用心肺採取術	
	150322610	同種心肺移植術	
	150387710	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	
	150148310	血管結紮術（開胸を伴う）	
	150149010	動脈塞栓除去術（開胸を伴う）	
	150150410	動脈形成術、吻合術（胸腔内動脈）（大動脈を除く）	
	150152210	血管移植術、バイパス移植術（大動脈）	
	150152310	血管移植術、バイパス移植術（胸腔内動脈）	
	150154610	胸管内頭静脈吻合術	
	150175810	肝膿瘍切開術（開胸）	
C 17 開腹手術（6日間）	150132310	食道縫合術（穿孔、損傷）（開腹手術）	
	150133210	食道異物摘出術（開腹手術）	
	150134010	食道切除再建術（腹部の操作）	
	150271050	胸壁外皮膚管形成吻合術（腹部操作）	
	150267550	胸壁外皮膚管形成吻合術（バイパスのみ作成）	
	150374610	非開胸食道抜去術（消化管再建手術を併施）	
	150135310	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（腹部の操作）	
	150328650	有茎腸管移植加算（食道悪性腫瘍手術）	
	150386970	血行再建加算（食道悪性腫瘍手術）	
	150135510	食道アカラシア形成手術	
	150135710	食道切除後２次的再建術（皮弁形成）	
	150135810	食道切除後２次的再建術（消化管利用）	
	150136110	食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする）	
	150136210	食道・胃静脈瘤手術（食道離断術を主とする）	
	150136350	食道静脈瘤手術（開腹）	
	150136710	横隔膜縫合術（経腹）	
	150137050	横隔膜レラクサチオ手術（経腹）	
	150137310	胸腹裂孔ヘルニア手術（経腹）	
	150137810	後胸骨ヘルニア手術	
	150138010	食道裂孔ヘルニア手術（経腹）	
	150245110	大動脈瘤切除術（腹部大動脈（分枝血管の再建））	
	150245210	大動脈瘤切除術（腹部大動脈（その他））	
	150148410	血管結紮術（開腹を伴う）	
	150148910	動脈塞栓除去術（開腹を伴う）	
	150150510	動脈形成術、吻合術（腹腔内動脈）（大動脈を除く）	
	150152410	血管移植術、バイパス移植術（腹腔内動脈）	
	150154210	静脈血栓摘出術（開腹を伴う）	
	150154810	静脈形成術、吻合術（腹腔内静脈）	
	150156910	リンパ節群郭清術（後腹膜）	
	150158010	腹壁瘻手術（腹腔に通ずる）	
	150158410	腹壁瘢痕ヘルニア手術	
	150158510	半月状線ヘルニア手術	
	150158810	臍ヘルニア手術	
	150158910	臍帯ヘルニア手術	
	150159010	鼠径ヘルニア手術	
	150159110	大腿ヘルニア手術	
	150159210	腰ヘルニア手術	
	150159310	閉鎖孔ヘルニア手術	
	150251110	坐骨ヘルニア手術	
	150251210	会陰ヘルニア手術	
	150159410	内ヘルニア手術	
	150160010	試験開腹術	
	150347410	ダメージコントロール手術	
	150160110	限局性腹腔膿瘍手術（横隔膜下膿瘍）	
	150160210	限局性腹腔膿瘍手術（ダグラス窩膿瘍）	
	150160310	限局性腹腔膿瘍手術（虫垂周囲膿瘍）	
	150160410	限局性腹腔膿瘍手術（その他）	
	150160610	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術	
	150160810	急性汎発性腹膜炎手術	
	150160950	結核性腹膜炎手術	
	150161110	腸間膜損傷手術（縫合、修復のみ）	
	150161310	腸間膜損傷手術（腸管切除を伴う）	
	150161410	大網切除術	
	150161510	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴わない）	
	150161610	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴う）	
	150162310	後腹膜悪性腫瘍手術	
	150162610	臍腸管瘻手術（腸管切除を伴わない）	
	150162710	臍腸管瘻手術（腸管切除を伴う）	
	150245310	骨盤内臓全摘術	
	150162910	胃血管結紮術（急性胃出血手術）	
	150163010	胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む）	
	150163110	胃切開術	
	150163710	胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）	
	150164110	胃捻転症手術	
	150164210	胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術（開腹）	
	150323210	胃局所切除術	
	150165210	胃切除術（単純切除術）	
	150168010	胃切除術（悪性腫瘍手術）	
	150347770	有茎腸管移植加算	
	150165650	十二指腸窓（内方）憩室摘出術	
	150337210	噴門側胃切除術（単純切除術）	
	150337310	噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）	
	150165910	胃縮小術	
	150166110	胃全摘術（単純全摘術）	
	150168110	胃全摘術（悪性腫瘍手術）	
	150429010	胃全摘術（悪性腫瘍手術）（空腸嚢作製術を伴うもの）	
	150170110	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（単独）	
	150170210	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（ドレナージを併施）	
	150170310	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（胃切除術を併施）	
	150170610	食道下部迷走神経選択的切除術（単独）	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150170710	食道下部迷走神経選択的切除術（ドレナージを併施）	
	150170810	食道下部迷走神経選択的切除術（胃切除術を併施）	
	150171210	胃冠状静脈結紮及び切除術	
	150171310	胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む）	
	150171510	十二指腸空腸吻合術	
	150171810	幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術を含む）	
	150171910	噴門形成術	
	150172010	胃横断術（静脈瘤手術）	
	150172110	胆管切開術	
	150172210	胆嚢切開結石摘出術	
	150296610	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む）（胆嚢摘出を含む）	
	150172310	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む）（胆嚢摘出を含まない）	
	150172410	胆嚢摘出術	
	150165850	胆嚢摘出術と十二指腸空腸吻合術併施	
	150173110	胆管形成手術（胆管切除術を含む）	
	150173210	総胆管拡張症手術	
	150306650	先天性胆管拡張症に対する手術（胃切除、総胆管切除等併施）	
	150169950	胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む））	
	150362210	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（亜区域切除以上））	
	150324010	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（葉以上）を伴う）	
	150324110	胆嚢悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除を伴う）	
	150324210	胆嚢悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）	
	150388410	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）	
	150417410	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び血行再建を伴う）	
	150429310	胆管悪性腫瘍手術（肝外胆道切除術によるもの）	
	150388510	胆管悪性腫瘍手術（その他）	
	150347810	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建あり）	
	150347910	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建なし）	
	150173710	胆嚢胃（腸）吻合術	
	150173910	総胆管胃（腸）吻合術	
	150174110	胆嚢外瘻造設術	
	150174210	胆管外瘻造設術（開腹）	
	150174810	先天性胆道閉鎖症手術	
	150175610	肝縫合術	
	150175710	肝膿瘍切開術（開腹）	
	150175910	肝嚢胞切開又は縫縮術	
	150176110	肝内結石摘出術（開腹）	
	150176210	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	
	150417610	肝切除術（部分切除）（単回切除）	
	150417710	肝切除術（部分切除）（複数回切除）	
	150362710	肝切除術（亜区域切除）	
	150362810	肝切除術（外側区域切除）	
	150362910	肝切除術（１区域切除（外側区域切除を除く））	
	150363010	肝切除術（２区域切除）	
	150363110	肝切除術（３区域切除以上）	
	150363210	肝切除術（２区域切除以上で血行再建）	
	150177210	肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術	
	150177310	肝内胆管外瘻造設術（開腹）	
	150436210	移植用部分肝採取術（生体）（その他のもの）	
	150284810	生体部分肝移植術	
	150284910	生体部分肝移植術（提供者の療養上の費用）加算	
	150324410	同種死体肝移植術	
	150348210	急性膵炎手術（感染性壊死部切除を伴う）	
	150277310	急性膵炎手術（その他）	
	150177810	膵結石手術（膵切開）	
	150177910	膵結石手術（経十二指腸乳頭）	
	150348310	膵中央切除術	
	150389110	膵腫瘍摘出術	
	150296810	膵破裂縫合術	
	150178110	膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除術）（脾同時切除）	
	150348410	膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除術）（脾温存）	
	150178210	膵体尾部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）	
	150277410	膵体尾部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）	
	150277510	膵体尾部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）	
	150178410	膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）	
	150296910	膵頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）	
	150297010	膵頭部腫瘍切除術（十二指腸温存膵頭切除術）	
	150297110	膵頭部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）	
	150297210	膵頭部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）	
	150178710	膵全摘術	
	150409950	膵嚢胞胃（腸）バイパス術（内視鏡）	
	150418910	膵嚢胞胃（腸）バイパス術（開腹）	
	150179110	膵管空腸吻合術	
	150179310	膵嚢胞外瘻造設術（開腹）	
	150179410	膵管外瘻造設術	
	150179550	膵管誘導手術	
	150179610	膵瘻閉鎖術	
	150324610	同種死体膵移植術	
	150324810	同種死体膵腎移植術	
	150179710	脾縫合術（部分切除を含む）	
	150179810	脾摘出術	
	150180010	破裂腸管縫合術	
	150180110	腸切開術	
	150180210	腸管癒着症手術	
	150180350	腸閉塞症手術（腸管癒着症手術）	
	150181110	腸重積症整復術（観血的）	
	150180550	腸閉塞症手術（腸重積症整復術）（観血的）	
	150297310	小腸切除術（複雑）	
	150299350	腸閉塞症手術（小腸切除術）（複雑）	
	150181210	小腸切除術（その他）	
	150180650	腸閉塞症手術（小腸切除術）（その他）	
	150401610	移植用部分小腸採取術（生体）	
	150401710	生体部分小腸移植術	
	150401810	生体部分小腸移植術（提供者の療養上の費用）加算	
	150181310	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む）	
	150181610	虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）	
	150337510	虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）	
	150181710	結腸切除術（小範囲切除）	
	150180750	腸閉塞症手術（結腸切除術）（小範囲切除）	
	150181810	結腸切除術（結腸半側切除）	
	150180850	腸閉塞症手術（結腸切除術）（結腸半側切除）	
	150181910	結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）	
	150180950	腸閉塞症手術（結腸切除術）（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）	
	150363810	全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術	
	150183110	結腸腫瘍摘出術（回盲部腫瘍摘出術を含む）	
	150297410	結腸憩室摘出術	
	150183510	結腸ポリープ切除術（開腹）	
	150184110	腸吻合術	
	150184310	腸瘻造設術	
	150184410	虫垂瘻造設術	
	150184510	人工肛門造設術	
	150184610	腹壁外腸管前置術	
	150184710	腸狭窄部切開縫合術	
	150184810	腸閉鎖症手術（腸管切除を伴わない）	
	150184910	腸閉鎖症手術（腸管切除を伴う）	
	150364110	多発性小腸閉鎖症手術	
	150185210	小腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴わない）	
	150185310	小腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴う）	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150185410	結腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴わない）	
	150185510	結腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴う）	
	150185610	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴わない）	
	150420310	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（直腸切除術後）	
	150420410	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（その他）	
	150185810	盲腸縫縮術	
	150185910	腸回転異常症手術	
	150186010	先天性巨大結腸症手術	
	150402310	腸管延長術	
	150186110	人工肛門形成術（開腹を伴う）	
	150186710	直腸異物除去術（開腹）	
	150187010	直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経腹及び経肛）	
	150187110	直腸切除・切断術（切除術）	
	150245410	直腸切除・切断術（低位前方切除術）	
	150297510	直腸切除・切断術（超低位前方切除術）	
	150420610	直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）	
	150187210	直腸切除・切断術（切断術）	
	150187510	直腸狭窄形成手術	
	150187710	直腸脱手術（直腸挙上固定）	
	150187910	直腸脱手術（腹会除（腸切除を含む））	
	150264010	肛門悪性腫瘍手術（直腸切断を伴うもの）	
	150191610	鎖肛手術（腹会除式）	
	150191710	鎖肛手術（腹仙骨式）	
	150192310	副腎摘出術（副腎部分切除術を含む）	
	150245510	副腎腫瘍摘出術（皮質腫瘍）	
	150245610	副腎腫瘍摘出術（髄質腫瘍（褐色細胞腫））	
	150192810	副腎悪性腫瘍手術	
	150193010	腎破裂縫合術	
	150193150	腎破裂手術	
	150193210	腎周囲膿瘍切開術	
	150193410	腎切半術	
	150193510	癒合腎離断術	
	150193610	腎被膜剥離術（除神経術を含む）	
	150193710	腎固定術	
	150193810	腎切石術	
	150194410	腎盂切石術	
	150194610	腎部分切除術	
	150197750	腎部分切除術（腎空洞切開術・腎盂尿管移行部形成術併施）	
	150194810	腎嚢胞切除縮小術	
	150195010	腎摘出術	
	150195210	腎（尿管）悪性腫瘍手術	
	150195910	腎（腎盂）皮膚瘻閉鎖術	
	150402910	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（その他）	
	150196110	腎盂形成手術	
	150196210	移植用腎採取術（生体）	
	150196310	同種死体腎移植術	
	150196570	移植臓器提供加算（同種死体腎移植術）	
	150338610	生体腎移植術	
	150196410	生体腎移植術（提供者の療養上の費用）加算	
	150196810	尿管切石術（上部及び中部）	
	150196910	尿管切石術（膀胱近接部）	
	150197110	残存尿管摘出術	
	150248950	尿管剥離術	
	150197210	尿管膀胱吻合術	
	150197310	尿管尿管吻合術	
	150197410	尿管腸吻合術	
	150197510	尿管腸膀胱吻合術	
	150197810	尿管皮膚瘻造設術	
	150197910	尿管皮膚瘻閉鎖術	
	150403210	尿管腸瘻閉鎖術（その他）	
	150198110	尿管腟瘻閉鎖術	
	150198310	尿管口形成手術	
	150198410	膀胱破裂閉鎖術	
	150198510	膀胱周囲膿瘍切開術	
	150198810	膀胱結石摘出術（膀胱高位切開術）	
	150199210	膀胱壁切除術	
	150199310	膀胱憩室切除術	
	150199510	膀胱単純摘除術（腸管利用の尿路変更を行う）	
	150199610	膀胱単純摘除術（その他）	
	150245810	膀胱腫瘍摘出術	
	150348910	膀胱脱手術（メッシュ使用）	
	150162150	膀胱後腫瘍摘出術（腸管切除を伴わない）	
	150162250	膀胱後腫瘍摘出術（腸管切除を伴う）	
	150200510	膀胱悪性腫瘍手術（切除）	
	150200610	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わない））	
	150245910	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管Ｓ状結腸吻合利用で尿路変更を行う））	
	150246010	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管利用で尿路変更を行う））	
	150246110	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱利用で尿路変更を行う））	
	150201010	尿膜管摘出術	
	150403910	膀胱皮膚瘻造設術	
	150404010	導尿路造設術	
	150201510	膀胱皮膚瘻閉鎖術	
	150201610	膀胱腟瘻閉鎖術	
	150404210	膀胱腸瘻閉鎖術（その他）	
	150201810	膀胱子宮瘻閉鎖術	
	150201950	膀胱尿管逆流手術	
	150202010	ポアリー氏手術	
	150202110	腸管利用膀胱拡大術	
	150264310	回腸（結腸）導管造設術	
	150349010	排泄腔外反症手術（外反膀胱閉鎖術）	
	150349110	排泄腔外反症手術（膀胱腸裂閉鎖術）	
	150246310	尿道悪性腫瘍摘出術（摘出）	
	150246510	尿道悪性腫瘍摘出術（尿路変更）	
	150365610	人工尿道括約筋植込・置換術	
	150208810	前立腺膿瘍切開術	
	150209010	前立腺被膜下摘出術	
	150209310	前立腺悪性腫瘍手術	
	150326910	腟断端挙上術（腟式、腹式）	
	150214910	子宮位置矯正術（開腹による位置矯正術）	
	150215010	子宮位置矯正術（癒着剥離矯正術）	
	150215410	子宮脱手術（腟壁形成手術及び子宮全摘術）（腟式、腹式）	
	150216910	子宮筋腫摘出（核出）術（腹式）	
	150217050	痕跡副角子宮手術（腹式）	
	150217410	子宮腟上部切断術	
	150217510	子宮全摘術	
	150409010	子宮全摘術（性同一性障害）	
	150217610	広靭帯内腫瘍摘出術	
	150217710	子宮悪性腫瘍手術	
	150218210	腹壁子宮瘻手術	
	150218310	重複子宮手術	
	150218410	双角子宮手術	
	150219010	奇形子宮形成手術（ストラスマン手術）	
	150219410	子宮附属器癒着剥離術（両側）（開腹）	
	150219710	卵巣部分切除術（腟式を含む）（開腹）	
	150219850	卵管結紮術（腟式を含む）（両側）（開腹）	
	150219650	卵管口切開術（開腹）	
	150220010	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）	
	150409410	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）（性同一性障害）	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150421910	子宮附属器腫瘍摘出術（両側、開腹、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）	
	150220150	卵管全摘除術（両側）（開腹）	
	150220250	卵管腫瘤全摘除術（両側）（開腹）	
	150220450	子宮卵管留血腫手術（両側）（開腹）	
	150220710	子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）	
	150220910	卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）	
	150222110	帝王切開術（緊急帝王切開）	
	150222210	帝王切開術（選択帝王切開）	
	150222810	子宮破裂手術（子宮全摘除を行う）	
	150222910	子宮破裂手術（子宮腟上部切断を行う）	
	150223010	子宮破裂手術（その他）	
	150223110	妊娠子宮摘出術（ポロー手術）	
	150223310	子宮内反症整復手術（腹式）（観血的）	
	150349310	性腺摘出術（開腹）	
C 18 骨の手術（10日間）	150019210	骨折観血的手術（大腿骨骨折観血的手術）	
	150019410	骨折観血的手術（下腿骨骨折観血的手術）	
	150019610	骨折観血的手術（膝蓋骨）	
	150458510	骨折観血的手術（足根骨骨折観血的手術）	
	150458610	骨折観血的手術（中足骨骨折観血的手術）	
	150352210	骨折観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（大腿骨）	
	150352410	骨折観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（下腿骨）	
	150459110	骨折観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（足根骨）	
	150459210	骨折観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（中足骨）	
	150021410	骨部分切除術（肩甲骨部分切除術）	
	150021610	骨部分切除術（大腿骨部分切除術）	
	150021810	骨部分切除術（下腿骨部分切除術）	
	150021910	骨部分切除術（鎖骨部分切除術）	
	150022010	骨部分切除術（膝蓋骨部分切除術）	
	150461210	骨部分切除術（足根骨部分切除術）	
	150461310	骨部分切除術（中足骨部分切除術）	
	150022510	腐骨摘出術（肩甲骨腐骨摘出術）	
	150022610	腐骨摘出術（上腕骨腐骨摘出術）	
	150022710	腐骨摘出術（大腿骨腐骨摘出術）	
	150022810	腐骨摘出術（前腕骨腐骨摘出術）	
	150022910	腐骨摘出術（下腿骨腐骨摘出術）	
	150023010	腐骨摘出術（鎖骨腐骨摘出術）	
	150023110	腐骨摘出術（膝蓋骨腐骨摘出術）	
	150023410	骨全摘術（肩甲骨全摘術）	
	150023510	骨全摘術（上腕骨全摘術）	
	150023610	骨全摘術（大腿骨全摘術）	
	150023710	骨全摘術（前腕骨全摘術）	
	150023810	骨全摘術（下腿骨全摘術）	
	150023910	骨全摘術（鎖骨全摘術）	
	150024010	骨全摘術（膝蓋骨全摘術）	
	150461710	骨全摘術（足部骨全摘術）	
	150461810	骨全摘術（その他の骨全摘術）	
	150024710	骨腫瘍切除術（肩甲骨腫瘍切除術）	
	150024810	骨腫瘍切除術（上腕骨腫瘍切除術）	
	150024910	骨腫瘍切除術（大腿骨腫瘍切除術）	
	150025010	骨腫瘍切除術（前腕骨腫瘍切除術）	
	150025110	骨腫瘍切除術（下腿骨腫瘍切除術）	
	150025210	骨腫瘍切除術（鎖骨腫瘍切除術）	
	150025310	骨腫瘍切除術（膝蓋骨腫瘍切除術）	
	150026510	骨悪性腫瘍手術（肩甲骨悪性腫瘍手術）	
	150026610	骨悪性腫瘍手術（上腕骨悪性腫瘍手術）	
	150026710	骨悪性腫瘍手術（大腿骨悪性腫瘍手術）	
	150026810	骨悪性腫瘍手術（前腕骨悪性腫瘍手術）	
	150026910	骨悪性腫瘍手術（下腿骨悪性腫瘍手術）	
	150027010	骨悪性腫瘍手術（鎖骨悪性腫瘍手術）	
	150027110	骨悪性腫瘍手術（膝蓋骨悪性腫瘍手術）	
	150027210	骨悪性腫瘍手術（手部骨悪性腫瘍手術）	
	150462510	骨悪性腫瘍手術（足部骨悪性腫瘍手術）	
	150462610	骨悪性腫瘍手術（その他の骨悪性腫瘍手術）	
	150027510	骨切り術（肩甲骨骨切り術）	
	150027610	骨切り術（上腕骨骨切り術）	
	150027710	骨切り術（大腿骨骨切り術）	
	150027810	骨切り術（前腕骨骨切り術）	
	150027910	骨切り術（下腿骨骨切り術）	
	150028010	骨切り術（鎖骨骨切り術）	
	150028110	骨切り術（膝蓋骨骨切り術）	
	150463210	骨切り術（足根骨骨切り術）	
	150463310	骨切り術（中足骨骨切り術）	
	150289710	骨切り術（その他の骨切り術）	
	150372170	患者適合型変形矯正ガイド加算（骨切り術）	
	150459410	骨折一時的創外固定術（上腕骨骨折一時的創外固定術）	
	150459510	骨折一時的創外固定術（前腕骨骨折一時的創外固定術）	
	150459610	骨折一時的創外固定術（手部骨折一時的創外固定術）	
	150459710	骨折一時的創外固定術（大腿骨骨折一時的創外固定術）	
	150459810	骨折一時的創外固定術（膝蓋骨骨折一時的創外固定術）	
	150459910	骨折一時的創外固定術（下腿骨骨折一時的創外固定術）	
	150460010	骨折一時的創外固定術（足部骨折一時的創外固定術）	
	150460110	骨折一時的創外固定術（脊椎骨折一時的創外固定術）	
	150460210	骨折一時的創外固定術（骨盤骨骨折一時的創外固定術）	
	150308810	大腿骨頭回転骨切り術	
	150308910	大腿骨近位部（転子間を含む）骨切り術	
	150028610	偽関節手術（肩甲骨偽関節手術）	
	150028710	偽関節手術（上腕骨偽関節手術）	
	150028810	偽関節手術（大腿骨偽関節手術）	
	150028910	偽関節手術（前腕骨偽関節手術）	
	150029010	偽関節手術（下腿骨偽関節手術）	
	150309010	偽関節手術（手舟状骨偽関節手術）	
	150029110	偽関節手術（鎖骨偽関節手術）	
	150029210	偽関節手術（膝蓋骨偽関節手術）	
	150463610	偽関節手術（手根骨（舟状骨を除く）偽関節手術）	
	150463710	偽関節手術（中手骨偽関節手術）	
	150463910	偽関節手術（足根骨偽関節手術）	
	150464010	偽関節手術（中足骨偽関節手術）	
	150289810	偽関節手術（その他の偽関節手術）	
	150029810	変形治癒骨折矯正手術（大腿骨変形治癒骨折矯正手術）	
	150030010	変形治癒骨折矯正手術（下腿骨変形治癒骨折矯正手術）	
	150030210	変形治癒骨折矯正手術（膝蓋骨変形治癒骨折矯正手術）	
	150464510	変形治癒骨折矯正手術（足根骨変形治癒骨折矯正手術）	
	150464610	変形治癒骨折矯正手術（中足骨変形治癒骨折矯正手術）	
	150031410	骨長調整手術（骨端軟骨発育抑制術）	
	150031510	骨長調整手術（骨短縮術）	
	150031610	骨長調整手術（その他の骨延長術）	
	150295010	骨移植術（軟骨移植術を含む、自家骨移植）	
	150031710	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、生体）	
	150383710	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、特殊）	
	150383810	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、その他）	
	150369450	骨移植術（軟骨移植術を含む）（自家培養軟骨移植術）	
	150353110	自家骨軟骨移植術（関節鏡下）	
	150041710	関節切除術（肩関節切除術）	
	150041810	関節切除術（股関節切除術）	
	150041910	関節切除術（膝関節切除術）	
	150042010	関節切除術（胸鎖関節切除術）	
	150042110	関節切除術（肘関節切除術）	
	150042310	関節切除術（足関節及び距骨周囲関節切除術）	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150042410	関節切除術（肩鎖関節切除術）	
	150042710	関節内骨折観血的手術（股関節）	
	150042810	関節内骨折観血的手術（膝関節）	
	150043210	関節内骨折観血的手術（足関節及び距骨周囲関節）	
	150353710	関節内骨折観血的手術（関節鏡下）（手関節）	
	150353810	関節内骨折観血的手術（関節鏡下）（足関節及び距骨周囲関節）	
	150396110	関節授動術（関節鏡下）（肩関節授動術）	
	150396310	関節授動術（関節鏡下）（膝関節授動術）	
	150396510	関節授動術（関節鏡下）（肘関節授動術）	
	150396710	関節授動術（関節鏡下）（足関節及び距骨周囲関節授動術）	
	150047410	関節観血的固定術（肘関節観血的固定術）	
	150047510	関節観血的固定術（手関節観血的固定術）	
	150047610	関節観血的固定術（足関節及び距骨周囲関節観血的固定術）	
	150048210	関節形成手術（肩関節形成手術）	
	150048310	関節形成手術（股関節形成手術）	
	150048410	関節形成手術（膝関節形成手術）	
	150048510	関節形成手術（胸鎖関節形成手術）	
	150048610	関節形成手術（肘関節形成手術）	
	150048710	関節形成手術（手関節形成手術）	
	150048810	関節形成手術（足関節及び距骨周囲関節形成手術）	
	150048910	関節形成手術（肩鎖関節形成手術）	
	150049410	人工骨頭挿入術（肩関節人工骨頭挿入術）	
	150049510	人工骨頭挿入術（股関節人工骨頭挿入術）	
	150049810	人工骨頭挿入術（肘関節人工骨頭挿入術）	
	150469610	人工関節置換術（人工肩関節置換術）（腱移行を伴わない）	
	150469710	人工関節置換術（人工肩関節置換術）（腱移行を伴う）	
	150050410	人工関節置換術（人工股関節置換術）	
	150050510	人工関節置換術（人工膝関節置換術）	
	150470410	人工膝関節置換術（手術支援装置を用いる）	
	150050710	人工関節置換術（人工肘関節置換術）	
	150050810	人工関節置換術（人工手関節置換術）	
	150050910	人工関節置換術（人工足関節置換術）	
	150469810	人工関節置換術（人工手指関節置換術）	
	150469910	人工関節置換術（人工足趾関節置換術）	
	150300210	人工関節抜去術（人工肩関節抜去術）	
	150300310	人工関節抜去術（人工股関節抜去術）	
	150300410	人工関節抜去術（人工膝関節抜去術）	
	150300610	人工関節抜去術（人工肘関節抜去術）	
	150300710	人工関節抜去術（人工手関節抜去術）	
	150300810	人工関節抜去術（人工足関節抜去術）	
	150470010	人工関節抜去術（人工手指関節抜去術）	
	150470110	人工関節抜去術（人工足趾関節抜去術）	
	150255910	人工関節再置換術（人工肩関節再置換術）	
	150256010	人工関節再置換術（人工股関節再置換術）	
	150256110	人工関節再置換術（人工膝関節再置換術）	
	150256310	人工関節再置換術（人工肘関節再置換術）	
	150256410	人工関節再置換術（人工手関節再置換術）	
	150256510	人工関節再置換術（人工足関節再置換術）	
	150470210	人工関節再置換術（人工手指関節再置換術）	
	150470310	人工関節再置換術（人工足趾関節再置換術）	
	150397010	関節形成術（自家肋骨肋軟骨を用いる）	
	150411610	人工距骨全置換術	
	150446210	人工股関節置換術（手術支援装置を用いる）	
	150051310	四肢切断術（上腕切断術）	
	150051410	四肢切断術（前腕切断術）	
	150051610	四肢切断術（大腿切断術）	
	150051710	四肢切断術（下腿切断術）	
	150051810	四肢切断術（足切断術）	
	150052110	四肢関節離断術（肩関節離断術）	
	150052210	四肢関節離断術（股関節離断術）	
	150052310	四肢関節離断術（膝関節離断術）	
	150052410	四肢関節離断術（肘関節離断術）	
	150052510	四肢関節離断術（手関節離断術）	
	150052610	四肢関節離断術（足関節及び距骨周囲関節離断術）	
	150053810	断端形成術（骨形成を要する）（その他の断端形成術）	
	150053910	四肢切断再接合術	
	150059310	脊椎、骨盤骨掻爬術（脊椎骨掻爬術）	
	150059410	脊椎、骨盤骨掻爬術（骨盤骨掻爬術）	
	150059810	脊椎脱臼観血的手術	
	150060210	仙腸関節脱臼観血的手術	
	150060310	恥骨結合離開観血的手術	
	150060810	腸骨翼骨折観血的手術	
	150384510	寛骨臼骨折観血的手術	
	150060910	骨盤骨折観血的手術（腸骨翼及び寛骨臼骨折観血的手術を除く）	
	150471510	椎弓切除術（内視鏡下）（頚椎椎弓切除術）	
	150471610	椎弓切除術（内視鏡下）（胸椎椎弓切除術）	
	150471710	椎弓切除術（内視鏡下）（腰椎椎弓切除術）	
	150471810	椎弓切除術（内視鏡下）（仙椎椎弓切除術）	
	150474210	脊椎、骨盤腫瘍切除術（頚椎腫瘍切除術）	
	150474310	脊椎、骨盤腫瘍切除術（胸椎腫瘍切除術）	
	150474410	脊椎、骨盤腫瘍切除術（腰椎腫瘍切除術）	
	150474510	脊椎、骨盤腫瘍切除術（仙椎腫瘍切除術）	
	150474610	脊椎、骨盤腫瘍切除術（骨盤腫瘍切除術）	
	150474710	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術（頚椎悪性腫瘍手術）	
	150474810	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術（胸椎悪性腫瘍手術）	
	150474910	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術（腰椎悪性腫瘍手術）	
	150475010	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術（仙椎悪性腫瘍手術）	
	150475110	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術（骨盤悪性腫瘍手術）	
	150064210	骨盤切断術	
	150475210	腫瘍脊椎骨全摘術（頚椎腫瘍脊椎骨全摘術）	
	150475310	腫瘍脊椎骨全摘術（胸椎腫瘍脊椎骨全摘術）	
	150475410	腫瘍脊椎骨全摘術（腰椎腫瘍脊椎骨全摘術）	
	150475510	腫瘍脊椎骨全摘術（仙椎腫瘍脊椎骨全摘術）	
	150064710	骨盤骨切り術	
	150064810	臼蓋形成手術	
	150314510	寛骨臼移動術	
	150354910	脊椎制動術	
	150475610	脊椎骨切り術（頚椎骨切り術）	
	150475710	脊椎骨切り術（胸椎骨切り術）	
	150475810	脊椎骨切り術（腰椎骨切り術）	
	150475910	脊椎骨切り術（仙椎骨切り術）	
	150476010	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（頚椎前方椎体固定術）	
	150476110	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（胸椎前方椎体固定術）	
	150476210	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（腰椎前方椎体固定術）	
	150476310	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（仙椎前方椎体固定術）	
	150476410	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（頚椎後方又は後側方固定術）	
	150476510	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（胸椎後方又は後側方固定術）	
	150476610	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（腰椎後方又は後側方固定術）	
	150476710	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（仙椎後方又は後側方固定術）	
	150476810	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（頚椎後方椎体固定術）	
	150476910	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（胸椎後方椎体固定術）	
	150477010	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（腰椎後方椎体固定術）	
	150477110	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（仙椎後方椎体固定術）	
	150477210	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（頚椎前方後方同時固定術）	
	150477310	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（胸椎前方後方同時固定術）	
	150477410	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（腰椎前方後方同時固定術）	
	150477510	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（仙椎前方後方同時固定術）	
	150477610	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（頚椎椎弓切除術）	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150477710	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（胸椎椎弓切除術）	
	150477810	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（腰椎椎弓切除術）	
	150477910	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（仙椎椎弓切除術）	
	150478010	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（頸椎椎弓形成術）	
	150478110	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（胸椎椎弓形成術）	
	150478210	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（腰椎椎弓形成術）	
	150478310	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（仙椎椎弓形成術）	
	150478410	多椎間又は多椎弓実施加算（頸椎前方椎体固定術）	
	150478510	多椎間又は多椎弓実施加算（胸椎前方椎体固定術）	
	150478610	多椎間又は多椎弓実施加算（腰椎前方椎体固定術）	
	150478710	多椎間又は多椎弓実施加算（仙椎前方椎体固定術）	
	150478810	多椎間又は多椎弓実施加算（頸椎後方又は後側方固定術）	
	150478910	多椎間又は多椎弓実施加算（胸椎後方又は後側方固定術）	
	150479010	多椎間又は多椎弓実施加算（腰椎後方又は後側方固定術）	
	150479110	多椎間又は多椎弓実施加算（仙椎後方又は後側方固定術）	
	150479210	多椎間又は多椎弓実施加算（頸椎後方椎体固定術）	
	150479310	多椎間又は多椎弓実施加算（胸椎後方椎体固定術）	
	150479410	多椎間又は多椎弓実施加算（腰椎後方椎体固定術）	
	150479510	多椎間又は多椎弓実施加算（仙椎後方椎体固定術）	
	150479610	多椎間又は多椎弓実施加算（頸椎前方後方同時固定術）	
	150479710	多椎間又は多椎弓実施加算（胸椎前方後方同時固定術）	
	150479810	多椎間又は多椎弓実施加算（腰椎前方後方同時固定術）	
	150479910	多椎間又は多椎弓実施加算（仙椎前方後方同時固定術）	
	150480010	多椎間又は多椎弓実施加算（頸椎椎弓切除術）	
	150480110	多椎間又は多椎弓実施加算（胸椎椎弓切除術）	
	150480210	多椎間又は多椎弓実施加算（腰椎椎弓切除術）	
	150480310	多椎間又は多椎弓実施加算（仙椎椎弓切除術）	
	150480410	多椎間又は多椎弓実施加算（頸椎椎弓形成術）	
	150480510	多椎間又は多椎弓実施加算（胸椎椎弓形成術）	
	150480610	多椎間又は多椎弓実施加算（腰椎椎弓形成術）	
	150480710	多椎間又は多椎弓実施加算（仙椎椎弓形成術）	
	150282750	脊椎側彎症手術（脊椎側彎症手術固定術）	
	150343910	脊椎側彎症手術（脊椎側彎症手術矯正術・初回挿入）	
	150344010	脊椎側彎症手術（脊椎側彎症手術矯正術・交換術）	
	150344110	脊椎側彎症手術（脊椎側彎症手術矯正術・伸展術）	
	150480810	胸椎又は腰椎前方固定術（内視鏡下）（胸椎前方固定術）	
	150480910	胸椎又は腰椎前方固定術（内視鏡下）（腰椎前方固定術）	
	150397310	歯突起骨折骨接合術	
	150397410	腰椎分離部修復術	
	150066110	仙腸関節固定術	
	150095010	中耳、側頭骨腫瘍摘出術	
	150095210	中耳悪性腫瘍手術（切除）	
	150095310	中耳悪性腫瘍手術（側頭骨摘出術）	
	150096210	アブミ骨摘出術	
	150096350	アブミ骨可動化手術	
	150104210	咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む）	
	150344810	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））	
	150345010	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））	
	150481110	椎弓形成術（内視鏡下）（頸椎椎弓形成術）	
	150481210	椎弓形成術（内視鏡下）（胸椎椎弓形成術）	
	150481310	椎弓形成術（内視鏡下）（腰椎椎弓形成術）	
	150481410	椎弓形成術（内視鏡下）（仙椎椎弓形成術）	
	150111510	頬粘膜悪性腫瘍手術	
	150113610	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	
	150115410	顎骨腫瘍摘出術（長径３ｃｍ未満）	
	150115510	顎骨腫瘍摘出術（長径３ｃｍ以上）	
	150115610	下顎骨部分切除術	
	150115710	下顎骨離断術	
	150115810	下顎骨悪性腫瘍手術（切除）	
	150413110	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（おとがい部を含む）	
	150115910	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（その他）	
	150116210	上顎骨全摘術	
	150116310	上顎骨悪性腫瘍手術（掻爬）	
	150116410	上顎骨悪性腫瘍手術（切除）	
	150116510	上顎骨悪性腫瘍手術（全摘）	
	150123610	胸骨切除術	
	310006710	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	※
	310008010	上顎骨悪性腫瘍手術（全摘）	※
	310036610	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（おとがい部を含むもの）	※
	310008410	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（その他のもの）	※
	310008310	下顎骨悪性腫瘍手術（切除）	※
	310007910	上顎骨悪性腫瘍手術（切除）	※
	310034710	同種骨移植術（非生体）（特殊）	※
	310008210	下顎骨離断術	※
	310012610	同種骨移植術（生体）	※
	310007110	頬粘膜悪性腫瘍手術	※
	310008110	下顎骨部分切除術	※
	310034810	同種骨移植術（非生体）（その他）	※
	310012510	自家骨移植術（困難）	※
	310008610	顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く）（長径３ｃｍ以上）	※
	310008510	顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）（長径３センチメートル未満）	※
	310007810	上顎骨悪性腫瘍手術（掻爬）	※
	310012410	自家骨移植術（簡単）	※
Ｃ 19 胸腔鏡・腹腔鏡の手術（４日間）	150336310	漏斗胸手術（胸腔鏡）	
	150356910	胸腔鏡下試験開胸術	
	150357010	胸腔鏡下試験切除術	
	150292410	胸腔鏡下膿瘍胸膜又は胸膜肼胝切除術	
	150317010	胸腔鏡下膿胸腔掻爬術	
	150357210	胸腔鏡下胸管結紮術（乳糜胸手術）	
	150357310	胸腔鏡下縦隔切開術	
	150374210	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	
	150414010	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150374310	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	
	150405910	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150266610	胸腔鏡下肺切除術（肺嚢胞手術（楔状部分切除））	
	150414110	胸腔鏡下肺切除術（部分切除）	
	150414210	胸腔鏡下肺切除術（区域切除）	
	150414310	胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は１肺葉超）	
	150447610	胸腔鏡下肺切除術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150447710	胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は１肺葉超）（内視鏡手術用支援機器）	
	150270750	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	
	150406010	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150270850	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	
	150298750	胸腔鏡下肺縫縮術	
	150358610	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）	
	150358710	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）	
	150414410	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150358810	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超える）	
	150406110	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除、１肺葉超・手術用支援機器使用）	
	150428010	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）	
	150447810	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺全摘）	
	150358910	胸腔鏡下食道憩室切除術	
	150399510	腹腔鏡下食道憩室切除術	
	150274710	食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下）	
	150317710	食道腫瘍摘出術（胸腔鏡下）	
	150386710	胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術	
	150374710	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作）	
	150406210	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸、胸、腹部操作・手術用支援機器使用）	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150374810	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作）	
	150406310	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作・手術用支援機器使用）	
	150387070	有茎腸管移植加算（胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術）	
	150399610	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術	
	150414810	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150296310	腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	
	150366910	腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）	
	150359110	胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む）横隔膜縫合術	
	150275110	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	
	150359210	胸腔鏡下心膜開窓術	
	150448310	心腫瘍摘出術（単独）（胸腔鏡下）	
	150399710	胸腔鏡下弁形成術（１弁）	
	150406410	胸腔鏡下弁形成術（１弁）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150399810	胸腔鏡下弁形成術（２弁）	
	150406510	胸腔鏡下弁形成術（２弁）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150399910	胸腔鏡下弁置換術（１弁）	
	150400010	胸腔鏡下弁置換術（２弁）	
	150448710	胸腔鏡下弁置換術（１弁）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150448810	胸腔鏡下弁置換術（２弁）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150376110	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	
	150449010	胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	
	150424650	不整脈手術（左心耳閉鎖術）（胸腔鏡下手術）	
	150416910	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	
	150417010	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）	
	150417110	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）	
	150428810	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）	
	150377010	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	
	150377110	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	
	150361210	腹腔鏡下ヘルニア手術（腹壁瘢痕ヘルニア）	
	150361310	腹腔鏡下ヘルニア手術（大腿ヘルニア）	
	150388010	腹腔鏡下ヘルニア手術（半月状線ヘルニア、白線ヘルニア）	
	150388110	腹腔鏡下ヘルニア手術（臍ヘルニア）	
	150388210	腹腔鏡下ヘルニア手術（閉鎖孔ヘルニア）	
	150263610	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	
	150361410	腹腔鏡下試験開腹術	
	150361510	腹腔鏡下試験切除術	
	150361610	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	
	150361710	腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	
	150377210	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	
	150377310	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	
	150449310	腹腔鏡下骨盤内臓全摘術	
	150271650	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	
	150377410	腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）	
	150377510	腹腔鏡下胃捻転症手術	
	150377610	腹腔鏡下胃局所切除術（内視鏡処置を併施）	
	150377710	腹腔鏡下胃局所切除術（その他）	
	150417310	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施）	
	150323410	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）	
	150406610	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150323510	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）	
	150406710	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150377810	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）	
	150406810	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150377910	腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）	
	150406910	腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術）（手術用支援機器）	
	150378010	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）	
	150449710	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）（バイパス術を併施）	
	150323610	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）	
	150407010	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150323710	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）	
	150429110	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（空腸嚢作製術を伴うもの）	
	150407110	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150361910	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）	
	150276610	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	
	150362010	腹腔鏡下胃腸吻合術	
	150323810	腹腔鏡下幽門形成術	
	150276710	腹腔鏡下噴門形成術	
	150276810	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含む）	
	150276910	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含まない）	
	150254110	腹腔鏡下胆嚢摘出術	
	150388310	腹腔鏡下総胆管拡張症手術	
	150441410	腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器）	
	150429210	腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）	
	150401210	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	
	150277710	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	
	150417810	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（単回切除）	
	150441810	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（単回切除）（内視鏡手術用支援機器）	
	150417910	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回切除）	
	150441910	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回切除・内視鏡手術用支援機器）	
	150348110	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）	
	150442010	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）（内視鏡手術用支援機器）	
	150388710	腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）	
	150442410	腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）（内視鏡手術用支援機器）	
	150388810	腹腔鏡下肝切除術（１区域切除（外側区域切除を除く））	
	150441510	腹腔鏡下肝切除術（１区域切除・外側区域切除を除・内視鏡支援機器）	
	150388910	腹腔鏡下肝切除術（２区域切除）	
	150441610	腹腔鏡下肝切除術（２区域切除）（内視鏡手術用支援機器）	
	150389010	腹腔鏡下肝切除術（３区域切除以上）	
	150441710	腹腔鏡下肝切除術（３区域切除以上）（内視鏡手術用支援機器）	
	150378410	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍ以内）（腹腔鏡）	
	150378610	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍを超える）（腹腔鏡）	
	150429410	移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）	
	150401510	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術	
	150450010	腹腔鏡下膵中央切除術	
	150389210	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除・脾同時切除）	
	150418310	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除・脾同時切除）（通則１８）	
	150389310	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除・脾温存）	
	150418410	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除・脾温存）（通則１８）	
	150487610	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（郭清等を伴う腫瘍切除）	
	150487710	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（郭清等を伴う腫瘍切除）（通則１８）	
	150418510	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）	
	150418610	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）（通則１８）	
	150418710	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等伴う腫瘍切除術）	
	150418810	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節等伴う腫瘍切除術）（通則１８）	
	150271850	腹腔鏡下脾摘出術	
	150271550	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	
	150389510	腹腔鏡下腸重積症整復術	
	150363710	腹腔鏡下小腸切除術（複雑）	
	150271950	腹腔鏡下小腸切除術（その他）	
	150337610	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）	
	150272050	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）	
	150277810	腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除、結腸半側切除）	
	150337710	腹腔鏡下結腸切除術（全切除、亜全切除）	
	150324910	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	
	150442110	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器）	
	150420210	腹腔鏡下全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術	
	150364010	腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術	
	150389610	腹腔鏡下人工肛門造設術	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150364210	腹腔鏡下腸閉鎖症手術	
	150420510	腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（直腸切除術後）	
	150364310	腹腔鏡下腸回転異常症手術	
	150325110	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	
	150325210	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）	
	150337810	腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）	
	150429910	腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除術）	
	150430110	腹腔鏡下直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）	
	150337910	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）	
	150487810	腹腔鏡下直腸切除・切断術（手術支援機器）（切除術）	
	150487910	腹腔鏡下直腸切除・切断術（手術支援機器）（低位前方切除術）	
	150488010	腹腔鏡下直腸切除・切断術（手術支援機器）（超低位前方切除術）	
	150488110	腹腔鏡下直腸切除・切断術（手術支援機器）（経肛門吻合を伴う切除）	
	150488210	腹腔鏡下直腸切除・切断術（手術支援機器）（切断術）	
	150364610	腹腔鏡下直腸脱手術	
	150325510	腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰式）	
	150279210	腹腔鏡下副腎摘出術	
	150442210	腹腔鏡下副腎摘出術（内視鏡手術用支援機器）	
	150338110	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	
	150378910	腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）	
	150442310	腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器）	
	150364710	腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術	
	150325710	腹腔鏡下腎部分切除術	
	150338210	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	
	150325810	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	
	150364810	腹腔鏡下腎嚢胞切除術	
	150325910	腹腔鏡下腎摘出術	
	150338310	腹腔鏡下小切開腎摘出術	
	150326010	腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術	
	150338410	腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	
	150436510	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術支援機器・７センチ以下）	
	150430410	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）（その他）	
	150430510	腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	
	150326110	腹腔鏡下腎盂形成手術	
	150420810	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150338510	腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）	
	150379010	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	
	150379110	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	
	150379210	腹腔鏡下膀胱部分切除術	
	150379310	腹腔鏡下膀胱脱手術	
	150407510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（腸管等利用し尿路変更なし・通則１８）	
	150403310	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用し尿路変更なし）	
	150407610	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（回腸等導管利用尿路変更あり・通則１８）	
	150403410	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸結腸導管利用し尿路変更あり）	
	150403510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用し尿路変更あり）	
	150407710	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（代用膀胱利用し尿路変更あり・通則１８）	
	150403610	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用尿路変更なし）	
	150403710	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸等利用尿路変更あり）	
	150403810	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用尿路変更あり）	
	150379510	腹腔鏡下尿膜管摘出術	
	150365310	腹腔鏡下膀胱内手術	
	150365510	腹腔鏡下尿失禁手術	
	150278310	腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	
	150326410	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術	
	150326510	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	
	150338810	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	
	150390310	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）	
	150365810	腹腔鏡下造腟術	
	150431310	腹腔鏡下腟断端挙上術	
	150451610	腹腔鏡下腟断端挙上術（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150264510	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	
	150390410	腹腔鏡下仙骨腟固定術	
	150421210	腹腔鏡下仙骨腟固定術（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150294110	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術	
	150366010	腹腔鏡下子宮腟上部切断術	
	150272250	腹腔鏡下腟式子宮全摘術	
	150409110	腹腔鏡下腟式子宮全摘術（性同一性障害）	
	150409210	腹腔鏡下腟式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器使用）	
	150409710	腹腔鏡下腟式子宮全摘術（性同一性障害・内視鏡手術用支援機器使用）	
	150327210	腹腔鏡下広靭帯内腫瘍摘出術	
	150379810	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る）	
	150409310	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る・手術用支援機器使用）	
	150409810	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る）	
	150431410	腹腔鏡下子宮瘻孔部修復術	
	150264610	子宮附属器癒着剥離術（両側）（腹腔鏡）	
	150264710	卵巣部分切除術（腟式を含む）（腹腔鏡）	
	150267650	卵管結紮術（腟式を含む）（両側）（腹腔鏡）	
	150299850	腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	
	150270010	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡）	
	150409510	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡）（性同一性障害）	
	150422010	子宮附属器腫瘍摘出術（両側、腹腔鏡、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）	
	150268250	子宮卵管留血腫手術（両側）（腹腔鏡）	
	150268150	卵管腫瘤全摘除術（両側）（腹腔鏡）	
	150268050	卵管全摘除術（両側）（腹腔鏡）	
	150264910	異所性妊娠手術（腹腔鏡）	
C 20 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（５日間）	150232910	脊椎麻酔	
	150332510	閉鎖循環式全身麻酔１（麻酔困難な患者）	
	150332610	閉鎖循環式全身麻酔１	
	150332710	閉鎖循環式全身麻酔２（麻酔困難な患者）	
	150332810	閉鎖循環式全身麻酔２	
	150332910	閉鎖循環式全身麻酔３（麻酔困難な患者）	
	150333010	閉鎖循環式全身麻酔３	
	150333110	閉鎖循環式全身麻酔４（麻酔困難な患者）	
	150333210	閉鎖循環式全身麻酔４	
	150328210	閉鎖循環式全身麻酔５（麻酔困難な患者）	
	150233410	閉鎖循環式全身麻酔５	
	150247470	硬膜外麻酔併施加算（頸・胸部）	
	150247570	硬膜外麻酔併施加算（腰部）	
	150247670	硬膜外麻酔併施加算（仙骨部）	
	150342470	術中経食道心エコー連続監視加算（心臓手術又は冠動脈疾患・弁膜症）	
	150395670	術中経食道心エコー連続監視加算（カテーテル使用経皮的心臓手術）	
	150350670	臓器移植術加算	
	150391070	神経ブロック併施加算（イ以外）	
	150391170	非侵襲的血行動態モニタリング加算	
C 21 救命等に係る内科的治療（４日間）（①経皮的血管内治療）	190126810	超急性期脳卒中加算	
	130004670	中心静脈注射用カテーテル挿入	
	130011810	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入	
	130004810	脳脊髄腔注射（腰椎）	
	140003010	腰椎穿刺	
	140029850	持続緩徐式血液濾過	
	140008410	吸着式血液浄化法	
	140061610	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（１８歳以上）	
	140061710	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（１８歳未満）	
	150263810	経皮経肝胆管ステント挿入術	
	150401310	経皮経肝バルーン拡張術	
	150254910	脳血管内手術（１箇所）	
	150344410	脳血管内手術（２箇所以上）	
	150355410	脳血管内手術（脳血管内ステント）	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150273510	経皮的脳血管形成術	
	150301110	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（頭蓋内脳血管）	
	150301210	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（頸部脳血管）（内頸、椎骨動脈）	
	150481810	経皮的脳血栓回収術（頸動脈ステント留置を併施）	
	150481910	経皮的脳血栓回収術（その他）	
	150380850	経皮的脳血管ステント留置術	
	150374910	経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）	
	150375010	経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症）	
	150375110	経皮的冠動脈形成術（その他）	
	150260350	経皮的冠動脈粥腫切除術	
	150284310	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル）	
	150359310	経皮的冠動脈形成術（エキシマレーザー血管形成用カテーテル）	
	150443750	経皮的冠動脈形成術（アテローム切除アブレーション式カテーテル）	
	150375210	経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）	
	150375310	経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症）	
	150375410	経皮的冠動脈ステント留置術（その他）	
	160107550	冠動脈内血栓溶解療法	
	150318310	経皮的冠動脈血栓吸引術	
	150387310	経カテーテル弁置換術（経皮的大動脈弁置換術）	
	150400410	ステントグラフト内挿術（血管損傷）	
	150301310	ステントグラフト内挿術（胸部大動脈）	
	150485510	ステントグラフト内挿術（腹部大動脈（腸骨動脈の再建を伴う））	
	150485610	ステントグラフト内挿術（腹部大動脈（その他））	
	150301510	ステントグラフト内挿術（腸骨動脈）	
	150360610	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（止血術）	
	150376810	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）	
	150360710	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他）	
	150401110	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	
C 21 救命等に係る内科的治療（４日間）（②経皮的心筋焼灼術等の治療）	140010310	カウンターショック（その他）	
	150346710	経皮的カテーテル心筋焼灼術（心房中隔穿刺、心外膜アプローチ）	
	150262810	経皮的カテーテル心筋焼灼術（その他）	
	150346870	三次元カラーマッピング加算	
	150370050	磁気ナビゲーション加算	
	150303310	経皮的中隔心筋焼灼術	
	150267310	体外ペースメーキング術	
	150140110	ペースメーカー移植術（心筋電極）	
	150140210	ペースメーカー移植術（経静脈電極）	
	150415110	両心室ペースメーカー移植術（心筋電極）	
	150415210	両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極）	
	150387410	植込型除細動器移植術（経静脈リード）	
	150383250	植込型除細動器移植術（皮下植込型リード）	
	150415810	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極）	
	150415910	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極）	
	150347210	経皮的大動脈遮断術	
C 21 救命等に係る内科的治療（４日間）（③侵襲的な消化器治療）	150336810	内視鏡的食道粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）	
	150400810	内視鏡下胃、十二指腸穿孔塞孔閉鎖術	
	150323010	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍胃粘膜）	
	150417210	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍十二指腸）	
	150362310	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ＥＮＢＤ）	
	150174910	内視鏡的胆道結石除去術（胆道砕石術を伴う）	
	150362510	内視鏡的胆道結石除去術（その他）	
	150175310	内視鏡的胆道拡張術	
	150175410	内視鏡的乳頭切開術（乳頭括約筋切開のみ）	
	150296710	内視鏡的乳頭切開術（胆道砕石術を伴う）	
	150417510	内視鏡的乳頭切開術（胆道鏡下結石破砕術を伴う）	
	150254410	内視鏡的胆道ステント留置術	
	150363610	内視鏡的膵管ステント留置術	
	150378510	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍ以内）（その他）	
	150378710	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍを超える）（その他）	
	150363910	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	
	150164850	内視鏡的消化管止血術	
	150341450	内視鏡的乳頭拡張術	
C 22 別に定める検査（２日間）	160160410	超音波検査（心臓超音波検査）（経食道心エコー法）	
	160092810	ＥＦ－気管支	
	160213910	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査	
	160098010	経皮的針生検法	
	160219410	経皮的腎生検法	
	160188210	ＥＵＳ－ＦＮＡ	
	160148210	経気管肺生検法	
	160200210	ＥＢＵＳ－ＴＢＮＡ	
	160188310	組織試験採取、切採法（心筋）	
	160093150	縦隔鏡検査	
	160095010	腹腔鏡検査	
	160093010	胸腔鏡検査	
	160092110	関節鏡検査（片）	
	160160830	関節鏡検査（両）	
	160064510	心カテ（左心）	
	160064610	心カテ（右心）	
C 23 別に定める手術（５日間）	150004210	皮膚悪性腫瘍切除術（広汎切除）	
	150005110	顔面神経麻痺形成手術（動的）	
	150006710	分層植皮術（２００ｃｍ２以上）	
	150333910	全層植皮術（１００ｃｍ２以上２００ｃｍ２未満）	
	150334010	全層植皮術（２００ｃｍ２以上）	
	150443050	自家皮膚非培養細胞移植術（２００ｃｍ２以上）	
	150008010	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術（１００ｃｍ２以上）	
	150009010	筋（皮）弁術	
	150008810	動脈（皮）弁術	
	150371710	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（乳房再建術）	
	150371810	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（その他）	
	150455010	自家脂肪注入（５０ｍＬ未満のもの）（１回目）	
	150455110	自家脂肪注入（５０ｍＬ未満のもの）（２回目）	
	150009210	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付き）	
	150020350	象皮病根治手術（大腿）	
	150020450	象皮病根治手術（下腿）	
	150011510	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（肩軟部悪性腫瘍手術）	
	150011710	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（前腕軟部悪性腫瘍手術）	
	150011610	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（上腕軟部悪性腫瘍手術）	
	150011910	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（下腿軟部悪性腫瘍手術）	
	150308710	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（躯幹軟部悪性腫瘍手術）	
	150011810	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（大腿軟部悪性腫瘍手術）	
	150013510	腱移植術（人工腱形成術を含む）（その他の腱移植術）	
	150352110	骨折観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（上腕骨）	
	150353010	難治性感染性偽関節手術（創外固定器）	
	150029710	変形治癒骨折矯正手術（上腕骨変形治癒骨折矯正手術）	
	150029910	変形治癒骨折矯正手術（前腕骨変形治癒骨折矯正手術）	
	150464850	骨移植術（自家骨移植と人工骨移植の併施）（特殊）	
	150465050	骨移植術（非生体同種骨移植と人工骨移植の併施）（特殊）	
	150464950	骨移植術（自家骨移植と人工骨移植の併施）（その他）	
	150465150	骨移植術（非生体同種骨移植と人工骨移植の併施）（その他）	
	150052850	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（肩関節）	
	150052950	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（股関節）	
	150053050	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（膝関節）	
	150035410	関節脱臼観血的整復術（膝関節）	
	150035210	関節脱臼観血的整復術（肩関節）	
	150035310	関節脱臼観血的整復術（股関節）	
	150036110	先天性股関節脱臼観血的整復術	
	150042610	関節内骨折観血的手術（肩関節）	
	150043010	関節内骨折観血的手術（肘関節）	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150353610	関節内骨折観血的手術（関節鏡下）（肘関節）	
	150353210	関節内骨折観血的手術（関節鏡下）（肩関節）	
	150353410	関節内骨折観血的手術（関節鏡下）（膝関節）	
	150313310	靭帯断裂縫合術（関節鏡下）（十字靭帯断裂縫合術）	
	150045310	関節観血的授動術（股関節観血的授動術）	
	150045410	関節観血的授動術（膝関節観血的授動術）	
	150045210	関節観血的授動術（肩関節観血的授動術）	
	150045810	関節観血的授動術（足関節及び距骨周囲関節観血的授動術）	
	150045610	関節観血的授動術（肘関節観血的授動術）	
	150046210	関節観血的制動術（股関節観血的制動術）	
	150046310	関節観血的制動術（膝関節観血的制動術）	
	150046110	関節観血的制動術（肩関節観血的制動術）	
	150047110	関節観血的固定術（股関節観血的固定術）	
	150047010	関節観血的固定術（肩関節観血的固定術）	
	150047210	関節観血的固定術（膝関節観血的固定術）	
	150047910	靭帯断裂形成手術（十字靭帯断裂形成手術）	
	150313710	靭帯断裂形成手術（関節鏡下）（十字靭帯断裂形成手術）	
	150354110	靭帯断裂形成手術（関節鏡下）（内側膝蓋大腿靭帯断裂形成手術）	
	150049250	内反足手術	
	150354210	肩腱板断裂手術（複雑）	
	150343810	肩腱板断裂手術（関節鏡下）（簡単）	
	150425810	肩腱板断裂手術（関節鏡下）（簡単）（上腕二頭筋腱の固定を伴う）	
	150354310	肩腱板断裂手術（関節鏡下）（複雑）	
	150384210	肩関節唇形成術（関節鏡下）（腱板断裂を伴う）	
	150384310	肩関節唇形成術（関節鏡下）（腱板断裂を伴わない）	
	150384410	肢関節唇縫合術（関節鏡下）	
	150426010	上腕二頭筋腱固定術（関節鏡下）	
	150411710	人工股関節摺動面交換術	
	150471110	四肢切断再接合術（手指切断再接合術）	
	150471210	四肢切断再接合術（足趾切断再接合術）	
	150055410	足三関節固定（ランプリヌディ）手術	
	150290910	デュプイトレン拘縮手術（４指以上）	
	150057210	巨指症手術（骨関節、腱の形成を要する）	
	150058110	裂足手術	
	150058010	裂手手術	
	150058210	母指化手術	
	150472010	黄色靭帯骨化症手術（頸椎黄色靭帯骨化症手術）	
	150472110	黄色靭帯骨化症手術（胸椎黄色靭帯骨化症手術）	
	150472210	黄色靭帯骨化症手術（腰椎黄色靭帯骨化症手術）	
	150472310	黄色靭帯骨化症手術（仙椎黄色靭帯骨化症手術）	
	150472410	後縦靭帯骨化症手術（前方進入）（頸椎後縦靭帯骨化症手術）	
	150472510	後縦靭帯骨化症手術（前方進入）（胸椎後縦靭帯骨化症手術）	
	150472610	椎間板摘出術（頸椎椎間板前方摘出術）	
	150472710	椎間板摘出術（胸椎椎間板前方摘出術）	
	150472810	椎間板摘出術（腰椎椎間板前方摘出術）	
	150472910	椎間板摘出術（頸椎椎間板後方摘出術）	
	150473010	椎間板摘出術（胸椎椎間板後方摘出術）	
	150473110	椎間板摘出術（腰椎椎間板後方摘出術）	
	150473210	椎間板摘出術（仙椎椎間板後方摘出術）	
	150063310	椎間板摘出術（腰椎椎間板側方摘出術）	
	150473410	椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）（頸椎椎間板前方摘出術）	
	150473510	椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）（胸椎椎間板前方摘出術）	
	150473610	椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）（腰椎椎間板前方摘出術）	
	150473710	椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）（頸椎椎間板後方摘出術）	
	150473810	椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）（胸椎椎間板後方摘出術）	
	150473910	椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）（腰椎椎間板後方摘出術）	
	150474010	椎間板摘出（切除）術（内視鏡下）（仙椎椎間板後方摘出術）	
	150410650	頸椎人工椎間板置換術	
	150064410	脊椎披裂手術（神経処置を伴う）	
	150064510	脊椎披裂手術（その他）	
	150072950	骨形成的片側椎弓切除術と髄核摘出術	
	150344250	脊椎側彎症手術（脊椎側彎症手術矯正術・交換術・胸郭変形矯正材料）	
	150426110	腰部脊柱管拡大減圧術（顕微鏡下）	
	150243210	体外式脊椎固定術	
	150067910	鼻性頭蓋内合併症手術	
	150372210	定位脳腫瘍生検術	
	180058750	集束超音波による機能的定位脳手術	
	150372310	内視鏡下脳内血腫除去術	
	150426310	内視鏡下脳腫瘍生検術	
	150426410	内視鏡下脳腫瘍摘出術	
	150070810	経耳的聴神経腫瘍摘出術	
	150071010	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	
	150384610	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）	
	150384710	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く））	
	150301610	水頭症手術（脳室穿破術（神経内視鏡手術による））	
	150301710	水頭症手術（シャント手術）	
	150255110	脳刺激装置植込術（片側）	
	150315010	脳刺激装置植込術（両側）	
	150355510	迷走神経刺激装置植込術	
	150315210	神経交差縫合術（その他）	
	150072510	脊髄硬膜切開術	
	150372610	空洞・くも膜下腔シャント術（脊髄空洞症）	
	150072610	減圧脊髄切開術	
	150072710	脊髄切截術	
	150072810	脊髄硬膜内神経切断術	
	150426810	癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）	
	150398010	脊髄刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置）	
	150398110	脊髄刺激装置植込術（ジェネレーターを留置）	
	150315310	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術	
	150398310	仙骨神経刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置）	
	150398410	仙骨神経刺激装置植込術（ジェネレーターを留置）	
	150073210	脊髄腫瘍摘出術（髄外）	
	150073310	脊髄腫瘍摘出術（髄内）	
	150073410	脊髄血管腫摘出術	
	150076010	神経移植術	
	150081710	眼窩内異物除去術（深在性）（眼窩尖端）	
	150082610	眼窩悪性腫瘍手術	
	150086210	角膜移植術	
	150087110	虹彩腫瘍切除術	
	150373010	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術）（プレートあり）	
	150089410	網膜復位術	
	150373110	網膜再建術	
	150356310	水晶体再建術（計画的後嚢切開を伴う）	
	150092910	外耳道悪性腫瘍手術（悪性外耳道炎手術を含む）	
	150093510	外耳道造設術・閉鎖症手術	
	150253110	小耳症手術（軟骨移植による耳介形成手術）	
	150093910	上鼓室乳突洞開放術	
	150094110	乳突削開術	
	150095910	中耳根治手術	
	150398510	鼓室形成手術（耳小骨温存術）	
	150398610	鼓室形成手術（耳小骨再建術）	
	150427510	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術（上鼓室開放を伴わない）	
	150427410	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術（上鼓室・乳突洞開放を伴う）	
	150394850	人工中耳植込術	
	150096610	内リンパ嚢開放術	
	150255010	内耳窓閉鎖術	
	150266510	人工内耳植込術	
	150274210	鼻骨変形治癒骨折矯正術	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150373610	内視鏡下鼻・副鼻腔手術４型（汎副鼻腔手術）	
	150373710	内視鏡下鼻・副鼻腔手術５型（拡大副鼻腔手術）	
	150099410	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（切除）	
	150099510	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（全摘）	
	150427610	経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清等）	
	150100010	後鼻孔閉鎖症手術（複雑）（骨性閉鎖）	
	150292110	経上顎洞的顎動脈結紮術	
	150102310	汎副鼻腔根治手術	
	150102510	経上顎洞的翼突管神経切除術	
	150412710	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む）	
	150441110	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術含・内視鏡用支援機器）	
	150114450	鼻咽腔閉鎖術	
	150104610	上咽頭悪性腫瘍手術	
	150344710	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経頸部）	
	150344910	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経頸部）	
	150107810	喉頭悪性腫瘍手術（切除）	
	150107910	喉頭悪性腫瘍手術（全摘）	
	150412910	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（切除）	
	150441210	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（切除）（内視鏡手術用支援機器）	
	150108110	喉頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）	
	150108210	下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）	
	150108710	喉頭狭窄症手術（前方開大術）	
	150108810	喉頭狭窄症手術（前壁形成手術）	
	150109010	気管狭窄症手術	
	150109310	喉頭形成手術（筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術）	
	150398710	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具使用）	
	150109710	縦隔気管口形成手術	
	150109810	気管形成手術（管状気管、気管移植等）（頸部から）	
	150345310	嚥下機能手術（喉頭気管分離術）	
	150345410	嚥下機能手術（喉頭全摘術）	
	150110810	顎・口蓋裂形成手術（硬口蓋に及ぶ）	
	150345510	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（両側）	
	150110910	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（片側）	
	150111210	口腔底悪性腫瘍手術	
	150112110	舌悪性腫瘍手術（切除）	
	150112210	舌悪性腫瘍手術（亜全摘）	
	150113110	口唇悪性腫瘍手術	
	150114210	口唇裂形成手術（片側）（鼻腔底形成を伴う）	
	150316310	口唇裂形成手術（両側）（口唇裂鼻形成を伴う）	
	150316410	口唇裂形成手術（両側）（鼻腔底形成を伴う）	
	150274310	頬骨変形治癒骨折矯正術	
	150274410	下顎骨折観血的手術（両側）	
	150345610	下顎関節突起骨折観血的手術（片側）	
	150345710	下顎関節突起骨折観血的手術（両側）	
	150114910	顎関節脱臼観血的手術	
	150115210	顔面多発骨折観血的手術	
	150116710	上顎骨形成術（単純）	
	150116810	上顎骨形成術（複雑及び２次的再建）	
	150336110	上顎骨形成術（骨移動を伴う）	
	150268610	下顎骨形成術（伸長）	
	150268510	下顎骨形成術（短縮）	
	150268710	下顎骨形成術（再建）	
	150336210	下顎骨形成術（骨移動を伴う）	
	150262410	顎関節授動術（開放授動術）	
	150117810	顎下腺悪性腫瘍手術	
	150118110	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）	
	150118210	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）	
	150118310	耳下腺悪性腫瘍手術（切除）	
	150118410	耳下腺悪性腫瘍手術（全摘）	
	150386110	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術（両葉）	
	150119310	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	
	150386210	内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	
	150119410	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴わない）	
	150413410	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴う）	
	150119510	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・頸部外側区域郭清を伴わない）	
	150413510	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・片側頸部外側区域郭清を伴う）	
	150413610	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・両側頸部外側区域郭清を伴う）	
	150398810	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術（切除）	
	150398910	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘）	
	150119810	副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術（副甲状腺全摘、一部筋肉移植）	
	150386310	内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	
	150119910	副甲状腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎）	
	150120410	頸部郭清術（片）	
	150262610	頸部郭清術（両）	
	150120610	頸部悪性腫瘍手術	
	150447210	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	
	150303110	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わない））	
	150316510	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））	
	150262710	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴う））	
	150121710	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施しない）	
	150121810	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施する）	
	150121910	乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術（郭清を併施する））	
	150386410	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術・腋窩部郭清無・内視鏡下）	
	150386510	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴う））	
	150483450	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術・腋窩部郭清無・内視鏡以外）	
	150316610	動脈（皮）弁等乳房再建術（乳房切除後・内視鏡下・一次的）	
	150483550	動脈（皮）弁等乳房再建術（乳房切除後・内視鏡下以外・一次的）	
	150316710	動脈（皮）弁等乳房再建術（乳房切除後・内視鏡下・二次的）	
	150483650	動脈（皮）弁等乳房再建術（乳房切除後・内視鏡下以外・二次的）	
	150133010	食道異物摘出術（頸部手術）	
	150133610	食道憩室切除術（頸部手術）	
	150382950	内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	
	150260050	経皮的大動脈弁拡張術	
	150242550	経皮的僧帽弁拡張術	
	150400310	経皮的僧帽弁クリップ術	
	150319710	動脈管開存症手術（経皮的動脈管開存閉鎖術）	
	150346410	経皮的大動脈形成術	
	150260150	経皮的肺動脈弁拡張術	
	150346510	経皮的肺動脈形成術	
	150320610	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	
	150411050	経皮的卵円孔開存閉鎖術	
	150410850	不整脈手術（左心耳閉鎖術）（経カテーテル的手術）	
	150387510	経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いる）	
	150387610	経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いない）	
	150149410	動脈血栓内膜摘出術（大動脈に及ぶ）	
	150322710	動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈）	
	150149510	動脈血栓内膜摘出術（その他）	
	150337110	経皮的頸動脈ステント留置術	
	150152010	腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）	
	150360510	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）	
	150387810	血管移植術、バイパス移植術（膝窩動脈）	
	150153810	四肢の血管拡張術・血栓除去術（その他）	
	150347310	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後）	
	150416810	経皮的下肢動脈形成術	
	150416410	末梢動静脈瘻造設術（内シャント造設術）（単純）	
	150416510	末梢動静脈瘻造設術（内シャント造設術）（静脈転位を伴う）	
	150154430	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	
	150154510	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
	150156410	リンパ節群郭清術（頸部）（深在性）	
	150156710	リンパ節群郭清術（胸骨旁）	
	150322810	リンパ節群郭清術（骨盤）	
	150159710	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	
	150347510	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	
	150347610	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	
	150361810	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術	
	150171610	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）	
	150362110	経皮経食道胃管挿入術（ＰＴＥＧ）	
	150394950	薬剤投与用胃瘻造設術	
	150255310	体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）	
	150174550	経皮的胆管ドレナージ術	
	150362410	超音波内視鏡下瘻孔形成術（腹腔内膿瘍）	
	150337410	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	
	150378210	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（腹腔鏡によるもの）	
	150378310	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（その他のもの）	
	150370250	体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）	
	150179210	膵嚢胞外瘻造設術（内視鏡によるもの）	
	150293310	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	
	150364410	下部消化管ステント留置術	
	150348610	経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る）	
	150389810	直腸脱手術（経会陰）（腸管切除を伴う）	
	150190710	肛門悪性腫瘍手術（切除）	
	150191210	肛門括約筋形成手術（組織置換）	
	150191510	鎖肛手術（仙骨会陰式）	
	150277910	仙尾部奇形腫手術	
	150194010	経皮的尿路結石除去術（経皮的腎瘻造設術を含む）	
	150194210	経皮的腎盂腫瘍切除術（経皮的腎瘻造設術を含む）	
	150489610	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固）（２ｃｍ以内）	
	150489710	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固）（２ｃｍを超える）	
	150365010	経尿道的尿路結石除去術（レーザー）	
	150197010	経尿道的尿管狭窄拡張術	
	150264210	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	
	150404110	膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡）	
	150246410	尿道悪性腫瘍摘出術（内視鏡）	
	150246910	尿道形成手術（後部尿道）	
	150204810	尿道下裂形成手術	
	150407910	尿道下裂形成手術（性同一性障害）	
	150204950	除茎形成術	
	150408010	除茎形成術（性同一性障害）	
	150285610	尿失禁手術（その他）	
	150326310	膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術	
	150365410	膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材）	
	150206710	除茎悪性腫瘍手術（除茎切除）	
	150206810	除茎悪性腫瘍手術（除茎全摘）	
	150379610	経尿道的前立腺手術（電解質溶液利用）	
	150365710	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術（ホルミウムレーザー等使用）	
	150404410	経尿道的前立腺核出術	
	150211010	女子外性器悪性腫瘍手術（切除）	
	150211110	女子外性器悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用））	
	150326710	腟壁裂創縫合術（分娩時を除く）（直腸裂傷を伴う）	
	150213210	腟壁悪性腫瘍手術	
	150404510	腟腸瘻閉鎖術（内視鏡）	
	150404610	腟腸瘻閉鎖術（その他）	
	150285910	造腟術（腟断端挙上）	
	150366210	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	
	150349710	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）	
	310021710	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付き）	※
	310004210	舌悪性腫瘍手術（亜全摘）	※
	310021510	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）	※
	310031810	上顎骨形成術（骨移動を伴う）	※
	310023810	顔面神経麻痺形成手術（動的）	※
	310031910	下顎骨形成術（骨移動を伴う）	※
	310022310	血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）	※
	310014210	上顎骨形成術（複雑及び２次的再建）	※
	310011310	耳下腺悪性腫瘍手術（全摘）	※
	310016110	顔面多発骨折観血的手術	※
	310014410	頬骨変形治癒骨折矯正術	※
	310011110	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）	※
	310006610	口唇悪性腫瘍手術	※
	310010910	顎下腺悪性腫瘍手術	※
	310011210	耳下腺悪性腫瘍手術（切除）	※
	310015910	下顎骨形成術（再建）	※
	310021410	動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	※
	310020810	全層植皮術（２００ｃｍ２以上）	※
	310003810	口腔底悪性腫瘍手術	※
	310014110	上顎骨形成術（単純）	※
	310014810	下顎骨折観血的手術（両側）	※
	310011010	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）	※
	310005810	口唇裂形成手術（両側）（鼻腔底形成を伴う）	※
	310030510	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（両側）	※
	310015810	下顎骨形成術（短縮又は伸長）	※
	310022410	血管移植術、バイパス移植術（その他の動脈）	※
	310004110	舌悪性腫瘍手術（切除）	※
	310020710	全層植皮術（１００ｃｍ２以上２００ｃｍ２未満）	※
	310016310	顎関節脱臼観血的手術	※
	310016710	顎関節授動術（開放授動術）	※
	310020410	分層植皮術（２００ｃｍ２以上）	※
	310005010	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（片側）	※
	310005510	口唇裂形成手術（片側）（鼻腔底形成を伴う）	※
	310006010	鼻咽腔閉鎖術	※
	310022710	神経移植術	※
	310004910	顎・口蓋裂形成手術（硬口蓋）	※
	310005710	口唇裂形成手術（両側）（口唇裂鼻形成を伴う）	※
	310021310	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術（１００ｃｍ２以上）	※
	310022110	動脈形成術、吻合術	※

（別添３）

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
（令和８年３月５日保医発 0305 第８号）

第１　特掲診療料の施設基準等

４　特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第２条第１号に規定する育児休業、同条第２号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第 23 条第２項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第 24 条第１項の規定により同項第２号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第１項若しくは第３項、第 23 条の３又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第２　届出に関する手続き

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

（中略）

口腔機能実地指導料　　（口実地）第　　号

第４　経過措置等

表１　新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

（中略）

- 充実管理加算１（脂質異常症を主病とする場合）（令和８年３月 31 日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）の注４又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注４に係る届出を行っている保険医療機関については、令和９年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 充実管理加算２（脂質異常症を主病とする場合）
- 充実管理加算１（高血圧症を主病とする場合）（令和８年３月 31 日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）の注４又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注４に係る届出を行っている保険医療機関については、令和９年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 充実管理加算２（高血圧症を主病とする場合）
- 充実管理加算１（糖尿病を主病とする場合）（令和８年３月 31 日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）の注４又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注４に係る届出を行っている保険医療機

関については、令和９年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

・　充実管理加算２（糖尿病を主病とする場合）

・　心不全再入院予防継続管理料

・　遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３（令和８年５月 31 日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一「Ｄ０２６」に掲げる検体検査判断料の注６に規定する遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除く。）

・　遺伝性疾患療養指導管理料の注５（令和８年５月 31 日時点で「旧算定方法」別表第一「Ｄ０２６」に掲げる検体検査判断料の注７に規定する遺伝性腫瘍カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除く。）

（中略）

・　ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出

・　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（令和８年５月 31 日時点で「旧算定方法」別表第一「Ｄ０２３」に掲げる微生物核酸同定・定量検査の「22」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）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関を除く。）

・　壁側胸膜凍結生検法

表３　施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要でないもの）

（中略）

・　遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３（令和８年~~３~~５月 31 日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一「Ｄ０２６」に掲げる検体検査判断料の注６に規定する遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関に限る。）

・　遺伝性疾患療養指導管理料の注５（令和８年~~３~~５月 31 日時点で「旧算定方法」別表第一「Ｄ０２６」に掲げる検体検査判断料の注７に規定する遺伝性腫瘍カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関に限る。）

（中略）

・　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（令和８年~~３~~５月 31 日時点で「旧算定方法」別表第一「Ｄ０２３」に掲げる微生物核酸同定・定量検査の「22」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）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関に限る。）

別添１

特掲診療料の施設基準等

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

２　届出に関する事項

歯科点数表の初診料の注 ~~17~~16 及び再診料の注 13 に規定する施設基準の届出を行っていればよく、小児口腔機能管理料の注７、口腔機能管理料の注７及び歯科特定疾患療養管理料の注５に規定する情報通信機器を用いた歯科診療として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 14　在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２

１　在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２の施設基準

（１）　在宅療養支援歯科診療所１の施設基準

次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

ク　直近１か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が９割５分以上の診療所にあっては、次のいずれにも該当するものであること。

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

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

（ハ）　在宅歯科医療に係る３年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。

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

（ホ）　歯科訪問診療において、過去１年間の診療実績（歯科点数表に掲げるものうち、次に掲げるものの算定実績をいう。）が次の要件のいずれにも該当していること。

２　届出に関する事項

在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２の施設基準に係る届出は、別添２の様式 18 を用いること。令和８年３月 31 日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」による改正前の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月 31 日までの間に限り、１の(１)のア及び~~２の（１）~~１の（２）のアの基準を満たしているものとする。

第 15　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

５　届出に関する事項

（３）　「４」については、在宅時医学総合管理料の注 16（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準の該当可否について毎年２月、５月、

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

第 25 の３　光トポグラフィー

１　抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合の診療料を算定するための施設基準

~~（７）　当該療法の実施状況を別添２の様式 26 の３により毎年地方厚生（支）局長に報告していること。~~

第 47 の７　通院・在宅精神療法

６　通院・在宅精神療法の注 13 に関する施設基準

以下のいずれかを満たすこと

（１）　以下のいずれかを満たす保険医療機関において実施されていること。

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

（イ）　身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関

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

イ　精神病床を有する特定機能病院

ウ　急性期病院精神病棟入院基本料を届け出ている病院

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

オ　障害者施設等入院基本料を届け出ている病院

カ　通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算又は児童思春期支援指導加算を届け出ている保険医療機関（20 歳未満の者又は 20 歳未満から継続して診療を行っている者に算定する場合に限る。）

第 56 の２　医科点数表第２章第９部処置の通則の５並びに歯科点数表第２章第８部処置の通則の６に掲げる処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準

４　医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、急性期総合体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算等に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

（６）　当該計画には、医師（当該加算を算定している診療科以外の医師も含む）の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも２項目以上を含んでいること。

① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施

② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）

③ 当直翌日の業務内容に対する配慮

④ 交替勤務制・複数主治医制の実施

⑤ 育児・介護休業法第 23 条第１項若しくは第３項、第 23 条の３又は第 24 条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

第 79 の７　外科医療確保特別加算

１　外科医療確保特別加算の施設基準

（４）当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること。

ア　当該診療科の経験を５年以上有する常勤（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 31 時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第１項、同条第３項、第 23 条の３又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週 30 時間以上であることをいう。）の医師が６名以上配置されていること。

イ　チーム制又は交代勤務制を導入していること。

ウ　当該診療科に配置されている常勤の医師については、医療法第 123 条第１項に規定する特定対象医師であるかどうかにかかわらず、特定対象医師について医療法第 123 条第１項及び第２項に規定するものと同様の休息時間を確保すること。また、特定対象医師について同条第３項に規定するものと同様の休息時間を確保するよう配慮していること。

第 88 の２　調剤基本料２

２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点

（９）保険薬局が開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直した場合であっても、~~各厚生局のホームページに公表されている「コード内容別医療機関一覧表」において指定年月日が変更されない限り、~~保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、令和８年６月１日以降も１月当たりの処方箋の受付回数が継続的に 1,800 枚以下である保険薬局は、１の（１）のウの（ロ）に該当するものとみなす。

第 89　調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準（処方箋集中率等の状況によらず例外的に調剤基本料１を算定することができる保険薬局）

２　届出に関する事項

（３）令和８年３月 31 日において、現に改正前の基本診療料施設基準通知の別添３の別紙２の「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局が、調剤基本料の注１ただし書~~に~~の規定に係る届出を行っている場合は、令和 10 年５月 31 日までの間、なお効力を有するものとする。

第 92　地域支援・医薬品供給対応体制加算

2　地域支援・医薬品供給対応体制加算２

（３）　地域医療への貢献に係る十分な体制として、以下のアからコまでの要件を満たすこと。

コ　地域医療に関連する取組の実施として以下を満たすこと。

（ヘ）　次に掲げるセルフメディケーション関連機器のうち少なくとも３つについて、患者の求めに応じて使用できるよう設置していること。

①　体重計

②　体温計

③　血圧測定器

④　体組成計（体脂肪率、BMI 等を含むもの）

⑤　血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメータ）

⑥　握力計

⑦　骨密度測定器

⑧　心電計

第 97　調剤管理料の注３及び注４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。

2　手帳の活用実績は、「第 88 の２　調剤基本料２」の「２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点」の（１）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年５月１日から当年４月 30 日までの~~服薬管理指導料の~~実績をもって該当性を判断し、当年６月１日から翌年５月 31 日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、「第 88 の２　調剤基本料２」の「２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点」の（１）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。

第 97 の２　服薬管理指導料の注１に規定する保険薬局

1　かかりつけ薬剤師として必要な指導等を行う保険薬剤師は、次の要件を全て満たすこと。

（１）　以下に掲げる勤務経験等を有していること。

イ　当該保険薬局に週 31 時間以上（31 時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第 23 条第１項若しくは第３項、第 23 条の３又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該保険薬剤師（労働者に限る。）の所定労働時間が短縮された場合にあっては週 24 時間以上かつ週４日以上）勤務している。

（２）　以下のいずれかの要件を満たすこと。

ア　当該保険薬局に勤務する~~常勤の~~週 31 時間以上勤務する保険薬剤師（派遣労働者である者を含み、産前産後休業中、育児休業中又は介護休業中の者を除く。）について、当該保険薬局に継続的に在籍し、週 31 時間以上勤務している期間（産前産後休業、育児休業又

は介護休業から復職した保険薬剤師の休業前の在籍期間を含む。）が平均して１年以上であること。

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。

２　手帳の活用実績は、「第 88 の２　調剤基本料２」の「２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点」の（１）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年５月１日から当年４月 30 日までの~~服薬管理指導料の~~実績をもって該当性を判断し、当年６月１日から翌年５月 31 日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、「第 88 の２　調剤基本料２」の「２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点」の（１）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。

別表Ⅰ　診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 （医科）

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
1	A000	初診料	（初診の後、当該初診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第1号）別添1第1章第1部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			（注5のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を算定した場合） 1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100923	1つ目の診療科(初診料):******		※
				830100002	2つ目の診療科(初診料):******		
			（情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合） 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100990	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(初診料)		
			（情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100816	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(初診料)		
2	A001	再診料	（再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			（同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合） 同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある旨を記載すること。	112008350	同日再診料	○	
				112024950	同日再診料(情報通信機器)	○	
				112016850	同日特定妥結率再診料	○	
				112025150	同日特定妥結率再診料(情報通信機器)	○	
				112008850	同日電話等再診料	○	
				112023450	同日電話等再診料(30年3月以前継続)	○	
				112016950	同日電話等特定妥結率再診料	○	
				112023750	同日電話等特定妥結率再診料(30年3月以前継続)	○	
			（健診等に関する疾病に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、保険診療を行う場合） 当該保険診療よりも前に、健診等を別の受診において実施したことを記載すること。	820101331	健診等の実施とは別の受診において保険診療を実施した(再診料)		※
			（注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合） 1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100964	1つ目の診療科(再診料):******		※
				830100003	2つ目の診療科(再診料):******		
			（情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合） 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを記載すること。	820100817	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(再診料)		
			（情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを記載すること。	820100818	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(再診料)		
3	A001 注20	看護師等遠隔診療補助加算	（へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等とい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） 前回の対面診療を実施した年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	850190207	前回の対面診療を実施した年月日(再診料(看護師等遠隔診療補助加算)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190492	初回(再診料(看護師等遠隔診療補助加算))		
4	A002	外来診療料	（当該病院において過去1年間に12回以上外来診療料（「注1」から「注4」までに限る。）を算定した患者であって、過去1年間に、紹介を行った医療機関との連携により、「B005－11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定していない場合） 「緊急その他やむを得ない事情がある患者」又は「専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者」のいずれか該当するものを選択して記載すること。	820101332	イ　緊急その他やむを得ない事情がある患者(外来診療料)		※
				820101333	ウ　専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者(外来診療料)		※
			（再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部通則2のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ　一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			（健診等に関する疾病に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、保険診療を行う場合） 当該保険診療よりも前に、健診等を別の受診において実施したことを記載すること。	820101334	健診等の実施とは別の受診において保険診療を実施した(外来診療料)		※
			（注5に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合） 1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	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） 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100819	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(外来診療料)		
			（情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100820	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(外来診療料)		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
5	A002 注11	看護師等遠隔診療補助加算	（へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等とい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） 前回の対面診療を実施した年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	850190208	前回の対面診療を実施した年月日(外来診療料(看護師等遠隔診療補助加算));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190493	初回(外来診療料(看護師等遠隔診療補助加算))		
6	A100	一般病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100005	入院元(一般病棟入院基本料)(救急・在宅等支援病床初期加算);******		
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100006	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(救急・在宅等支援病床初期加算);******		
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100007	直近の入院医療機関名及び退院年月日(救急・在宅等支援病床初期加算);******		
7	A101	療養病棟入院基本料	（必要があって患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100008	他の病棟又は病床へ移動させた医療上の必要性(療養病棟入院基本料);******		
			（患者の急性増悪により、療養病棟入院基本料を算定する病棟において、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合であって、療養病棟入院基本料の入院料27を算定した場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100009	医療上の必要性(療養病棟入院基本料);******		
			（回復期リハビリテーション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） 非該当患者である旨を記載すること。	820100392	非該当患者(療養病棟入院基本料)		
8	A101	療養病棟入院基本料の急性期患者支援療養病床初期加算又は在宅患者支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100010	入院元(急性期患者支援療養病床初期加算);******		
				830100011	入院元(在宅患者支援療養病床初期加算);******		
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100012	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(急性期患者支援療養病床初期加算);******		
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100015	直近の入院医療機関名及び退院年月日(在宅患者支援療養病床初期加算);******		
9	A103	精神病棟入院基本料の重度認知症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。 （月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。）	830100016	算定根拠となる評価(重度認知症加算(精神病棟入院基本料));******		
				850100013	評価年月日(重度認知症加算(精神病棟入院基本料));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
10	A104	特定機能病院入院基本料の重度認知症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。 （月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。）	830100455	算定根拠となる評価(重度認知症加算(特定機能病院精神病棟入院基本料));******		
				850100386	評価年月日(重度認知症加算(特定機能病院精神病棟入院基本料));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
11	A106	障害者施設等入院基本料	（一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当する場合） 「特」と記載すること。	190161210	特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)	○	
				190161310	特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)(夜勤時間超過減算)	○	
			（一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当しない場合） 「特外」と記載し、その理由（悪性新生物に対する治療を行っている、など）を簡潔に記載すること。	830100472	「特外」理由(障害者施設等入院基本料);******		
12	A109	有床診療所療養病床入院基本料	（必要があって患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100018	他の病棟又は病床へ移動した医療上の必要性(有床診療所療養病床入院基本料);******		
			（患者の急性増悪により、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病室において、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合であって、有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Eを算定した場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100019	同一の保険医療機関の療養病床以外又は別の保険医療機関の一般病棟等以外へ転院する医療上の必要性(有床診療所療養病床入院基本料);******		
13	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所急性期患者支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100800	入院元(有床診療所急性期患者支援病床初期加算);******		
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100801	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(有床診療所急性期患者支援病床初期加算);******		
14	A108	有床診療所入院基本料の有床診療所在宅患者支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100802	入院元(有床診療所在宅患者支援病床初期加算);******		
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100803	直近の入院医療機関名及び退院年月日(有床診療所在宅患者支援病床初期加算);******		
15	A109	有床診療所療養病床入院基本料の有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100020	入院元(有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算);******		
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100021	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算);******		
16	A109	有床診療所療養病床入院基本料の有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100779	入院元(有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算);******		
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100022	直近の入院医療機関名及び退院年月日(有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算);******		
17	A200	急性期総合体制加算	（当該加算の算定を開始した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合） 当該加算の算定を開始した入院年月日を記載すること。	850100487	加算の算定を開始した入院年月日(急性期総合体制加算);(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) 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。 ア 「基本診療料の施設基準等」の別表七の三(以下この項において「別表」という。)別表の一から十二までのうち該当する状態 イ 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標(P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びに FiO2 を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。) ウ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの エ 重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であってJCS(Japan Coma Scale)0の状態、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の状態、別表の四に掲げる状態であって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) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100017	救急医療管理加算1を算定した入院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(他の保険医療機関に入院中の患者が転院により入院する場合) 転院前の入院における主傷病名を記載すること。	830100806	転院前の入院における主傷病名(救急医療管理加算2):******		
				820100422	一 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態(救急医療管理加算2)		
				820101050	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS0		
				820100423	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS1		
				820100424	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS2		
				820100425	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS3		
				820100426	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS10		
				820100427	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS20		
				820100428	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS30		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
19	A205の2	救急医療管理加算２	以下の内容について、記載すること。 ア　別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態として該当するもの イ　別表の二、三、四、六、七又は八に準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びに FiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。） ウ　当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの エ　重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態に準ずる状態であってJCS（Japan Coma Scale）0の状態、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であってP/F比400以上の状態、別表の四に掲げる状態に準ずる状態であってNYHA Ⅰ 度の状態、又は別表の八に掲げる状態に準ずる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	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） 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) 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) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100401	加算を算定した入院年月日(感染対策向上加算3);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
35	A234-4	重症患者初期支援充実加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850190197	加算を算定した入院年月日(重症患者初期支援充実加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
36	A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	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) 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） 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） 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重　1，500g以上		
				820100028	出生時体重　1，000g以上1，500g未満		
				820100029	出生時体重　1，000g未満		
				820101040	出生時体重　500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重　500g未満		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A302新生児特定集中治療室管理料の(1)のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100474	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ア　高度の先天奇形		
				820100475	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):イ　低体温		
				820100476	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ウ　重症黄疸		
				820100477	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):エ　未熟児		
				820100478	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):オ　意識障害又は昏睡		
				820100479	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):カ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100480	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):キ　急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100481	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ク　急性薬物中毒		
				820100482	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ケ　ショック		
				820100483	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):コ　重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		
				820100484	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):サ　大手術後		
				820100485	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):シ　救急蘇生後		
				820100486	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ス　その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
47	A302-2	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A302-2新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の(1)のアからケまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820101148	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ア　体外式膜型人工肺を実施している状態		
				820101149	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):イ　腎代替療法(血液透析、腹膜透析等)を実施している状態		
				820101150	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ウ　交換輸血を実施している状態		
				820101151	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):エ　低体温療法を実施している状態		
				820101152	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):オ　人工呼吸器を使用している状態(出生時体重が七百五十グラム未満である場合に限る。)		
				820101153	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):カ　人工呼吸器を使用している状態であって、一酸化窒素吸入療法を実施している状態		
				820101154	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):キ　人工呼吸器を使用している状態であって、胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している状態		
				820101155	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ク　手術術後に人工呼吸器を使用してる状態		
				820101156	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ケ　新興感染症や先天性感染症等の感染症患者であって、陰圧個室管理など厳重な感染対策を行いながら人工呼吸器を使用している状態(合併症として発生した感染症は除く。)		
48	A303の1	総合周産期特定集中治療室管理料 1　母体・胎児集中治療室管理料	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A303総合周産期特定集中治療室管理料の(2)のアからカ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		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
49	A303の2	総合周産期特定集中治療室管理料 2 新生児集中治療室管理料	（新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合） 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重 1，500g以上		
				820100028	出生時体重 1，000g以上1，500g未満		
				820100029	出生時体重 1，000g未満		
				820101040	出生時体重 500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重 500g未満		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A302新生児特定集中治療室管理料の(1)のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100493	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ア 高度の先天奇形		
				820100494	該当するもの(新生児集中治療室管理料):イ 低体温		
				820100495	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ウ 重症黄疸		
				820100496	該当するもの(新生児集中治療室管理料):エ 未熟児		
				820100497	該当するもの(新生児集中治療室管理料):オ 意識障害又は昏睡		
				820100498	該当するもの(新生児集中治療室管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100499	該当するもの(新生児集中治療室管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100500	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ク 急性薬物中毒		
				820100501	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ケ ショック		
				820100502	該当するもの(新生児集中治療室管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		
				820100503	該当するもの(新生児集中治療室管理料):サ 大手術後		
				820100504	該当するもの(新生児集中治療室管理料):シ 救急蘇生後		
				820100505	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
50	A303-2	新生児治療回復室入院医療管理料	（新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合わせて31日以上算定した場合） 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重 1，500g以上		
				820100028	出生時体重 1，000g以上1，500g未満		
				820100029	出生時体重 1，000g未満		
				820101040	出生時体重 500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重 500g未満		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A303-2新生児治療回復室入院医療管理料の、(2)のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100506	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ア 高度の先天奇形		
				820100507	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):イ 低体温		
				820100508	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ウ 重症黄疸		
				820100509	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):エ 未熟児		
				820100510	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):オ 意識障害又は昏睡		
				820100511	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100512	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100513	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ク 急性薬物中毒		
				820100514	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ケ ショック		
				820100515	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		
				820100516	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):サ 大手術後		
				820100517	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):シ 救急蘇生後		
				820100518	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
51	A304	地域包括医療病棟入院料	（入院中に患者の状態が変化し、当初の治療予定が変更になった場合） 治療を変更する理由となった患者の状態の変化について記載すること。	830100925	患者の状態の変化(地域包括医療病棟入院料):******		※
			（入院中に患者の状態が変化し、当初の治療予定が変更になった場合） 治療を変更した後の予定される治療内容について記載すること。	830100926	変更後の治療予定(地域包括医療病棟入院料):******		※
52	A306	特殊疾患入院医療管理料	（必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合） その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100031	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特殊疾患入院医療管理料):******		
53	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料	対象となる疾患の発症年月日、手術年月日又は損傷年月日及び入棟年月日並びに退棟年月日を記載すること。	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） 当該日数を記載すること。	842100023	1日6単位以上のリハビリテーション提供日数(回復期リハビリテーション病棟入院料):******		
			（回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟から転院してきた患者であって、転院後継続して回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する場合） 転院前の保険医療機関における当該入院料の算定日数を記載すること。	842100024	転院前の算定日数(回復期リハビリテーション病棟入院料):******		
			（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第1章第2部第3節A308回復期リハビリテーション病棟入院料の(13)のウ及びエにおいて、当該患者をリハビリテーション実績指数の算出から除外する場合） 当該患者の入棟月の診療報酬明細書に、実績指数の算出から除外する旨及びその理由を記載すること。	830100032	実績指数算出から除外する理由(回復期リハビリテーション病棟入院料):******		
			（必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合） その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100033	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(回復期リハビリテーション病棟入院料):******		
54	A308-3	地域包括ケア病棟入院料	（必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合） その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100034	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(地域包括ケア病棟入院料):******		
55	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算又は在宅患者支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100035	入院元(急性期患者支援病床初期加算):******		
				830100036	入院元(在宅患者支援病床初期加算):******		
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100037	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(急性期患者支援病床初期加算):******		

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） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100040	直近の入院医療機関名及び退院年月日(在宅患者支援病床初期加算);******		
56	A309	特殊疾患病棟入院料	（必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合） その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100041	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特殊疾患病棟入院料);******		
57	A311 A311-2 A311-3	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料	算定を開始した年月日を記載すること。	850100034	精神科救急急性期医療入院料の算定開始年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100035	精神科急性期治療病棟入院料の算定開始年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100036	精神科救急・合併症入院料の算定開始年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（転棟患者等が精神科急性期治療病棟入院料を算定する場合） 転棟の必要性を記載すること。	830100042	転棟の必要性(精神科救急急性期医療入院料);******		
				830100043	転棟の必要性(精神科急性期治療病棟入院料);******		
				830100044	転棟の必要性(精神科救急・合併症入院料);******		
			（医療観察法入院患者（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定による入院患者）であった者が、引き続き精神科救急~~救急~~急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する場合） 医療観察法による入院の開始日及び終了日(年月日)を記載すること。	850100037	医療観察法による入院開始年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100038	医療観察法による入院終了年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
58	A311 A311-2 A311-3 ~~A315~~	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料 ~~精神科地域包括ケア病棟入院料~~ の非定型抗精神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している~~向抗~~精神病薬をすべて記載すること。	830100045	~~向抗~~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	~~向抗~~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	~~向抗~~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	~~向抗~~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） 投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A311精神科救急急性期医療入院料の（3）のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100040	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急急性期医療入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100519	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急急性期医療入院料):ア　クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100520	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急急性期医療入院料):イ　患者事由により、投与を中止		
			（他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合） 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100041	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急急性期医療入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100025	クロザピンの投与中止回数(精神科救急急性期医療入院料);******		
60	A311-2	精神科急性期治療病棟入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。	850100042	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科急性期治療病棟入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合） 投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A311－2精神科急性期治療病棟入院料の（4）のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100043	当該病棟におけるクロザピンの投与中止日(精神科急性期治療病棟入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100521	クロザピンの投与中止の理由(精神科急性期治療病棟入院料):ア　クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100522	クロザピンの投与中止の理由(精神科急性期治療病棟入院料):イ　患者事由により、投与を中止		
			（他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合） 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100044	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科急性期治療病棟入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100026	クロザピンの投与中止回数(精神科急性期治療病棟入院料);******		
61	A311-3	精神科救急・合併症入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。	850100045	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科救急・合併症入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合） 投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A311－3精神科救急・合併症入院料の（3）のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100046	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急・合併症入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100523	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):ア　クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100524	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):イ　患者事由により、投与を中止		
			（他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合） 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100047	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急・合併症入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100027	クロザピンの投与中止回数(精神科救急・合併症入院料);******		
62	A312	精神療養病棟入院料	（必要があって患者が他の病棟等へ移動した場合） その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100048	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(精神療養病棟入院料);******		
63	A312	精神療養病棟入院料の非定型抗精神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している~~向抗~~精神病薬をすべて記載すること。	830100049	~~向抗~~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） その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100050	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(認知症治療病棟入院料);******		
66	A317	特定一般病棟入院料の救急・在宅等支援病床初期加算	入院元を記載すること。	830100051	入院元(特定一般病棟入院料)(救急・在宅等支援病床初期加算);******		
			（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。（記載例1参照） [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 （転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。	830100006	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(救急・在宅等支援病床初期加算);******		
			（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。（記載例2参照） [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100007	直近の入院医療機関名及び退院年月日(救急・在宅等支援病床初期加算);******		
67	A317	特定一般病棟入院料を算定している患者について、地域包括ケア入院医療管理が行われた場合	地域包括ケア入院医療管理を行う病室に入室した年月日を記載すること。	850100048	特定一般病棟入院料(地域包括ケア)を行う病室への入室年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			（必要があって患者を他の病棟等へ移動した場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100054	患者を他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特定一般病棟入院料)(地域包括ケア);******		
68	A318	地域移行機能強化病棟入院料の非定型抗精神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している~~向抗~~精神病薬をすべて記載すること。	830100055	~~向抗~~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) 短期滞在手術等基本料を算定しない理由を記載すること。	830100056	非算定理由(短手1):******		
			(短期滞在手術等基本料1を算定する患者について、当該手術とは別の目的で実施した、検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目の費用を算定する場合) その旨を記載すること。	820100540	対象手術とは別目的で実施した検査等(短手1)		
72	A400の3	短期滞在手術等基本料3	短手3と表示し、検査日又は手術日及び検査名又は手術名を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
73	A	180日を超える期間通算対象入院料を算定する場合	(「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」(平成18年9月12日厚生労働省告示第498号)の九のいずれにも該当しない場合) 「選」と記載すること。	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) 「選外」と記載し、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」第九のイからワまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100030	イ　通算対象入院料算定患者以外の患者		
				820100031	ロ　難病患者等入院診療加算を算定する患者		
				820100032	ハ　重症者等療養環境特別加算を算定する患者		
				820100033	ニ　厚生労働省告示に規定する難病患者等		
				820100034	ホ　悪性新生物に対する腫瘍用薬を投与している状態にある患者		
				820100035	ヘ　悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態にある患者		
				820100036	ト　ドレーン法等を実施している状態にある患者		
				820100037	チ　人工呼吸器を使用している状態にある患者		
				820100038	リ　人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態にある患者		
				820100039	ヌ　全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術患者		
				820100040	ル　15歳未満の患者		
				820100041	ヲ　小児慢性特定疾病児童等患者又は育成医療給付患者		
				820100042	ワ　ロからヌまでに掲げる状態に準ずる状態にある患者		
74	A	救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床(救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。)に入院したものとみなす場合	死亡年月日及び死亡を確認した場所として、「処置室で死亡」、「手術室で死亡」、「処置室・手術室以外で死亡」の中から該当するものを選択して記載すること。 なお、「処置室・手術室以外で死亡」を選択した場合は、死亡を確認した場所を記載すること。	820100043	処置室で死亡		
				820100044	手術室で死亡		
				820100045	処置室・手術室以外で死亡		
				830100057	死亡を確認した場所:******		
75	B001の2	特定薬剤治療管理料1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の2特定薬剤治療管理料の(1)のアの(イ)から(ナ)までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。 また、初回の算定年月を記載すること。ただし、抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月目以降の特定薬剤治療管理料1を算定する場合又は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者について特定薬剤治療管理料1を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。	820100046	(イ)　心疾患患者でジギタリス製剤を投与		
				820100047	(ロ)　てんかん患者で抗てんかん剤を投与		
				820100558	(ハ)　臓器移植術を受けた患者で免疫抑制剤を投与		
				820100559	(ニ)　気管支喘息等の患者でテオフィリン製剤を投与		
				820100560	(ホ)　不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与		
				820100561	(ヘ)　統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与		
				820100562	(ト)　躁うつ病の患者でリチウム製剤を投与		
				820100563	(チ)　躁うつ病又は躁病の患者でバルプロ酸ナトリウム等を投与		
				820100054	(リ)　留意事項通知に規定する患者でシクロスポリンを投与		
				820100564	(ヌ)　留意事項通知に規定する患者でタクロリムス水和物を投与		
				820100565	(ル)　若年性関節リウマチ等の患者でサリチル酸系製剤を継続投与		
				820100566	(ヲ)　悪性腫瘍の患者でメトトレキサートを投与		
				820100567	(ワ)　留意事項通知に規定する患者でエベロリムスを投与		
				820100568	(カ)　入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質等を数日間以上投与		

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) エベロリムスの初回投与日	850100050	エベロリムスの初回投与年月日(特定薬剤治療管理料1);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			(エベロリムスの初回投与から3月の間に算定する場合) エベロリムスの血中濃度測定の必要性	830100059	エベロリムスの血中濃度測定の必要性(特定薬剤治療管理料1);******		
79	B001の2	特定薬剤治療管理料2のロ	カルタヘナ法に基づく管理を必要とする薬剤について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	830100927	カルタヘナ法に基づく管理を必要とする薬剤(特定薬剤治療管理料2ロ);******		※
80	B001の3	悪性腫瘍特異物質治療管理料	行った腫瘍マーカーの検査名を記載すること。	830100060	検査名(悪性腫瘍特異物質治療管理料);******		
81	B001の4	小児特定疾患カウンセリング料	同一患者に対し初めてのカウンセリングを行った年月日を記載すること。	850100051	同一患者に対し初めてのカウンセリング実施年月日(小児特定疾患カウンセリング料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
82	B001の8	皮膚科特定疾患指導管理料	(結節性痒疹及びその他の痒疹(慢性型で経過が1年以上のものに限る。)に対して算定する場合) 痒疹の発症年月を記載すること。	850100494	痒疹の発症年月日;(元号)yy″年″mm″月″		※
83	B001の9	外来栄養食事指導料の「注2」の場合	指導した年月日を記載すること。	850100052	指導した年月日(外来栄養食事指導料(注2));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
84	B001の12	心臓ペースメーカー指導管理料の導入期加算	ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー移植術、植込型除細動器移植術又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術を行った年月日を記載すること。	850100053	導入期加算(心臓ペースメーカー指導管理料)移植年月日;(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
85	B001の12	心臓ペースメーカー指導管理料の植込型除細動器移行期加算	直近の算定年月及び使用開始日を記載すること。また、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の12心臓ペースメーカー指導管理料の(5)のア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) その必要性を記載すること。	830100061	管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した必要性(慢性維持透析患者外来医学管理料);******		
			(慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査であって特例として算定を認められた検査を別に算定した場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の15慢性維持透析患者外来医学管理料の(10)のアからカまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100066	ア 出血性合併症患者の退院月翌月の月2回目以後の末梢血液一般検査		
				820100067	イ パルス療法施行時の月2回目以後のカルシウム等の検査		
				820100068	ウ 副甲状腺切除を行った患者の月2回目以後のカルシウム等の検査		
				820100069	エ シナカルセト塩酸塩投与患者の月2回目以後のカルシウム等の検査		
				820100070	オ 透析アミロイド症の月2回目以後のβ2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) 算定年月日を記載すること。	850100059	算定年月日(慢性疼痛疾患管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
93	B001の23	がん患者指導管理料のロ	当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を記載すること。	850100060	過去に算定した年月日(がん患者指導管理料ロ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
94	B001の23	がん患者指導管理料のハ	当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を記載すること。	850100061	過去に算定した年月日(がん患者指導管理料ハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
95	B001の26	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料の導入期加算	植込術を行った年月日を記載すること。	850100062	植込術の実施年月日(導入期加算(植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
96	B001の27	糖尿病透析予防指導管理料	ヘモグロビンA1cの値又は内服薬やインスリン製剤を使用している旨を記載すること。	842100028	ヘモグロビンA1c値(糖尿病透析予防指導管理料);******		
				820100574	内服薬やインスリン製剤使用(糖尿病透析予防指導管理料)		
97	B001の28	小児運動器疾患指導管理料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190002	前回算定年月(小児運動器疾患指導管理料);(元号)yy″年″mm″月″		
				820190002	初回(小児運動器疾患指導管理料)		
98	B001の29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	842100029	乳腺炎重症化予防ケア・指導料1の通算実施回数;******		
				842100111	乳腺炎重症化予防ケア・指導料2の通算実施回数;******		
99	B001の31	腎代替療法指導管理料	(腎代替療法指導管理料を2回算定する場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100065	2回算定する医療上の必要性(腎代替療法指導管理料);******		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(2)のアに該当する場合) 直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(6)の(イ)から(ハ)のうちいずれか該当するものを選択して記載すること。	820100575	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料);(イ) 25mL／min／1．73m2以上 30mL／min／1．73m2未満		
				820100576	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料);(ロ) 15mL／min／1．73m2以上 25mL／min／1．73m2未満		
				820100577	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料);(ハ) 15mL／min／1．73m2未満		

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) 腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由を記載すること。	830100066	腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由;******		
100	B001の32	一般不妊治療管理料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850100402	前回算定年月(一般不妊治療管理料);(元号)yy″年″mm″月″		
				820190049	初回(一般不妊治療管理料)		
101	B001の33	生殖補助医療管理料	生殖補助医療の開始日における年齢(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	830100478	生殖補助医療の開始日における年齢(生殖補助医療管理料);******		
				820190061	初回(生殖補助医療管理料)		
			治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で、当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日を記載すること。	830100479	治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計(生殖補助医療管理料);******		
				850100403	胚移植術の実施回数を確認した年月日(生殖補助医療管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			治療計画を作成し、又は見直した場合における当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。	850100404	治療計画の同意を得た年月日(生殖補助医療管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			(2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合) 当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。	850100405	治療計画の同意を得た年月日(2回目以降)(生殖補助医療管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
102	B001の34のハ	二次性骨折予防継続管理料3	初回算定年月日を記載すること。	850100406	初回算定年月日(二次性骨折予防継続管理料3);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
103	B001の35	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	初回算定年月日を記載すること。	850100407	初回算定年月日(アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
104	B001の36	下肢創傷処置管理料	下肢創傷処置を実施した年月日を記載すること。	850190198	下肢創傷処置実施年月日(下肢創傷処置管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
105	B001の37	慢性腎臓病透析予防指導管理料	初回算定年月日を記載すること。	850190210	初回算定年月日(慢性腎臓病透析予防指導管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
106	B001-2	小児科外来診療料	(院外処方せんを交付している者に対し、夜間緊急の受診等やむを得ない場合において院内投薬を行った場合) その理由を記載すること。	830100067	夜間緊急の受診等やむを得ない院内投与理由(小児科外来診療料);******		
			(他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定しているため小児科外来診療料を算定しない場合) 他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定している旨記載すること。	820100578	小児科外来診療料非算定理由:他の保険医療機関で在宅療養指導管理料算定		
			(健診等に関する疾病に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、保険診療を行う場合) 当該保険診療よりも前に、健診等を別の受診において実施したことを記載すること。	820101347	健診等の実施とは別の受診において保険診療を実施した(小児科外来診療料)		※
107	B001-2-2	地域連携小児夜間・休日診療料	(病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合) その理由を詳細に記載すること。	830100068	2回以上算定する理由(地域連携小児夜間・休日診療料);******		
108	B001-2-4	地域連携夜間・休日診療料	(病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合) その理由を詳細に記載すること。	830100069	2回以上算定する理由(地域連携夜間・休日診療料);******		
109	B001-2-7	外来リハビリテーション診療料	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
110	B001-2-8	外来放射線照射診療料	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			(所定点数の100分の50に相当する点数により算定する場合) 算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			(100分の50に相当する点数を算定したにもかかわらず、その後も治療を継続する場合) 治療を継続する医学的理由を記載すること。	830100070	治療を継続する医学的理由(外来放射線照射診療料);******		
			(外来放射線照射診療料を算定したにもかかわらず予定の期間よりも早期に外来放射線照射を終了する場合) 早期に治療終了となった医学的理由を記載すること。	830100071	早期に治療終了となった医学的理由(外来放射線照射診療料);******		
111	B001-2-11	小児かかりつけ診療料	(院外処方せんを交付している者に対し、夜間緊急の受診等やむを得ない場合において院内投薬を行った場合) その理由を記載すること。	830100072	夜間緊急の受診等やむを得ない院内投与理由(小児かかりつけ診療料);******		
112	B001-3-2	ニコチン依存症管理料	初回の当該管理料を算定した年月日を記載すること。	850100064	初回算定年月日(ニコチン依存症管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
113	B001-5	手術後医学管理料	当該手術に係る手術料を算定した日を記載すること。	850100495	当該手術に係る手術料の算定年月日(手術後医学管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
114	B001-7	リンパ浮腫指導管理料(入院)	手術日(手術前に当該指導を実施した場合であって、診療報酬明細書を作成する時点で手術を実施していない場合には、手術予定日)(年月日)を記載すること。	850100065	手術実施年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100066	手術予定年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
115	B001-7	リンパ浮腫指導管理料(入院外)	(退院後に再度算定する場合) 退院日(年月日)及び実施した手術名を記載すること。	850100067	退院年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院外));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100073	手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外));******		
			(地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関において算定する場合) 入院中に当該指導管理料を算定した保険医療機関名及び実施した手術名を記載すること。	830100074	入院中にリンパ浮腫指導管理料(入院外)を算定した保険医療機関名(リンパ浮腫指導管理料(入院外));******		
				830100075	入院中に実施した手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外));******		
116	B001-9	療養・就労両立支援指導料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190003	前回算定年月(療養・就労両立支援指導料);(元号)yy″年″mm″月″		
				820190003	初回(療養・就労両立支援指導料)		
117	B001-11	遺伝性疾患療養指導管理料の2のイ	遺伝性疾患療養指導管理料の2のイ 検査又は病理診断を実施した年月日を記載すること。	850100496	検査等実施年月日(遺伝性疾患療養指導管理料の2のイ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
		遺伝性疾患療養指導管理料の2のロ	前回遺伝性疾患に係る療養指導管理を実施した年月日を記載すること。	850100497	前回実施年月日(遺伝性疾患療養指導管理料の2のロ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
		遺伝性疾患療養指導管理料(BRCA1/2遺伝子検査を行った保険医療機関と「注1」から「注3」までに掲げる行為を行った保険医療機関が異なる場合)	【BRCA1/2遺伝子検査を行った保険医療機関と「注1」から「注3」までに掲げる行為を行った保険医療機関とが異なる場合】 「注1」から「注3」までに掲げる行為を行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した日付を記載すること。	830100928	注1から注3までに掲げる行為を行った保険医療機関名(遺伝性疾患療養指導管理料);******		※
				850100498	注1から注3までに掲げる行為を行った保険医療機関の受診日(遺伝性疾患療養指導管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
118	B004	退院時共同指導料1の特別管理指導加算	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			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) 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)) 当該医療機関でアプリを活用して治療を行う具体的な理由について記載するとともに、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関での治療が可能かどうか検討を行い、その検討結果について記載すること。	830100812	当該保険医療機関においてアプリを活用して治療を行う理由(プログラム医療機器等指導管理料);******		
				830100813	地域のかかりつけ医機能を担う保険医療機関での治療が可能かどうかの検討結果(プログラム医療機器等指導管理料);******		
140	B007	退院前訪問指導料	(2回算定した場合) 各々の訪問指導年月日を記載すること。	850100084	訪問指導年月日(退院前訪問指導料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
141	B007-2	退院後訪問指導料	退院日(年月日)を記載すること。	850100085	退院年月日(退院後訪問指導料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
142	B008の1	薬剤管理指導料1	算定日及び薬剤名を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				830100078	薬剤名(薬剤管理指導料1);******		
143	B008の2	薬剤管理指導料2	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
144	B008-2	薬剤総合評価調整管理料	(当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合) 当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。	830100079	他の保険医療機関名(薬剤総合評価調整管理料);******		
				842100031	当該保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料);******		
				842100032	他の保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料);******		
				842100033	当該保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料);******		
				842100034	他の保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料);******		
145	B009	診療情報提供料(Ⅰ)	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			情報提供先を記載すること。	830100080	情報提供先(診療情報提供料(1));******		
146	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の注8に規定する加算	退院年月日を記載すること。	850100087	退院年月日(注8加算(診療情報提供料(1)));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
147	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算のイ	退院年月日を記載すること。	850100088	退院年月日(検査・画像情報提供加算イ(診療情報提供料(1)));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		

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) 当該患者が妊娠している者である旨記載すること。	820100579	妊娠中(連携強化診療情報提供料)		
			(産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関等と他の保険医療機関が連携した場合) 前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850100415	前回算定年月(連携強化診療情報提供料);(元号)yy″年″mm″月″		
				820190050	初回(連携強化診療情報提供料)		
152	B011注5	連携強化診療情報提供料	(注5に規定する注1から注4までのいずれにも該当しない場合(頻回の情報提供の必要性を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合を除く。)) 前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190199	前回算定年月(注5(頻回の情報提供を行う場合以外));(元号)yy″年″mm″月″		
				820190062	初回(注5(頻回の情報提供を行う場合以外))		
153	B012	傷病手当金意見書交付料	交付年月日を記載すること。	850100089	交付年月日(傷病手当金意見書交付料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			(当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合) 当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病についての診療を開始した日を「傷病名」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)	○	
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)	○	
			(遺族等に対して意見書を交付した場合で遺族等が他に療養の給付を受けていない場合) 当該遺族等の診療報酬明細書に相続と表示し、意見書の対象となった傷病名を「傷病名」欄に記載すること。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)	○	
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)	○	
			(遺族等に対して意見書を交付した場合で遺族等が他に療養の給付を受けている場合) 当該遺族等の診療報酬明細書に相続と表示し、遺族等自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を「傷病名」欄に記載すること。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)	○	
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)	○	
154	B012	感染症法による公費負担申請に係る診断書料及び協力料	感染症法による公費負担申請に係る診断書料及び協力料を算定した旨を記載すること。	180000850	感染症法申請診断書交付料	○	
				180000950	感染症法申請手続代行料	○	
				180001030	感染症法申請診断書交付・申請手続代行料	○	
155	B013	療養費同意書交付料	交付年月日及び同意書又は診断書の病名欄に記載した病名を記載すること。	850100090	交付年月日(療養費同意書交付料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100083	同意書又は診断書に記載した病名(療養費同意書交付料);******		
156	B014	退院時薬剤情報管理指導料	退院年月日を記載すること。	850100091	退院年月日(退院時薬剤情報管理指導料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
157	B015	精神科退院時共同指導料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) 「支援」と記載し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。	830100085	指示のあった在宅療養支援診療所名:******		
161	C	乳幼児呼吸管理材料加算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	820100619	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):当月分		
				820100620	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):翌月分		
				820100621	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):翌々月分		
				820100622	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):前月分		
				820100623	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):前々月分		
162	C000	往診料等	(往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60 日以内に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は在宅がん医療総合診療料を算定している患者に往診料を算定した場合) 当該他の保険医療機関の名称を記載すること。	830100814	訪問診療を行っている保険医療機関名:******		
			(往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームに入所する患者に往診料を算定した場合) 当該介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームの名称を記載すること。	830100815	入所する介護保険施設等の名称:******		
			(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した日と同一日に往診料を算定した場合) 患者の病状の急変等往診が必要となった理由を記載すること。	830100086	患者の病状の急変等往診が必要となった理由:******		
			(在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院であって、当該保険医療機関において普段から訪問診療を実施する患者に対し、患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合) 往診日及び当該往診を実施した医師の氏名について記載すること。	850100499	患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診日:(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				830100932	患家に事前に氏名を提供していない往診医名:******		※
163	C000	往診料 特別往診料	往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。	830100087	往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間(特別往診料):******		
164	C000	往診料の患家診療時間加算	診療時間を記載すること。	114000970	患家診療時間加算(往診料)	○	
				114002470	患者診療時間加算(特別往診)	○	
165	C000	往診料 在宅ターミナルケア加算	死亡年月日を記載すること。	850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
166	C000	往診料 往診時医療情報連携加算	当該患者に定期的に訪問診療を行っている保険医療機関の名称を記載すること。	830100990	訪問診療を行っている保険医療機関の名称(往診時医療情報連携加算):******		※
167	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)	(「1」の在宅患者訪問診療料1を算定する場合で、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合) その必要性、必要を認めた診療年月日及び当該訪問診療を行った年月日を記載すること。	830100088	頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性(在宅患者訪問診療料(1)):******		
				850100094	必要性を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(1)):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100095	訪問診療年月日(在宅患者訪問診療料(1)):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			(「2」の在宅患者訪問診療料2を算定する場合) 他の保険医療機関からの求めがあった年月を記載すること。	850100096	他医療機関から依頼があった年月(在宅患者訪問診療料(1)):(元号)yy″年″mm″月″		
			(「2」の在宅患者訪問診療料2について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の(7)のただし書きに該当する場合) 他の保険医療機関から求めがあった診療内容について、(7)のア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) 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 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） 死亡前24時間以内に行った訪問診療の年月日及び時刻を記載すること。	850100100	死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				851100038	死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻(在宅ターミナルケア加算)		
170	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（「1」に限る。）の死亡診断加算	（「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成29年9月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い、死亡診断加算のみを算定する場合） ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。	820100624	ICTを利用した看護師との連携による死亡診断		
171	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 注9の規定により算定する場合（患家との距離が16kmを超えた場合等）	訪問地域（距離）、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。	830100090	訪問地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間(在宅患者訪問診療料(1));******		
172	C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	（注1のイの場合で、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合） その必要性、必要を認めた診療年月日及び当該訪問診療を行った年月日を記載すること。	830100091	頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性(在宅患者訪問診療料(2));******		
				850100102	必要を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(2));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100103	訪問診療年月日(在宅患者訪問診療料(2));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
173	C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の患家診療時間加算	診療時間を記載すること。	114001470	患家診療時間加算(在宅患者訪問診療料(1)・(2))	○	
174	C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）の在宅ターミナルケア加算	死亡年月日を記載すること。	850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			（当該患者が有料老人ホーム等以外で死亡した場合） 死亡前24時間以内に行った訪問診療の年月日及び時刻を記載すること。	850100100	死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				851100038	死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻(在宅ターミナルケア加算)		
175	C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）の死亡診断加算	（「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成29年9月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い、死亡診断加算のみを算定する場合） ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。	820100624	ICTを利用した看護師との連携による死亡診断		
176	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	当該月において往診又は訪問診療を行った年月日を記載すること。	850100106	往診又は訪問診療年月日(在医総管);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100107	往診又は訪問診療年月日(施医総管);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日を記載すること。	850100492	情報通信機器を用いた診療年月日(在医総管);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100493	情報通信機器を用いた診療年月日(施医総管);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			（単一建物診療患者が2人以上の場合） その人数を記載すること。	842100035	単一建物診療患者数(在医総管);******		
				842100036	単一建物診療患者数(施医総管);******		
			（在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「同一建物居住者以外の場合」を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、A000初診料又はA001再診料又はA002外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合） その旨を記載すること。	820100847	2人目患者診療時間が1時間超		
			（在宅時医学総合管理料について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合、また、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて施設入居時等医学総合管理料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合） 「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」、「在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下」の中から、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 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料の在宅移行早期加算	初回の当該管理料を算定した年月日を記載すること。	850100108	初回算定年月日(在宅移行早期加算(在医総管));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100109	初回算定年月日(在宅移行早期加算(施医総管));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
178	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C002在宅時医学総合管理料及びC002-2施設入居時等医学総合管理料の(23)に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。なお、(23)に規定するものについては、以下のとおりであること。 〔1　要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態〕 　1－1　要介護3 　1－2　要介護4 　1－3　要介護5 　1－4　障害支援区分2以上 〔2　認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上〕 　2－1　ランクⅢa 　2－2　ランクⅢb 　2－3　ランクⅣ 　2－4　ランクM 3　頻回の訪問看護を受けている状態 4　訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 5　介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 6　麻薬投薬を受けている状態 〔7　その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態〕 　7－1　脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者 　7－2　出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者 　7－3　「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが10以上である患者 　7－4　訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者	820100626	該当する状態(包括的支援加算):1－1　要介護3		
				820100627	該当する状態(包括的支援加算):1－2　要介護4		
				820100628	該当する状態(包括的支援加算):1－3　要介護5		
				820100629	該当する状態(包括的支援加算):1－4　障害支援区分2以上		
				820100631	該当する状態(包括的支援加算):2－1　ランク3a		
				820100632	該当する状態(包括的支援加算):2－2　ランク3b		
				820100633	該当する状態(包括的支援加算):2－3　ランク4		
				820100634	該当する状態(包括的支援加算):2－4　ランクM		
				820100635	該当する状態(包括的支援加算):3　頻回の訪問看護を受けている状態		
				820100636	該当する状態(包括的支援加算):4　訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態		
				820100637	該当する状態(包括的支援加算):5　施設に入居し、看護職員による処置を受けている状態		
				820101318	該当する状態(包括的支援加算):6　麻薬投薬を受けている状態		
				820100638	該当する状態(包括的支援加算):7－1　脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者		
				820100639	該当する状態(包括的支援加算):7－2　出生時体重が1，500g未満であった1歳未満の患者		
				820100640	該当する状態(包括的支援加算):7－3 「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者		
				820100641	該当する状態(包括的支援加算):7－4　家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者		
179	C003	在宅がん医療総合診療料	在宅がん医療総合診療料を算定した週において、訪問診療、訪問看護を行った年月日を記載すること。 連携保険医療機関又は訪問看護ステーションが行った訪問看護についても同様であること。	850100111	訪問診療年月日(在宅がん医療総合診療料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100112	訪問看護年月日(在宅がん医療総合診療料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
180	C004	救急搬送診療料の長時間加算	診療に要した時間を記載すること。	852100004	診療に要した時間(長時間加算(救急搬送診療料))		

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 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料	(在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行った場合) 支援と記載し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。	830100092	支援　訪問看護の指示を行った在宅療養支援診療所名(在宅患者訪問看護・指導料);******		
				830100093	訪問看護の指示を行った在宅療養支援診療所名(同一建物居住者訪問看護・指導料);******		
			(月の初日が週の途中にある場合) 前月の最終の週における訪問回数を記載すること。	842100037	前月最終週の訪問回数(在宅患者訪問看護・指導料);******		
				842100038	前月最終週の訪問回数(同一建物居住者訪問看護・指導料);******		
			(保健師、助産師、看護師又は准看護師のそれぞれが別に当該月に在宅患者訪問看護・指導を行った場合) それぞれの回数を記載すること。	842100039	指導回数(在宅患者訪問看護・指導料);******		
				842100040	指導回数(同一建物居住者訪問看護・指導料);******		
183	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算	頻回な在宅患者訪問看護・指導を行う必要を認めた診療年月日、訪問看護・指導を行った年月日及びその必要を認めた理由を記載すること。	850100113	頻回な在宅患者訪問看護・指導を行う必要を認めた診療年月日(難病等複数回訪問加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100114	訪問看護・指導を行った年月日(難病等複数回訪問加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100094	頻回な訪問看護・指導の必要を認めた理由(難病等複数回訪問加算);******		
184	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅患者連携指導加算・同一建物居住者連携指導加算	情報共有を行った年月日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	850100117	情報共有年月日(在宅患者連携指導加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100118	指導年月日(在宅患者連携指導加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
185	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅患者緊急時等カンファレンス加算・同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算	カンファレンスを実施した年月日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	850100119	カンファレンス実施年月日(緊急時等カンファレンス加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100120	共同指導年月日(緊急時等カンファレンス加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
186	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算・同一建物居住者ターミナルケア加算	訪問看護を実施した年月日及び時刻、患者が死亡した場所として在宅又は在宅以外のうち該当するもの及び日時(年月日及び時刻)を記載すること。	820100097	在宅で死亡		
				820100098	在宅以外で死亡		
				850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				851100001	患者死亡時刻(在宅ターミナルケア加算)		
187	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅移行管理加算又は在宅移行管理重症者加算	使用している医療機器等の名称(当該診療報酬明細書において医療機器の使用等が明らかである場合を除く。)を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
188	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算	訪問看護を実施した日時(年月日及び時刻)を記載すること。	850100121	訪問看護年月日(夜間・早朝訪問看護加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100122	訪問看護年月日(深夜訪問看護加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				851100002	訪問看護実施時刻(夜間・早朝訪問看護加算)		
				851100003	訪問看護実施時刻(深夜訪問看護加算)		
189	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の看護・介護職員連携強化加算	介護職員等と同行訪問した年月日を記載すること。	850100123	同行訪問年月日(看護・介護職員連携強化加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
190	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の特別地域訪問看護加算	患者の住所並びに通常の経路及び方法で訪問に要する時間(片道)を記載すること。	830100095	患者住所(特別地域訪問看護加算);******		
				852100005	訪問に要する時間(片道)(特別地域訪問看護加算)		
			(特別地域訪問看護加算ロの場合) 訪問看護・指導を行った年月日を記載すること。	850100500	訪問年月日(特別地域訪問看護加算ロの場合);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
			(特別地域訪問看護加算ロの場合) 訪問看護・指導に要した時間を記載すること。	852100016	訪問看護時間(特別地域訪問看護加算ロの場合)		※
191	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の緊急訪問看護加算	加算を算定する理由を詳細に記載すること。	830100817	緊急訪問看護の理由(緊急訪問看護加算);******		
			緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。	850190211	緊急訪問年月日(緊急訪問看護加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
192	C005-1-3	訪問看護遠隔診療補助料	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) その旨を記載すること。	820100847	2人目患者診療時間が1時間超		※
194	C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	点滴注射を行った年月日を記載すること。	850100124	点滴注射年月日(在宅患者訪問点滴注射管理指導料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			(在宅患者訪問点滴注射管理指導料に用いる注射薬を支給した場合) 「注射」欄の例により記載し、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る注射薬である旨の「訪点」を表示すること。 なお、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る指示を行った後に算定要件を満たさず薬剤料のみを算定する場合についても同様に記載すること。	820100642	訪点		

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) 「急性」と表示すること。	820100643	急性		
196	C007	訪問看護指示料	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
197	C007	訪問看護指示料の特別訪問看護指示加算	算定日を記載すること。また、頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由として、「急性増悪」、「終末期」、「退院直後」、「その他」の中から該当するものを選択して記載すること。なお、「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	820100099	急性増悪		
				820100100	終末期		
				820100101	退院直後		
				830100469	その他具体的理由(特別訪問看護指示加算):******		
198	C007 注3	訪問看護指示料の手順書加算	前回の算定日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850100418	前回算定年月日(手順書加算):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190052	初回(手順書加算)		
199	C007-2	介護職員等喀痰吸引等指示料	前回の指示書を交付した年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190006	指示書の前回交付年月日(介護職員等喀痰吸引等指示料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190006	初回(介護職員等喀痰吸引等指示料)		
200	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料	(月2回以上算定した場合) 算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。	842100041	単一建物患者数(在宅患者訪問薬剤管理指導料):******		
			(1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100104	管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100105	当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下		
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
201	C009	在宅患者訪問栄養食事指導料	(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。	842100042	単一建物患者数(在宅患者訪問栄養食事指導料):******		
			(1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の 10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で指導料を算定する者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100106	指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100107	当該建築物の戸数が20戸未満で指導料を算定する者が2人以下		
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
202	C010	在宅患者連携指導料	情報共有を行った年月日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	850100125	情報共有年月日(在宅患者連携指導料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100126	指導年月日(在宅患者連携指導料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
203	C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料	カンファレンスを実施した年月日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	850100127	カンファレンス実施年月日(在宅患者緊急時等カンファレンス料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100128	指導年月日(在宅患者緊急時等カンファレンス料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
204	C012	在宅患者共同診療料	初回算定年月日を記載すること。	850100129	初回算定年月日(在宅患者共同診療料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			(15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とした場合) 当該診療の初回算定年月日及び初回からの通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	842100043	通算算定回数(在宅患者共同診療料):******		
205	C012-2	訪問診療薬剤師同時指導料	同時に訪問した在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する別の保険医療機関又は保険薬局の名称を記載すること。	830100934	同時訪問施設名(訪問診療薬剤師同時指導料):******		※
206	C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料の(8)又は(9)により当該指導管理料算定する場合) カンファレンスの実施年月日、DESIGN-R®2020による深さの評価及び本通知C013(2)のいずれに該当するのかを記載すること。	850100130	初回カンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100131	2回目のカンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100132	3回目のカンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820100644	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d0(皮膚損傷・発赤なし)		
				820100645	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d1(持続する発赤)		
				820100646	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d2(真皮までの損傷)		
				820100647	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D3(皮下組織までの損傷)		
				820100648	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D4(皮下組織を越える損傷)		
				820100649	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D5(関節腔、体腔に至る損傷)		
				820100650	DESIGN－R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):DU(深さ判定が不能の場合)		
				820100651	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):ア　重度の末梢循環不全のもの		
				820100652	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):イ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの		
				820100653	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):ウ　強度の下痢が続く状態であるもの		
				820100654	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):エ　極度の皮膚脆弱であるもの		
				820100655	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):オ　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの		
207	C014	外来在宅共同指導料	共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載すること。	830100643	共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称(外来在宅共同指導料):******		
				850100490	共同指導を行った年月日(外来在宅共同指導料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		

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。)) 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。)) 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) 緊急時の受診である旨及びその年月日を記載すること。	820100656	算定理由(在宅自己注射指導管理料):緊急時		
				850100133	緊急受診した年月日(在宅自己注射指導管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
211	C101 注4	在宅自己注射指導管理料 バイオ後続品導入初期加算	初回処方年月日を記載すること。	850100408	初回使用年月日(バイオ後続品導入初期加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
212	C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2	分娩日(年月日)を記載すること。	850100134	分娩日(在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
213	C102の1	在宅自己腹膜灌流指導管理料1	(1月に2回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C102在宅自己腹膜灌流指導管理料の(1)のアからオまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100110	ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの(在宅自己腹膜灌流指導管理料1)		
				820100111	イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの(在宅自己腹膜灌流指導管理料1)		
				820100112	ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの(在宅自己腹膜灌流指導管理料1)		
				820100113	エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの(在宅自己腹膜灌流指導管理料1)		
				820100114	オ その他医師が特に必要と認めるもの(在宅自己腹膜灌流指導管理料1)		
			(人工腎臓又は腹膜灌流(連続携行式腹膜灌流に限る。)を算定した場合(院外処方の場合を除く。)) 算定した日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				算定日情報	(算定日)	○	
			(在宅自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
			(他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合) J038人工腎臓を算定している他の保険医療機関名	830100096	人工腎臓を算定している他の保険医療機関名(在宅自己腹膜灌流指導管理料1);******		
			(他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合) 他の保険医療機関での実施の必要性	830100097	他の保険医療機関で人工腎臓を実施する必要性(在宅自己腹膜灌流指導管理料1);******		
214	C102の2	在宅自己腹膜灌流指導管理料2	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C102在宅自己腹膜灌流指導管理料の(1)のアからオまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820101354	ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの(在宅自己腹膜灌流指導管理料2)		※
				820101355	イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの(在宅自己腹膜灌流指導管理料2)		※
				820101356	ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの(在宅自己腹膜灌流指導管理料2)		※
				820101357	エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの(在宅自己腹膜灌流指導管理料2)		※
				820101358	オ その他医師が特に必要と認めるもの(在宅自己腹膜灌流指導管理料2)		※
215	C102-2	在宅血液透析指導管理料	(1月に2回以上在宅血液透析指導管理料を算定した場合) 初回の指導管理を行った年月日を記載するとともに、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C102-2在宅血液透析指導管理料の(3)のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	850100137	初回算定年月日(在宅血液透析指導管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820100115	ア 在宅血液透析の導入期にあるもの		
				820100116	イ 合併症の管理が必要なもの		
				820100117	ウ その他医師が特に必要と認めるもの		
			(人工腎臓を算定した場合) 算定した日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)	○	
			(在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
216	C103	在宅酸素療法指導管理料	当該月の動脈血酸素分圧又は動脈血酸素飽和度を記載すること。	842100072	動脈血酸素分圧(在宅酸素療法指導管理料);******		
				842100044	動脈血酸素飽和度(%)(在宅酸素療法指導管理料);******		
			(慢性心不全で適用になった患者の場合) 初回の指導管理を行った月において、終夜睡眠ポリグラフィーの実施日及び無呼吸低呼吸指数を記載すること。	850100139	終夜睡眠ポリグラフィーの実施年月日(在宅酸素療法指導管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100045	無呼吸低呼吸指数(在宅酸素療法指導管理料);******		
217	C103	在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	850100140	在宅酸素療法指導管理料の前回算定年月(遠隔モニタリング加算);(元号)yy″年″mm″月″		
218	C103 C107 C107-2	在宅療養指導管理材料加算の乳幼児呼吸管理材料加算	(6歳未満の乳幼児に対する在宅呼吸管理を行い、専用の経皮的動脈血酸素飽和度測定器その他附属品を貸与又は支給した場合) 貸与又は支給した機器等の名称及びその数量を記載すること。	830100819	貸与又は支給した機器等の名称及びその数量(在宅療養指導管理材料加算(乳幼児呼吸管理材料加算));******		
219	C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	(在宅中心静脈栄養法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
220	C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	(在宅経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	

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) 体重を記載すること。	842100046	患者体重(kg)(在宅小児経管栄養法指導管理料);******		
			(在宅小児経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
222	C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	胃瘻造設年月日及び初回算定年月日を記載すること。	850100141	胃瘻造設年月日(在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100142	初回算定年月日(在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(在宅半固形栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
			(半固形状の流動食(市販されているものに限る。)に係る指導管理を行った場合) 当該流動食の製品名を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
223	C106	在宅自己導尿指導管理料	(在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
224	C107-2 C107-2 注3	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、直近の無呼吸低呼吸指数、直近3月のCPAP1日平均使用時間及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見を記載すること。ただし、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)のイに該当する場合は、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載は不要であること。 ※注3における「初診日」は一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日を指す。	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) CPAP 療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した日を記載すること。	850190214	症状が改善していることを対面診療で確認した年月日(情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			(2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合) その理由を記載すること。	830100101	療法の継続が可能であると認める理由(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);******		
225	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	850100145	遠隔モニタリング加算(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料)前回算定年月;(元号)yy"年"mm"月"		
226	C108	在宅麻薬等注射指導管理料	(在宅麻薬等注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
227	C108-2	在宅腫瘍化学療法注射指導管理料	(在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
228	C108-3	在宅強心剤持続投与指導管理料	(在宅強心剤持続投与に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
229	C108-4	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	在宅麻薬等注射指導管理料(悪性腫瘍の場合)又は在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する保険医療機関と連携して指導管理を行った年月日及び連携して指導管理を行った保険医療機関名を記載すること。	850100146	連携指導管理年月日(在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100102	連携指導保険医療機関名(在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料);******		
			(在宅麻薬注射又は在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。))薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
230	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	(在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
231	C110-2 注2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の導入期加算	植込術を行った年月日を記載すること。	850100147	植込術実施年月日(導入期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
	C110-2 注3	情報通信機器を用いた在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	(情報通信機器を用いた指導管理を実施する場合) 一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日及び植込型脳・脊髄電気刺激装置の植込手術後の初回の指導日を記載すること。	850100501	一連の治療期間における初回の指導管理年月日(情報通信機器を用いた在宅振戦等刺激装置治療指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				850100502	植込型脳・脊髄電気刺激装置の植込手術後の初回の指導管理年月日(情報通信機器を用いた在宅振戦等刺激装置治療指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
232	C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の導入期加算	植込術を行った年月日を記載すること。	850100147	植込術実施年月日(導入期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
233	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	(在宅難治性皮膚疾患処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
234	C116	在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	(在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料に用いる特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
235	C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	(在宅腫瘍治療電場療法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
236	C150	血糖自己測定器加算	(「7間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの」以外を算定する場合) 1月の血糖自己測定の回数を記載すること。	842100048	1月の血糖自己測定回数(血糖自己測定器加算);******		
			(1型糖尿病の患者等に対し算定する場合) 1型糖尿病の患者等である旨を記載すること。	114009910	血糖自己測定器加算(20回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114046110	血糖自己測定器加算(30回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114010010	血糖自己測定器加算(40回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114010110	血糖自己測定器加算(60回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	
				114010210	血糖自己測定器加算(90回以上)(1型糖尿病・小児低血糖症等)	○	

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） 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） 直近の空腹時血清Cペプチドの測定結果を記載すること。	830100103	直近の空腹時血清Cペプチドの測定結果(持続血糖測定器);******		
			~~（1月に2回分の算定を行う場合）~~ ~~当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。~~	~~820100122~~	~~当月分~~		
				~~820100124~~	~~翌月分~~		
				~~820100125~~	~~前月分~~		
239	C153の1	注入器用注射針加算の1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C153注入器用注射針加算の（2）のア又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100120	ア 糖尿病等で1日概ね4回以上自己注射が必要		
				820100121	イ 血友病で自己注射が必要		
240	C163	特殊カテーテル加算「2」の「イ」親水性コーティング	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C163の「特殊カテーテル加算」の（3）のアからエまでの中から該当するものを選択して記載するとともに、要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100104	ア 脊髄障害の要件を満たす医学的根拠;********		
				830100105	イ 二分脊椎の要件を満たす医学的根拠;********		
				830100106	ウ 他の中枢神経を原因とする神経因性膀胱の要件を満たす医学的根拠;********		
				830100107	エ その他の要件を満たす医学的根拠;********		
241	C165の1	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1	（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第2部第2節C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の（3）のアヌはイの要件に該当する患者に対し算定する場合） （3）のアヌはイのうち該当するものを選択して記載すること。 また、イの要件を根拠に算定する場合は、当該患者に対するASV療法の実施開始日も併せて記載すること。	820100127	ア 留意事項通知アの慢性心不全患者にASV療法を実施した場合		
				820100128	イ 留意事項通知イの心不全患者にASV療法を実施した場合		
				850100148	留意事項通知イの心不全患者 ASV療法開始年月日(在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
242	C175	在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算	初回算定日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850100419	初回算定年月日(在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190053	初回(在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算)		
243	C200 C300	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合	（初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合） これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が使用された日を記載すること。	850190200	訪問看護ステーション等の看護師等が薬剤を使用した年月日(C200);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850190201	訪問看護ステーション等の看護師等が特定保険医療材料を使用した年月日(C300);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
244	C	在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院から患者の紹介を受けて在宅療養指導管理を行う場合	（「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）第2章第2部第2節第1款の通則3の規定に基づき、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院から患者の紹介を受けて在宅療養指導管理を行う場合） 紹介元医療機関名及び当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。	830100108	紹介元医療機関名;******		
				830100109	在宅療養指導管理料の算定理由;******		
245	C	退院した患者に対して、当該退院月に、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定した場合	（退院した患者に対して、当該退院月に、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定した場合） 当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。	830100109	在宅療養指導管理料の算定理由;******		
246	C	在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて特定保険医療材料のうち「皮膚欠損用創傷被覆材」又は「非固着性シリコンガーゼ」を支給した場合	（在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて特定保険医療材料のうち「皮膚欠損用創傷被覆材」又は「非固着性シリコンガーゼ」を支給した場合（在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を除く。）） 特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数を記載すること。	特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
247	D	時間外緊急院内検査加算	検査開始日時を記載すること。	853100001	検査開始日時(時間外緊急院内検査加算);dd″日″hh″時″mm″分″		
			（引き続き入院した場合） 引き続き入院した場合である旨を記載すること。	820100129	引き続き入院		
248	D	外来迅速検体検査加算	（外来診療料を算定した場合であって、当該診療料に包括される検査のみに対して当該加算を算定した場合） 当該加算を算定した日に行った検体検査の項目名を記載すること。	830100111	検体検査名(外来迅速検体検査加算);******		
			（引き続き入院した場合） 引き続き入院した場合である旨を記載すること。	820100129	引き続き入院		
249	D001の11	トリプシノーゲン2（尿）	急性膵炎を疑う医学的根拠について記載すること。	830100481	急性膵炎を疑う医学的根拠(トリプシノーゲン2(尿));******		
250	D001の18	プロスタグランジンE主要代謝物（尿）	（医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合） その詳細な理由及び検査結果を記載すること。	830100820	1月に1回行う詳細な理由(プロスタグランジンE主要代謝物(尿));******		
				830100821	検査結果(プロスタグランジンE主要代謝物(尿));******		
251	D001の20	L型脂肪酸結合蛋白（L－FABP）（尿）	（3月に2回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100112	3月に2回以上算定した詳細な理由(L型脂肪酸結合蛋白(L－FABP)(尿));******		

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） その詳細な理由を記載すること。	830100113	医学的必要性から4回以上算定した詳細な理由(好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン(NGAL)(尿));******		
253	D003の9	カルプロテクチン（糞便）	（慢性的な炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病等）の診断補助を目的として測定する場合） 要旨を記載すること。	830100116	慢性的な炎症性腸疾患の診断補助を目的として測定した要旨(カルプロテクチン(糞便)要旨);******		
			（潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定する場合で医学的な必要性から1月に1回行う場合） 詳細な理由及び検査結果を記載すること。	830100117	詳細理由(カルプロテクチン(糞便));******		
				830100118	検査結果(カルプロテクチン(糞便));******		
254	D004の15	アミロイドβ42/40比（髄液）	（効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合） 必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100822	必要と判断した医学的根拠(アミロイドβ42／40比(髄液));******		
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。（他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア：22点以上		
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア：21点以下		
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること（他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：0		
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：0．5又は1		
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：2又は3		
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：評価困難		
			検査の結果におけるAβ　病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101172	検査の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり(アミロイドβ42／40比(髄液))		
				820101173	検査の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし(アミロイドβ42／40比(髄液))		
255	D004の15	リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比（髄液）	（効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合） 必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100935	必要と判断した医学的根拠(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液));******		※
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。（他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	820101359	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア：22点以上(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
				820101360	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア：21点以下(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること（他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	820101361	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：0(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
				820101362	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：0．5又は1(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
				820101863	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：2又は3(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
				820101864	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：評価困難(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
			検査の結果におけるAβ　病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101865	検査の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
				820101866	検査の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし(リン酸化タウ蛋白/アミロイドβ42比(髄液))		※
256	D004-2の1	悪性腫瘍組織検査1 悪性腫瘍遺伝子検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D004-2悪性腫瘍組織検査の（2）から（4）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	820100663	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：肺癌におけるALK融合遺伝子検査		
				820100664	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：肺癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100665	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：肺癌におけるBRAF遺伝子検査(次世代シーケンシング)		
				820100666	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：膵癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100667	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：大腸癌におけるRAS遺伝子検査		
				820100668	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：大腸癌におけるBRAF遺伝子検査		
				820100669	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：大腸癌におけるEGFR遺伝子検査		
				820100670	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：大腸癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100671	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：リンチ症候群におけるマイクロサテライト不安定性検査		
				820100672	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：乳癌におけるHER2遺伝子検査		
				820100673	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査		
				820100674	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS－Fli1遺伝子検査		
				820100675	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：悪性骨軟部組織腫瘍におけるTLS－CHOP遺伝子検査		
				820100676	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：悪性骨軟部組織腫瘍におけるSYT－SSX遺伝子検査		
				820100677	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：消化管間葉系腫瘍におけるｃ－kit遺伝子検査		
				820100678	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査		
				820100680	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査		
				820100803	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：肺癌におけるEGFR遺伝子検査		
				820100804	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：肺癌におけるROS1融合遺伝子検査		
				820100848	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：肺癌におけるBRAF遺伝子検査(次世代シーケンシングを除く。)		
				820100849	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：肺癌におけるMETex14遺伝子検査(次世代シーケンシングを除く。)		
				820100850	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：濾胞性リンパ腫におけるEZH2遺伝子検査		
				820100853	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：肺癌におけるMETEX14遺伝子検査(次世代シーケンシング)		
				820100854	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：肺癌におけるRET融合遺伝子検査		
				820100855	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査(リアルタイムPCR法)		
				820100856	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査)：固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査		

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) 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) 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) 30日間を超え1週間に1回に別に算定する、その医学的な必要性を記載すること。	830100823	医学的な必要性(ADAMTS13活性);******		
258	D006の36	血小板凝集能	(先天性血小板機能低下症が疑われる患者に対し、当該疾患の鑑別診断の補助を目的として、3種類以上の試薬を用いて血小板凝集能を測定した場合) 2回以上算定する場合は、その医学的必要性について記載すること。	830100824	2回以上算定する医学的必要性(血小板凝集能　イ　鑑別診断の補助に用いるもの);******		
259	D006の37	ADAMTS13インヒビター	(後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内に算定する場合) 後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断した年月日又はその再発を確認した年月日を記載すること。	850100153	後天性血栓性血小板減少性紫斑病の診断年月日(ADAMTS13インヒビター);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100154	後天性血栓性血小板減少性紫斑病の再発年月日(ADAMTS13インヒビター);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
260	D006-4	遺伝学的検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D006-4遺伝学的検査の(1)に掲げる遺伝子疾患の中から該当するものを選択して記載すること。	830100825	遺伝子疾患の名称;******		
			(2回以上実施する場合) その医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) 臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性を記載すること。	830100120	臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性(遺伝学的検査);******		
261	D006-4注2	遺伝学的検査の注2加算	検査の対象となった全ての遺伝子疾患の名称及び検査の実施の必要性について、記載すること。	830100826	遺伝子疾患の名称(遺伝学的検査注2);******		
				830100827	実施の必要性(遺伝学的検査注2);******		
262	D006-5	染色体検査　1　FISH法を用いた場合	(びまん性大細胞型B細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断の目的で2回以上検査を行った場合) 「未確」と表示し、前回算定日を記載すること。	850100420	前回算定年月日(染色体検査1　FISH法を用いた場合);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820100858	未確(染色体検査1　FISH法を用いた場合)		
263	D006-10	CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)	(CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)及びCCR4タンパクを併せて算定した場合) その理由及び医学的根拠を記載すること。	830100121	併せて算定した理由及び医学的根拠(CCR4タンパク(フローサイトメトリー法));******		
264	D006-11	FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査	本検査を必要と判断した理由を記載すること。	830100122	必要理由(FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査);******		
			(本検査を再度実施した場合) その理由を記載すること。	830100123	再実施理由(FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査);******		
265	D006-12	EGFR遺伝子検査(血漿)	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100124	肺癌の組織検体検査が実施困難である医学的理由(EGFR遺伝子検査(血漿));******		
266	D006-14	FLT3遺伝子検査	(本検査を再度実施した場合) 本検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100936	医学的根拠(FLT3遺伝子検査);******		※
267	D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	上皮内癌(CIS)と診断された病理所見を記載すること。	830100125	上皮内癌(CIS)と診断された病理所見(膀胱がん関連遺伝子検査);******		
			K803膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施年月日を記載すること。	850100155	膀胱悪性腫瘍手術(経尿道的手術)の実施年月日(膀胱がん関連遺伝子検査);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			(本検査を過去に算定している場合) 過去の算定日を記載すること。	850100156	過去の算定年月日(膀胱がん関連遺伝子検査);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
268	D006-18	BRCA1／2遺伝子検査	その医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) 固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100761	固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(血液を検体とする)(がんゲノムプロファイリング検査);*******		
			(血液を検体とする場合であって、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として実施したがんゲノムプロファイリング検査において、包括的なゲノムプロファイルの結果を得られなかった場合) その旨を記載すること。	820100859	包括的なゲノムプロファイルの結果を得られない(血液を検体とする)(がんゲノムプロファイリング検査)		
				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 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） 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 造血器腫瘍を対象とする場合	（（ロ）、（ニ）又は（ホ）に該当する場合） その医学的な必要性を記載すること。	830100991	医学的な必要性(がんゲノムプロファイリング検査(造血器腫瘍を対象とする場合));******		※
271	D006-20	角膜ジストロフィー遺伝子検査	その医学的な必要性を記載すること。	830100127	医学的な必要性(角膜ジストロフィー遺伝子検査);******		
272	D006-22	RAS遺伝子検査（血漿）	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100483	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(RAS遺伝子検査(血漿));******		
273	D006-25	CYP2C9遺伝子多型	必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100484	必要と判断した医学的根拠(CYP2C9遺伝子多型);******		
274	D006-26	染色体構造変異解析	検査を実施する医学的な理由を記載すること。	830100485	検査を実施する医学的な理由(染色体構造変異解析);******		
275	D006-27の1	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） ROS1融合遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100486	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(ROS1融合遺伝子検査);******		
276	D006-27の2	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） ALK融合遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100487	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(ALK融合遺伝子検査);******		
277	D006-27の3	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） METex14遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100488	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(METex14遺伝子検査);******		
278	D006-27の4	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） NTRK融合遺伝子検査	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100489	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(NTRK融合遺伝子検査);******		
279	D006-27の5	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） RAS遺伝子検査	本検査の実施に当たっては、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節D006-27イ（6）に該当する医学的な理由を記載すること。	830100828	医学的な理由(イの(イ)に該当)(RAS遺伝子検査);******		
				830100829	医学的な理由(イの(ロ)に該当)(RAS遺伝子検査);******		
				830100830	医学的な理由(イの(ハ)に該当)(RAS遺伝子検査);******		
280	D006-27の6	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） BRAF遺伝子検査	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100831	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(BRAF遺伝子検査);******		
281	D006-27の8	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） HER2遺伝子検査（肺癌に係るもの）	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100832	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(HER2遺伝子検査(肺癌に係るもの));******		
282	D006-27の9	悪性腫瘍遺伝子検査 （血液・血漿） マイクロサテライト不安定性検査	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100833	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(マイクロサテライト不安定性検査);******		
283	D006-29	乳癌悪性度判定検査	（医学的な必要性から患者1人につき2回以上実施した場合） その理由を記載すること。	830100834	患者1人につき2回以上実施した理由(乳癌悪性度判定検査);******		
			本検査の実施に当たっては、ホルモン受容体、HER2の検査結果及びリンパ節転移の状況について記載すること。	830100835	ホルモン受容体の検査結果(乳癌悪性度判定検査);******		
				830100836	HER2の検査結果(乳癌悪性度判定検査);******		
				830100837	リンパ節転移の状況(乳癌悪性度判定検査);******		
284	D007の8	マンガン（Mn）	高カロリー静脈栄養法を開始した年月日を記載すること。	850100157	高カロリー静脈栄養法の開始年月日(Mn);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
285	D007の37	アルブミン非結合型ビリルビン	（早産児にあって、生後2週間を超えて、修正週数として正期産に相当する期間まで経過観察を行う場合） 検査を実施した日に相当する修正週数を記載すること。	842100112	検査を実施した日に相当する修正週数(アルブミン非結合型ビリルビン);******		

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） 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
288	D008の21	脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）	（脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）及び心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合） 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
289	D008の24	低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）	（2回目を算定した場合） 前回算定年月日を記載すること。	850100161	前回算定年月日(ucOC);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
290	D008の26	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP－5b）	（診断補助として実施した後、6月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合） 診断補助として実施した日を記載すること。	850100159	診断補助の実施年月日(TRACP－5b);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			（治療方針を変更した際に実施した場合） 治療方針の変更年月日を記載すること。	850100160	治療方針変更年月日(TRACP－5b);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
291	D008の43	抗IA－2抗体	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）の結果、陰性を確認した年月日を記載すること。	850100163	抗GAD抗体陰性の確認年月日(抗IA－2抗体);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
292	D008の46	心房性Na利尿ペプチド（ANP）	（脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）及び心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合） 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
293	D008の53	抗ミュラー管ホルモン（AMH）	前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190050	前回実施年月日(抗ミュラー管ホルモン(AMH));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190055	初回(抗ミュラー管ホルモン(AMH))		
294	D008の54	レプチン	脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由を記載すること。	830100492	脂肪萎縮の発症時期(レプチン);******		
				830100493	全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由(レプチン);******		
295	D009の9	前立腺特異抗原(PSA)	（前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原(PSA)を2回以上算定する場合） 「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	850100164	検査の実施年月日(前立腺特異抗原(PSA));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100049	未確　検査値(前立腺特異抗原(PSA));******		
296	D009の30	可溶性メソテリン関連ペプチド	（悪性中皮腫の診断の補助を目的として実施する場合） 本検査が必要である理由を記載すること。	820100809	(イ) 石綿曝露歴があり、胸水、腹水等の貯留が認められる患者(可溶性メソテリン関連ペプチド)		
				820100810	(ロ)体腔液細胞診で悪性中皮腫が疑われる患者(可溶性メソテリン関連ペプチド)		
				820100811	(ハ)画像診断で胸膜腫瘍、腹膜腫瘍等の漿膜腫瘍が認められる患者(可溶性メソテリン関連ペプチド)		
297	D009の31	S2，3PSA%	（前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合） 前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190220	前回実施年月日(S2，3PSA%);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190494	初回(S2，3PSA%)		
			前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。	850190221	前立腺特異抗原(PSA)の測定年月日(S2，3PSA%);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100838	前立腺特異抗原(PSA)の測定結果(S2，3PSA%);******		
			（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	830100839	2回以上算定する必要性(S2，3PSA%);******		
298	D009の32	プロステートヘルスインデックス（phi）	（前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合） 前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190051	前回実施年月日(プロステートヘルスインデックス(phi));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190056	初回(プロステートヘルスインデックス(phi))		
			前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。	850100436	前立腺特異抗原(PSA)の測定年月日(プロステートヘルスインデックス(phi));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100494	前立腺特異抗原(PSA)の測定結果(プロステートヘルスインデックス(phi));******		
			（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	830100495	2回以上算定する必要性(プロステートヘルスインデックス(phi));******		
299	D009の35	アポリポ蛋白A2（APOA2）アイソフォーム	本検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100840	必要と判断した医学的根拠(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム);******		
			（本検査を、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節D009腫瘍マーカーの(24)アの（イ）に実施する場合） CA19－9の測定年月日及び測定結果を、記載すること。	850190222	CA19－9の測定年月日(アの(イ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100841	CA19－9の測定結果(アの(イ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム);******		
			（本検査を、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節D009腫瘍マーカーの(24)アの（ロ）及び（ハ）に実施する場合） 癌胎児性抗原（CEA）及びCA19－9の測定年月日並びに測定結果を、記載すること。	850190223	癌胎児性抗原(CEA)の測定年月日(アの(ロ)(ハ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850190224	CA19－9の測定年月日(アの(ロ)(ハ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100842	癌胎児性抗原(CEA)の測定結果(アの(ロ)(ハ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム);******		
				830100843	CA19－9の測定結果(アの(ロ)(ハ)に実施)(アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム);******		
300	D011の4	不規則抗体	輸血歴あり又は妊娠歴ありのうち該当するものを選択して記載すること。	820100137	輸血歴あり		
				820100138	妊娠歴あり		
301	D012の16	HIV－1，2抗体定性 HIV－1，2抗体半定量 HIV－1，2抗原・抗体同時測定定性	（K920輸血料（「4」の自己血輸血を除く。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者の場合） 当該輸血又は輸注が行われた最終年月日を記載すること。	850100165	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1，2抗体定性);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100166	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1，2抗体半定量);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100167	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1，2抗原・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） 当該輸血又は輸注が行われた最終年月日を記載すること。	850100168	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1抗体);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
303	D012の21	HIV－1，2抗原・抗体同時測定定量	（K920輸血料（「4」の自己血輸血を除く。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者の場合） 当該輸血又は輸注が行われた最終年月日を記載すること。	850100169	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1，2抗原・抗体同時測定定量);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
304	D012の19	HIV－1，2抗体定量	（K920輸血料（「4」の自己血輸血を除く。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者の場合） 当該輸血又は輸注が行われた最終年月日を記載すること。	850100510	輸血又は輸注最終年月日(HIV－1，2抗体定量);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※

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） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100500	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2抗原定性);******		
306	D012の42	単純ヘルペスウイルス抗原定性（皮膚）	（医学的な必要性から、本検査を2回目以上算定する場合） その理由を記載すること。	830100844	2回目以上算定する理由(単純ヘルペスウイルス抗原定性(皮膚));******		
307	D012の53	SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はインフルエンザウイルス感染症以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100503	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性);******		
308	D012の56	白癬菌抗原定性	（KOH直接鏡検が陰性であったものの、臨床所見等から爪白癬が疑われる場合） 検査を実施した医学的な必要性を記載すること。	830100496	医学的な必要性(白癬菌抗原定性);******		
			（KOH直接鏡検が実施できない場合） KOH直接鏡検を実施できない理由を記載すること。	830100497	KOH直接鏡検を実施できない理由(白癬菌抗原定性);******		
309	D012の60	サイトメガロウイルスpp65抗原定性	（高度細胞性免疫不全の患者に対して算定した場合） 当該検査が必要であった理由を記載すること。	830100456	高度細胞性免疫不全に対して算定した必要性理由(サイトメガロウイルスpp65抗原定性必要理由);******		
310	D012の63	SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はRSウイルス感染症以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100845	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2・RSウイルス抗原同時検出定性);******		
311	D012の63	SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19、インフルエンザウイルス感染症又はRSウイルス感染症以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100846	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性);******		
312	D012の65	SARS-CoV-2抗原定量	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100501	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2抗原検出定量);******		
313	D012の64	トキソプラズマIgG抗体アビディティー	（本検査を2回算定する場合又は妊娠満16週以降の妊婦に対して当該検査を算定する場合） 必要性を記載すること。	830100937	2回算定する必要性(トキソプラズマIgG抗体アビディティー);******		※
314	D012の69	鳥特異的IgG抗体	検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100498	検査が必要と判断した医学的根拠(鳥特異的IgG抗体);******		
315	D012の70	抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体	（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	830100499	2回以上算定する必要性(抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗体);******		
316	D012の70	抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74（AAVrh74）抗体	（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	830100938	2回以上算定する必要性(抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74(AAVrh74)抗体);******		※
317	D014の24	抗シトルリン化ペプチド抗体定性 抗シトルリン化ペプチド抗体定量	（関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定する場合） 「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	850100171	検査の実施年月日(抗シトルリン化ペプチド抗体定性;(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100172	検査の実施年月日(抗シトルリン化ペプチド抗体定量);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100050	未確　検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定性);******		
				842100051	未確　検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定量);******		
			（再度治療薬を選択する必要があり抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定する場合） その医学的な必要性を記載すること。	830100128	検査を2回以上算定する医学的な必要性(抗シトルリン化ペプチド抗体定性);******		
				830100129	検査を2回以上算定する医学的な必要性(抗シトルリン化ペプチド抗体定量);******		
318	D014の27	抗LKM－1抗体	抗核抗体陰性を確認した年月日を記載すること。	850100173	抗核抗体陰性確認年月日(抗LKM－1抗体);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
319	D014の46	抗NF155抗体	（2回以上算定する場合） 医学的な必要性を記載すること。	830100939	2回以上実施する医学的な必要性(抗NF155抗体);******		※
320	D014の46	抗CNTN1抗体	（2回以上算定する場合） 医学的な必要性を記載すること。	830100940	2回以上実施する医学的な必要性(抗CNTN1抗体);******		※
321	D014の46	抗アクアポリン4抗体	（抗アクアポリン4抗体を再度実施した場合） 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） その詳細な理由を記載すること。	830100504	医学的な必要性(抗P／Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体(抗P／Q型VGCC抗体));******		
323	D014の47	抗HLA抗体（スクリーニング検査）	（1年に2回以上実施する場合） その理由及び医学的な必要性を記載すること。	830100131	1年に2回以上実施する医学的な必要性(抗HLA抗体(スクリーニング検査));******		
324	D014の49	抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）	（1年に2回以上実施する場合） その理由及び医学的な必要性を記載すること。	830100132	1年に2回以上実施する医学的な必要性(抗HLA抗体(抗体特異性同定検査));******		
325	D015の16	インターロイキン－6（IL－6）	実施した年月日を記載すること。	850100437	実施年月日(インターロイキン－6(IL－6));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			（3回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。	830100762	3回以上算定する詳細な理由(インターロイキン－6(IL－6));******		
326	D015の27	sFlt－1／PlGF比	リスク因子のいずれに該当するかを記載すること。	820100860	(イ) 収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上(sFlt－1／PlGF比)		
				820100861	(ロ) 蛋白尿(sFlt－1／PlGF比)		
				820100862	(ハ) 妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見(sFlt－1／PlGF比)		
				820100863	(ニ) 子宮内胎児発育遅延(sFlt－1／PlGF比)		
				820100864	(ホ) 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見(sFlt－1／PlGF比)		
			((ハ) 妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見に該当する場合) 医学的根拠を記載すること。	830100506	(ハ)に該当する医学的根拠(sFlt－1／PlGF比);******		
			((ホ) 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見に該当する場合) 医学的根拠を記載すること。	830100507	(ホ)に該当する医学的根拠(sFlt－1／PlGF比);******		
			(リスク因子を2つ以上有する妊婦において算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830100508	医学的必要性(リスク因子を2つ以上有する妊婦)(sFlt－1／PlGF比);******		
			(一連の妊娠につき2回以上算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830100509	医学的必要性(一連の妊娠につき2回以上算定)(sFlt－1／PlGF比);******		
327	D015の31	コンシズマブ	（2回以上算定する場合） その理由を記載すること	830100941	2回以上算定する理由(コンシズマブ);******		※
328	D016の8	顆粒球表面抗原検査	本検査を実施した場合には、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日付け健発1112第1号厚生労働省健康局長通知）において示されている診断基準に基づいて、当該疾患を疑う根拠を記載すること。	830100847	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール(GPI)欠損症を疑う根拠(顆粒球表面抗原検査);******		

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） 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。	830100133	検体の種類(S－蛍光M、位相差M、暗視野M);******		
				830100134	検体の種類(S－M);******		
				830100135	検体の種類(S－保温装置使用アメーバM);******		
330	D023の4	HBV核酸定量	（B型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を行っている悪性リンパ腫等の患者に対して、B型肝炎の再活性化を考慮し、「4」のHBV核酸定量を行った場合） 治療中又は治療終了年月日を記載すること。	850100438	治療終了年月日(HBV核酸定量);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820100865	B型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を行っている悪性リンパ腫等の患者の治療中(HBV核酸定量)		
331	D023の6	インフルエンザ核酸検出	当該検査が必要である理由を記載すること。	820101181	ア　5歳未満の幼児(インフルエンザ核酸検出)		
				820101182	イ　65歳以上の高齢者(インフルエンザ核酸検出)		
				820101183	ウ　妊婦(インフルエンザ核酸検出)		
				820101184	エ　その他重症化リスクのある患者(インフルエンザ核酸検出)		
332	D023の8	EBウイルス核酸定量	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D023微生物核酸同定・定量検査の（8）のアからクまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載し、併せて、該当するものに応じ、以下の事項を記載すること。 ・アに該当する場合、臓器移植の実施年月日 ・イに該当する場合、造血幹細胞移植の実施年月日 ・ウに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日 ・エのうち移植後リンパ増殖性疾患の経過経過観察を目的として実施する場合、移植後リンパ増殖性疾患と診断された年月日及び医学的根拠 ・オのうちEBウイルス陽性が確認された後の経過観察を目的として実施する場合、EBウイルス陽性を確認した年月日及び医学的根拠 ・カに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日 ・キに該当する場合、医学的根拠	820100139	ア　臓器移植後の患者		
				820100140	イ　造血幹細胞移植後の患者で留意事項通知に規定するもの		
				820100141	ウ　留意事項通知に規定する抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者		
				820100142	エ　移植後リンパ増殖性疾患患者(経過観察目的)		
				820100143	オ　悪性リンパ腫又は白血病の患者(経過観察目的)		
				820100144	カ　再生不良性貧血の患者で抗胸腺細胞グロブリンが投与されたもの		
				820100145	キ　慢性活動性EBウイルス感染症等の患者		
				820101185	ク　上咽頭癌の患者		
				850100175	臓器移植実施年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100176	造血幹細胞移植実施年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100177	移植後リンパ増殖性疾患と診断された年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100178	EBウイルス陽性を確認した年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100179	抗胸腺細胞グロブリンの投与開始年月日(EBウイルス核酸定量);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100136	移植後リンパ増殖性疾患と診断した医学的根拠(EBウイルス核酸定量);******		
				830100137	EBウイルス陽性を確認した医学的根拠(EBウイルス核酸定量);******		
				830100848	留意事項通知キに該当する医学的根拠(EBウイルス核酸定量);******		
333	D023の17	HTLV－1核酸検出	HTLV-Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）の判定保留を確認した年月日を記載すること。	850100180	HTLV－1抗体判定保留確認年月日(HTLV－1核酸検出);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
334	D023の17	サイトメガロウイルス核酸定量	（高度細胞性免疫不全の患者に算定する場合） 検査が必要であった理由について記載すること。	830100513	検査が必要な理由(サイトメガロウイルス核酸定量);******		
335	D023の19	SARS-CoV-2核酸検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100511	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2核酸検出);******		
336	D023の20	SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100518	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2・インフルエンザ核酸同時検出);******		
337	D023の20	SARS－CoV－2・RSウイルス核酸同時検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100849	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2・RSウイルス核酸同時検出);******		
338	D023の20	SARS－CoV－2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100850	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS－CoV－2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出);******		
339	D023の24	ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出	検査を実施した年月日を記載すること。	850100511	検査実施年月日(ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
			（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D023の24ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出の(36)のアの（ロ）に該当する場合） 治療内容を記載すること。	830100942	治療内容(ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出);******		※
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） 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） COVID-19又はインフルエンザウイルス感染症を対象とする抗原検査又は本検査以外の核酸検出検査ではなく、本検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100943	検査が必要と判断した医学的根拠(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出);******		※
341	D023の26	細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出	関連学会が定める敗血症診断基準に基づいて、敗血症を疑う根拠を記載すること。	830100141	敗血症を疑う根拠(細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出);******		
342	D023の26	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）	髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性を詳細に記載すること。	830100851	髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液));******		
343	D023の27	HPVジェノタイプ判定	あらかじめ行われた組織診断の実施日及び組織診断の結果、CIN1又はCIN2のいずれに該当するかを記載すること。	850190225	あらかじめ行われた組織診断の実施日(HPVジェノタイプ判定);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820100146	CIN1		
				820100147	CIN2		
			（当該検査の2回目以降を算定した場合） 前回実施年月日を記載すること。	850100182	前回実施年月日(HPVジェノタイプ判定);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
344	D210-3	植込型心電図検査	心電図が記録されていた時間を記載すること。	852100006	心電図が記録されていた時間(植込型心電図検査)		
345	D211-3	時間内歩行試験	過去の実施年月日を記載すること。	850100184	過去実施年月日(時間内歩行試験);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
346	D211-4	シャトルウォーキングテスト	過去の実施年月日、在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針を記載すること。	850100185	過去実施年月日(シャトルウォーキングテスト);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100143	在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針(シャトルウォーキングテスト);******		

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。) 2断層撮影法(心臓超音波検査を除く。) ロ その他の場合 (1) 胸腹部	検査を行った領域を記載すること。	820100681	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):ア 消化器領域		
				820100682	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):イ 腎・泌尿器領域		
				820100683	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):ウ 女性生殖器領域		
				820100684	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):エ 血管領域(大動脈・大静脈等)		
				820100685	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等		
				820100686	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):カ その他		
			(カに該当する場合) 具体的な臓器又は領域を記載すること。	830100144	具体的な臓器又は領域;********		
348	D215-2	肝硬度測定	(3月に2回以上算定する場合) その理由及び詳細な医学的根拠を算定すること。	830100145	3月に2回以上算定する理由・医学的根拠(肝硬度測定);******		
			(肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100147	別に算定する理由及び医学的根拠(肝硬度測定);******		
349	D215-3	超音波エラストグラフィー	(3月に2回以上算定する場合) その理由及び詳細な医学的根拠を算定すること。	830100146	3月に2回以上算定する理由・医学的根拠(超音波エラストグラフィー);******		
			(肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100148	別に算定する理由及び医学的根拠(超音波エラストグラフィー);******		
350	D215-4	超音波減衰法検査	(肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100619	別に算定する理由及び医学的根拠(超音波減衰法検査);******		
			(脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、肝臓の脂肪量を評価した場合) 前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190052	前回実施年月日(超音波減衰法検査);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190057	初回(超音波減衰法検査)		
351	D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ	算定開始年月日を記載すること。	850100186	算定開始年月日(呼吸心拍監視等);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
352	D231-2	皮下連続式グルコース測定	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D231-2皮下連続式グルコース測定の(2)のア又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100151	ア 留意事項通知に規定する1型糖尿病患者(検査)		
				820100152	イ 留意事項通知に規定する2型糖尿病患者(検査)		
353	D236-2の1	光トポグラフィー 1 脳外科手術の術前検査に使用するもの	手術実施年月日又は手術実施予定年月日を記載すること。	850100187	手術実施年月日(光トポグラフィー(脳外科手術前検査));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100188	手術予定年月日(光トポグラフィー(脳外科手術前検査));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			(手術が行われなかった場合) その理由を記載すること。	830100149	手術が行われなかった理由(光トポグラフィー(脳外科手術前検査));******		
354	D236-2の2	光トポグラフィー 2 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの	当該検査が必要な理由及び前回の実施年月日(該当する患者に限る。)を記載すること。	830100150	検査の必要理由(光トポグラフィー(抑うつ症状の鑑別診断));******		
				850100189	前回実施年月日(光トポグラフィー(抑うつ症状の鑑別診断));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
355	D236-3の1	脳磁図 1 自発活動を測定するもの	手術実施年月日又は手術実施予定年月日を記載すること。	850100190	手術実施日(脳磁図(自発活動を測定するもの));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100191	手術実施予定日(脳磁図(自発活動を測定するもの));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			(手術が行われなかった場合) その理由を記載すること。	830100151	手術が行われなかった理由(脳磁図(その他のもの));******		
356	D236-3の2	脳磁図 2 その他のもの	検査の医学的な必要性及び結果の概要を記載すること。	830100152	検査の医学的な必要性(脳磁図(その他のもの));******		
				830100153	結果の概要(脳磁図(その他のもの));******		
357	D237の3のイ	終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D237終夜睡眠ポリグラフィーの(3)の(イ)から(ホ)までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100154	(イ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
				830100155	(ロ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
				830100156	(ハ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
				830100157	(ニ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
				830100778	(ホ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
			次の事項を記載すること。	830100521	安全精度管理を要した患者の診断名(疑い病名を含む。)(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
				830100522	検査中の安全精度管理に係る検査結果の要点(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
			(合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合) 継続的な治療の内容、BMI又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性について記載すること。	830100523	継続的な治療の内容(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
				830100524	BMI(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
				830100525	医学的な必要性(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));******		
358	D239の2	筋電図検査 2 誘発筋電図	検査を行った神経名を記載すること。 (感覚・運動の別、左・右の別を記載すること。)	830100158	正中神経(誘発筋電図);******		
				830100159	尺骨神経(誘発筋電図);******		
				830100160	腓腹神経(誘発筋電図);******		
				830100161	脛骨神経(誘発筋電図);******		
				830100162	腓骨神経(誘発筋電図);******		
				830100163	顔面神経(誘発筋電図);******		
				830100164	橈骨神経(誘発筋電図);******		
				830100165	三叉神経(誘発筋電図);******		
				830100166	腋窩神経(誘発筋電図);******		
				830100167	その他(誘発筋電図);******		
359	D239の4	筋電図検査 4 単線維筋電図(一連につき)	検査実施年月日、実施医療機関の名称、診断名(疑いを含む。)及び当該検査を行う医学的必要性の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	850190226	検査実施年月日(単線維筋電図);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100852	実施医療機関の名称(単線維筋電図);********		
				830100853	診断名(疑いを含む。)(単線維筋電図);********		
				830100854	検査を行う医学的必要性(単線維筋電図);********		

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 D282-2まで	眼科学的検査	（近視進行抑制薬を投与している患者に対して眼科学的検査を算定する場合） 近視進行抑制薬の投与を開始した年月日を記載すること。	850100512	近視進行抑制薬の投与開始年月日(眼科学的検査);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
362	D258-2	網膜機能精密電気生理検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D258-2網膜機能精密電気生理検査の（1）から（3）までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。 （1）又は（2）を記載した場合は、直近の算定月日（初回であればその旨）を、（3）を記載した場合は手術施行（予定を含む。）年月日を記載すること。	820100153	(1) 留意事項通知に規定する患者に対する黄斑疾患の診断目的		
				820100154	(2) 黄斑ジストロフィーの診断目的		
				820100155	(3) 網膜手術の前後		
				850190007	前回算定年月日(網膜機能精密電気生理検査);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190007	初回(網膜機能精密電気生理検査)		
				850100194	手術実施年月日(網膜機能精密電気生理検査);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100195	手術予定年月日(網膜機能精密電気生理検査);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
363	D258-3	黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図	（黄斑局所網膜電図又は全視野精密網膜電図を年2回以上算定する場合） その医学的必要性を記載すること。	830100169	年2回以上算定する医学的必要性(黄斑局所網膜電図);********		
				830100170	年2回以上算定する医学的必要性(全視野精密網膜電図);********		
364	D282-4	ダーモスコピー	（新たに他の病変で検査を行う場合） 医学的な必要性から4月に2回以上算定するときはその理由を記載すること。	830100763	新たな他の病変で4月に2回以上算定する理由(ダーモスコピー);********		
365	D285	認知機能検査その他の心理検査 1 操作が容易なもの イ 簡易なもの	（3月以内に2回以上算定する場合） その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100171	その理由及び医学的根拠(認知機能検査1　簡易なもの);********		
			前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190053	前回実施年月日(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なものイ簡易なもの);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190058	初回(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なものイ簡易なもの)		
366	D310の3	小腸内視鏡検査 3 カプセル型内視鏡によるもの	当該患者の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100172	小腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)症状詳記;******		
367	D310 注2	小腸内視鏡検査 内視鏡的留置術加算	当該患者の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100527	小腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記;******		
368	D313の2	大腸内視鏡検査 2 カプセル型内視鏡によるもの	当該患者の症状詳記を記載すること。さらに、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D313大腸内視鏡検査の（2）のアからウまでに規定するもののうち、該当するものを選択して記載するとともに、アの場合は実施日を、イ又はウの場合は実施困難な理由を記載すること。 症状詳記については、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	820100156	ア　大腸ファイバースコピーでは回盲部まで到達できなかった患者		
				820100157	イ　器質的異常により大腸ファイバースコピーが困難と判断された患者		
				820100805	ウ　身体的負担により大腸ファイバースコピーが実施困難であると判断された患者		
				850100196	大腸内視鏡検査の実施年月日(大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100173	大腸内視鏡検査が困難な理由(大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡));******		
369	D313 注3	大腸内視鏡検査 バルーン内視鏡加算	当該患者の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100528	大腸内視鏡検査(バルーン内視鏡加算)症状詳記;******		
370	D313 注4	大腸内視鏡検査 内視鏡的留置術加算	当該患者の症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100529	大腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記;******		
371	D414	内視鏡下生検法	「1臓器」の取扱いについては、「NOOO」病理組織標本作製（1臓器につき）に準ずる。 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N000病理組織標本作製の（1）の（ア）から（ケ）までのいずれかを選択し記載する。 なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載すること。	820100866	ア　気管支及び肺臓		
				820100867	イ　食道		
				820100868	ウ　胃及び十二指腸		
				820100869	エ　小腸		
				820100870	オ　盲腸		
				820100871	カ　上行結腸、横行結腸及び下行結腸		
				820100872	キ　S状結腸		
				820100873	ク　直腸		
				820100874	ケ　子宮体部及び子宮頸部		
				830100612	コ　その他;******		
				850190008	前回実施年月日(アルブミン定量(尿));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190008	初回(アルブミン定量(尿))		
				850190009	前回実施年月日(ミオイノシトール(尿));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190009	初回(ミオイノシトール(尿))		
				850190227	前回実施年月日(プロスタグランジンE主要代謝物(尿));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190495	初回(プロスタグランジンE主要代謝物(尿))		
				850190010	前回実施年月日(4型コラーゲン(尿));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190010	初回(4型コラーゲン(尿))		
				850190011	前回実施年月日(シュウ酸(尿));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190011	初回(シュウ酸(尿))		
				850190012	前回実施年月日(L型脂肪酸結合蛋白(L－FABP(尿)));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190012	初回(L－FABP(尿))		
				850190013	前回実施年月日(カルプロテクチン(糞便));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190013	初回(カルプロテクチン(糞便))		
				850190014	前回実施年月日(免疫関連遺伝子再構成);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
372	D	算定回数が複数月に1回のみとされている検査	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること	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) 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) 次の例により「検選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他の検査と区別して記載すること。 〔記載例〕 末梢血液一般検査　21×1 末梢血液像(鏡検法)　25×1 (検選) AFP　1,070円×1	830100457	検選;******		
376	E	画像診断	撮影部位を記載すること。 ※E001写真診断、E200コンピューター断層撮影、E202磁気共鳴コンピューター断層撮影は項番344、349、353のとおり、選択して記載すること。	830189300	撮影部位(写真診断、コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影以外):その他;******		
	E	時間外緊急院内画像診断加算	撮影開始日時を記載すること。	853100003	撮影開始日時(時間外緊急院内画像診断加算);dd″日″hh″時″mm″分″		
377	E001	写真診断 1 単純撮影	撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。 なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。	820181000	撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔を除く。)		
				820183620	撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔に限る。)		
				820181100	撮影部位(単純撮影):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 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 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 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 5　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合	(効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合において、さらに1回に限り算定する場合) 本撮影が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100855	本撮影が必要と判断した医学的根拠(ポジトロン断層撮影(5　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合));******		
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0．5又は1		
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		
			画像診断の結果におけるAβ　病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101186	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり		
				820101187	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし		
382	E101-2の6	ポジトロン断層撮影 6　PSMAイメージング剤を用いた場合	(2回以上算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	830100945	2回以上算定する医学的必要性(ポジトロン断層撮影　6　PSMAイメージング剤を用いた場合);******		※
383	E101-3の4	ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影　4　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合	(効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合において、さらに1回に限り算定する場合) 本撮影が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100856	本撮影が必要と判断した医学的根拠(ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影(4　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合));******		
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0．5又は1		
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		
			画像診断の結果におけるAβ　病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101186	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり		
				820101187	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし		
384	E101-3の5	ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影　5　PSMAイメージング剤を用いた場合	(2回以上算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	830100946	2回以上算定する医学的必要性(ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影　5　PSMAイメージング剤を用いた場合);******		※
385	E101-4の3	ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影　3　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合	(効能又は効果としてアルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制を有する医薬品の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合において、さらに1回に限り算定する場合) 本撮影が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100857	本撮影が必要と判断した医学的根拠(ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(3　アミロイドPETイメージング剤を用いた場合));******		
			認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		
			臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0．5又は1		
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		
			画像診断の結果におけるAβ　病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101186	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見あり		
				820101187	画像診断の結果、Aβ　病理を示唆する所見なし		
386	E101-2の4	ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影　4　PSMAイメージング剤を用いた場合	(2回以上算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	830100947	2回以上算定する医学的必要性(ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影　4　PSMAイメージング剤を用いた場合);******		※
			(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合) それぞれ初回の算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)	○	
				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） 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。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。	820182000	撮影部位(CT撮影):頭部(副鼻腔を除く)		
				820182800	撮影部位(CT撮影):頭部(副鼻腔)		
				820182110	撮影部位(CT撮影):頸部		
				820182210	撮影部位(CT撮影):胸部・肩		
				820182300	撮影部位(CT撮影):腹部		
				820182350	撮影部位(CT撮影):骨盤・股関節		
				820182600	撮影部位(CT撮影):四肢		
				820182700	撮影部位(CT撮影):全身		
				820182250	撮影部位(CT撮影):心臓		
				820182230	撮影部位(CT撮影):脊椎		
				830189100	撮影部位(CT撮影)(その他);*******		
388	E200 注4	冠動脈CT撮影加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第4部E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）の（8）のアからオまでの該当するものを選択して記載すること。なお、オに該当する場合はその詳細な理由を記載する。	820100723	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ア　諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常		
				820100724	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):イ　急性冠症候群		
				820100725	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ウ　狭心症		
				820100726	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):エ　狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子が認められる場合		
				820100727	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):オ　その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合		
				830100191	その詳細な理由(冠動脈CT撮影加算);******		
389	E200-2	血流予備量比コンピューター断層撮影解析	血流予備量比コンピューター断層撮影解析による血流予備量比の値を記載すること。	842100052	血流予備量比の値(血流予備量比コンピューター断層撮影解析);******		
390	E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影	（コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合） それぞれ初回の算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)	○	
			（別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合） 画診共同と表示すること。	170041410	MRI撮影(3テスラ以上)共同利用施設(画診共同)	○	
				170041510	MRI撮影(3テスラ以上)(その他)(画診共同)	○	
				170041610	MRI撮影(1．5テスラ以上3テスラ未満)(画診共同)	○	
				170041710	MRI撮影(1又は2以外)(画診共同)	○	
391	E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影	撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。	820183020	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳)		
				820183630	撮影部位(MRI撮影):頭部(副鼻腔)		
				820183010	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳・副鼻腔を除く)		
				820183110	撮影部位(MRI撮影):頸部		
				820183200	撮影部位(MRI撮影):肩		
				820183220	撮影部位(MRI撮影):胸部(肩を除く)		
				820183300	撮影部位(MRI撮影):腹部		
				820183360	撮影部位(MRI撮影):骨盤・股関節		
				820183610	撮影部位(MRI撮影):四肢(膝を除く)		
				820183500	撮影部位(MRI撮影):膝		
				820183120	撮影部位(MRI撮影):頸椎		
				820183240	撮影部位(MRI撮影):胸椎		
				820183330	撮影部位(MRI撮影):腰椎・仙骨部		
				830189200	撮影部位(MRI撮影)(その他);*******		
392	E202 注10	肝エラストグラフィー加算	前回算定年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	850190055	前回実施年月日(肝エラストグラフィー加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190060	初回(肝エラストグラフィー加算)		
			（診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第5部第2節F100処方料の（3）のアの（イ）から（ニ）に定める内容に該当し、処方料又は処方箋料について「1」の点数を算定しない場合） その理由を記載すること。	830100193	1を算定しない理由(処方料);*******		
				830100194	1を算定しない理由(処方箋料);*******		
			（精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間の場合） 当該保険医療機関の初診年月日を記載すること。	850100200	初診年月日(処方料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100201	初診年月日(処方箋料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				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 F400	処方料 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） 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） 臨時の投与の開始年月日を記載すること。	850100204	臨時投与開始年月日(処方料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100205	臨時投与開始年月日(処方箋料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			（複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合） その旨を記載すること。	820100741	複数診療科で処方		
			（緊急やむを得ない事態が生じ、同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬した場合） その日付及び理由を記載すること。	850100513	処方箋料を算定する年月日;(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				830100948	その理由;********		※
394	F100 F400	処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算	（隔日、漸増・減等で投与する場合） その旨を記載すること。	820100742	隔日投与		
				820100743	漸増投与		
				820100744	漸減投与		
				820100875	週1回投与		
395	F200	薬剤（入院分）	（入院患者に対し退院時に投薬（内服薬）を行った場合） 「退院時　日分投薬」と記載すること。 （入院患者に対し退院時に投薬（屯服薬）を行った場合） 「退院時　回分投薬」と記載すること。 （入院患者に対し退院時に投薬（外用薬）を行った場合） 「退院時投薬」と記載すること。	840000006	退院時　　日分投薬		
				840000634	退院時　　回分投薬(屯服薬)		
				820101042	退院時投薬(外用薬)		
			（入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者に対してビタミン剤を投与した場合） 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	830100201	ビタミン剤の投与趣旨(薬剤);******		
396	F200 F400	薬剤等（入院外分） 処方箋料	（ビタミン剤を投与した場合） 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	830100202	ビタミン剤の投与趣旨(薬剤料・処方箋料);******		
			（臨時薬を追加投与し、その結果投与する内服薬が7種類以上となる場合） 臨時薬の投与の必要性を記載すること。ただし、病名によりその必要性が判断できる場合は、この限りでない。	830100203	臨時薬の投与の必要性(薬剤料・処方箋料);******		
			（鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合） 所定単位当たりの薬剤名、貼付剤の枚数としての投与量を記載した上で、貼付剤の枚数としての1日用量又は投与日数を記載すること。	830100204	鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤の1日用量又は投与日数(薬剤料);******		
			（1回の処方において、63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合） 当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。	830000052	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した理由;******		
			（緊急やむを得ず、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を処方せんにより投薬した場合） その年月日及び理由を記載すること。	850100206	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った年月日;(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100205	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った理由(処方箋料);******		
			（長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬を14日を超えて投与した場合） 当該長期投与の理由を記載すること。	830100206	長期投与理由(薬剤料・処方箋料);******		
			（手術後の患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合） 手術年月日を記載すること。	850100514	手術年月日(薬剤料・処方箋料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
			（経管により栄養補給を行っている患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合） 直近の食道瘻の造設若しくはカテーテル交換、胃瘻の造設若しくはカテーテル交換、腸瘻の造設若しくはカテーテル交換又は経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術の実施年月日を記載すること。	850100515	直近の食道瘻の造設若しくはカテーテル交換、胃瘻の造設若しくはカテーテル交換、腸瘻の造設若しくはカテーテル交換又は経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術の実施年月日(薬剤料・処方箋料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
			（手術後の患者又は経管により栄養補給を行っている患者以外に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合） 栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。	830100949	栄養保持を目的とした医薬品を投与した理由(薬剤料・処方箋料);******		※
397	G 通則7	バイオ後続品導入初期加算	初回使用年月日を記載すること。	850100408	初回使用年月日(バイオ後続品導入初期加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
398	G 通則10	看護師等遠隔診療注射実施料	当該注射の区分番号を記載すること。	830100950	看護師等により実施した注射の区分番号;		※
399	G004	点滴注射の血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施年月日を記載すること。	850100207	血漿成分製剤加算(点滴注射)1回目注射年月日;(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
400	G005	中心静脈注射の血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施年月日を記載すること。	850100208	血漿成分製剤加算(中心静脈注射)1回目注射年月日;(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
401	G100	薬剤	（入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合） 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	830100201	ビタミン剤の投与趣旨(薬剤);******		
			算定単位数及び実施日数を記載すること。 〔記載例〕 （離床減） 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）(理学)　6単位 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）(作業)　6単位 実施日数3日	180744210	心大血管疾患リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				～	～		
				~~820101867~~ 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)) ①これまでのリハビリテーションの実施状況(期間及び内容)、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法(Functional Independence Measure:FIM)、基本的日常生活活動度(Barthel Index:BI)、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあっては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えない。なお、継続の理由については、具体的には 次の例を参考にして記載すること。 [記載例] 本患者は、2023年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に水頭症及び敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2024年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超えるが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリ開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。	830100209	継続理由(心大血管疾患リハビリテーション料);******		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始日又は発症年月日等を記載すること。	830100210	新たな疾患名(心大血管疾患リハビリテーション料);******		
				850100210	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(心大血管疾患リハビリテーション料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100211	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日(心大血管疾患リハビリテーション料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
403	H000 注2	心大血管疾患リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	入院年月日を記載すること。 ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。	850100516	入院年月日(早期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100517	転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
404	H000 注3	心大血管疾患リハビリテーション料の初期加算	発症、手術若しくは急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。	850100518	発症年月日(初期加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100519	手術年月日(初期加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100520	急性増悪年月日(初期加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100521	治療開始年月日(初期加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
405	H000 注4	心大血管疾患リハビリテーション料の急性期リハビリテーション加算	算定の根拠となった要件(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第7部H000(10)に掲げるアからエまでのいずれか)を日毎に記載すること。	850190230	算定の根拠となった要件アの年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850190231	算定の根拠となった要件イの年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850190232	算定の根拠となった要件ウの年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850190233	算定の根拠となった要件エの年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			発症、手術若しくは急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。	850100522	発症年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100523	手術年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100524	急性増悪年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100525	治療開始年月日(急性期リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
406	H000 注5	心大血管疾患リハビリテーション料の休日リハビリテーション加算	発症、手術若しくは急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。	850100526	発症年月日(休日リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100527	手術年月日(休日リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100528	急性増悪年月日(休日リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100529	治療開始年月日(休日リハビリテーション加算)(心大血管疾患リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
407	H001	脳血管疾患等リハビリテーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。 〔記載例〕 （離床減） 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(理学)　6単位 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(作業)　6単位 実施日数3日	180745310	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				～	～		
				~~820101868~~ 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)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番375)と同様。	830100212	継続理由(脳血管疾患等リハビリテーション料);******		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。	830100213	新たな疾患名(脳血管疾患等リハビリテーション料);******		
				850100219	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		

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。 ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。	850100530	入院年月日(早期リハビリテーション加算)(脳リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100531	転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(脳リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
			(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者		
409	H001 注3	脳血管疾患等リハビリテーション料の初期加算	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100532	発症年月日(初期加算)(脳リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100533	手術年月日(初期加算)(脳リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100534	急性増悪年月日(初期加算)(脳リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
			(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者		
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。 [記載例] (離床減) 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(理学)　6単位 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(作業)　6単位 実施日数3日	180750510	廃用症候群リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				∫	∫		
				~~820101869~~ 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)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番375)と同様。	830100215	継続理由(廃用症候群リハビリテーション料);******		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始日又は発症月日等を記載すること。	830100216	新たな疾患名(廃用症候群リハビリテーション料);******		
				850100222	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(廃用症候群リハビリテーション料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100223	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日(廃用症候群リハビリテーション料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
413	H001-2 注2	廃用症候群リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	入院年月日を記載すること。 ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。	850100547	入院年月日(早期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100548	転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(廃用症候群リハ);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
414	H001-2 注3	廃用症候群リハビリテーション料の初期加算	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の月日を記載すること。	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 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。 〔記載例〕 （離床減） 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）(理学)　6単位 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）(作業)　6単位 実施日数3日	180755710	運動器リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				∫	∫		
				~~820101870~~ 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）) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番375)と同様。	830100218	継続理由(運動器リハビリテーション料):******		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。	830100219	新たな疾患名(運動器リハビリテーション料):******		
				850100225	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100226	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
418	H002 注2	運動器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	入院年月日を記載すること。 ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。	850100561	入院年月日(早期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100562	転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
			(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者		
419	H002 注3	運動器リハビリテーション料の初期加算	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100563	発症年月日(初期加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100564	手術年月日(初期加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100565	急性増悪年月日(初期加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
			(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者		
420	H002 注4	運動器リハビリテーション料の急性期リハビリテーション加算	算定の根拠となった要件(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第7部H000(10)に掲げるアからエまでのいずれか)を日毎に記載すること。	850100566	算定の根拠となった要件アの年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100567	算定の根拠となった要件イの年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100568	算定の根拠となった要件ウの年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100569	算定の根拠となった要件エの年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
			発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100570	発症年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100571	手術年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100572	急性増悪年月日(急性期リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
421	H002 注5	運動器リハビリテーション料の休日リハビリテーション加算	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100573	発症年月日(休日リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100574	手術年月日(休日リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100575	急性増悪年月日(休日リハビリテーション加算)(運動器リハ):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
			算定単位数及び実施日数を記載すること。 〔記載例〕 （離床減） 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）(理学)　6単位 呼吸器患リハビリテーション料（Ⅰ）(作業)　6単位 実施日数3日	180759710	呼吸器リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				∫	∫		
				~~820101871~~ 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)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番375)と同様。	830100221	継続理由(呼吸器リハビリテーション料);******		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。	830100222	新たな疾患名(呼吸器リハビリテーション料);******		
				850100228	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　治療開始年月日(呼吸器リハビリテーション料);(元号)yy″年mm″月dd″日″		
				850100229	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態　発症年月日(呼吸器リハビリテーション料);(元号)yy″年mm″月dd″日″		
423	H003 注2	呼吸器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算	入院年月日を記載すること。 ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を記載すること。	850100576	入院年月日(早期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ);(元号)yy″年mm″月dd″日″		※
				850100577	転院前の保険医療機関の入院年月日(早期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ);(元号)yy″年mm″月dd″日″		※
424	H003 注3	呼吸器リハビリテーション料の初期加算	発症、手術又は急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。	850100215	発症年月日(初期加算)(呼吸器リハ);(元号)yy″年mm″月dd″日″		
				850100216	手術年月日(初期加算)(呼吸器リハ);(元号)yy″年mm″月dd″日″		
				850100217	急性増悪年月日(初期加算)(呼吸器リハ);(元号)yy″年mm″月dd″日″		
				850100578	治療開始年月日(初期加算)(呼吸器リハ);(元号)yy″年mm″月dd″日″		※
425	H003 注4	呼吸器リハビリテーション料の急性期リハビリテーション加算	算定の根拠となった要件(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第7部H000(10)に掲げるアからエまでのいずれか)を日毎に記載すること。	850100579	算定の根拠となった要件アの年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ);(元号)yy″年mm″月dd″日″		※
				850100580	算定の根拠となった要件イの年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ);(元号)yy″年mm″月dd″日″		※
				850100581	算定の根拠となった要件ウの年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ);(元号)yy″年mm″月dd″日″		※
				850100582	算定の根拠となった要件エの年月日(急性期リハビリテーション加算)(呼吸器リハ);(元号)yy″年mm″月dd″日″		※
			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 注5	呼吸器リハビリテーション料の休日リハビリテーション加算	発症、手術若しくは急性増悪又は治療開始の年月日を記載すること。	850100587	発症年月日(休日リハビリテーション加算)(呼吸器リハ);(元号)yy″年mm″月dd″日″		※
				850100589	手術年月日(休日リハビリテーション加算)(呼吸器リハ);(元号)yy″年mm″月dd″日″		※
				850100590	急性増悪年月日(休日リハビリテーション加算)(呼吸器リハ);(元号)yy″年mm″月dd″日″		※
				850100591	治療開始年月日(休日リハビリテーション加算)(呼吸器リハ);(元号)yy″年mm″月dd″日″		※
427	H003-2 注~~5~~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) 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。 ［記載例］ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）　185×18 実施日数3日 （リハ選） 運動器リハビリテーション料　1,850円×1	830100372	リハ選:******		
436	I000-2	経頭蓋磁気刺激療法	治療開始日と終了日の年月日を記載すること。	850100235	治療開始年月日(経頭蓋磁気刺激療法):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100236	治療終了年月日(経頭蓋磁気刺激療法):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
437	I002	通院・在宅精神療法	(通院・在宅精神療法を退院後4週間以内の患者について算定した場合) 退院年月日を記載すること。	850100237	退院年月日(通院・在宅精神療法):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			診療に要した時間に応じて、選択して記載すること。 ただし、30分又は60分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「30分超」又は「60分超」と記載しても差し支えない。	820101309	5分を超え10分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101310	10分以上20分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101311	20分以上30分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101312	30分以上40分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101313	40分以上50分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101314	50分以上60分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101315	30分超60分未満(通院・在宅精神療法)		
				820101316	60分超(通院・在宅精神療法)		
			(1回の処方において2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬を投与した場合) 投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を記載すること。	820101188	投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について説明を行った		
438	I002	通院・在宅精神療法の注3及び注4の加算(20歳未満、16歳未満の患者)	当該保険医療機関の精神科を初めて受診した年月日を記載すること。	850100238	精神科初回受診年月日(通院・在宅精神療法(20歳未満)加算):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100239	精神科初回受診年月日(児童思春期精神科専門管理加算(16歳未満)):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100240	精神科初回受診年月日(児童思春期精神科専門管理加算(20歳未満)):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		

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 注7	通院・在宅精神療法の措置入院後継続支援加算	（指導等を行った月と算定する月が異なる場合） 指導等を行った年月日を記載すること。	850100241	指導等年月日(措置入院後継続支援加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
440	I002 注8	通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算	初回の当該加算を算定した年月日を記載すること。	850100441	初回算定年月日(療養生活継続支援加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			（対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合） 急性増悪等における具体的な状態について記載すること。	830100533	急性増悪等における具体的な状態(療養生活継続支援加算);******		
441	I002 注11	通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算	（病状等により、患者本人から同意を得ることが困難である場合や、やむを得ず家族等から同意を得る場合） その理由を記載する。	830100858	患者本人から同意を得ることが困難又はやむを得ず家族等から同意を得た理由(早期診療体制充実加算);******		
442	I002 注12	通院・在宅精神療法の注12の規定	（情報通信機器を用いた精神療法を行う際に、厚生労働省「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」(「オンライン精神療法指針」という。)に沿って診療を行う場合） オンライン精神療法指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820101189	オンライン精神療法指針に沿った適切な診療である(通院・在宅精神療法の注12の規定)		
			（処方を行った場合） オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、当該処方がオンライン精神療法指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820101190	オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、オンライン精神療法指針に沿った適切な処方である(通院・在宅精神療法の注12の規定)		
443	I002-2	精神科継続外来支援・指導料	（1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上又は抗精神病薬を3種類以上投与した場合であっても、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第5部第2節F100処方料の(3)のアの(イ)から(ニ)のいずれかに該当し、算定する場合） (3)のアの(イ)から(ニ)までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100203	(イ) 精神疾患患者が他医療機関で既に向精神薬多剤投与の場合		
				820100204	(ロ) 向精神薬投与患者の既投与薬と新導入薬の一時的併用の場合		
				820100205	(ハ) 臨時に投与した場合		
				820100206	(ニ) やむを得ず投与を行う場合(抗うつ薬又は抗精神病薬に限る)		
444	I002-3の2	救急患者精神科継続支援料 2 入院中の患者以外の患者	（電話等で指導等を行った月と算定する月が異なる場合） 当該指導等を行った年月日を記載すること。	850100243	指導等年月日(救急患者精神科継続支援料(入院外));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
445	I003	標準型精神分析療法	当該診療に要した時間を記載すること。	852100009	標準型精神分析療法に要した時間(標準型精神分析療法)		
446	I003-2	認知療法・認知行動療法	初回の算定年月日及び一連の治療における算定回数の合計を記載すること。	850100244	初回算定年月日(認知療法・認知行動療法);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				842100053	一連の治療の算定回数の合計(認知療法・認知行動療法);******		
			当該診療に要した時間を記載すること。	852100015	認知療法・認知行動療法に要した時間(認知療法・認知行動療法)		
447	I004	心身医学療法	傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「(心身症)」と記載すること。 例「胃潰瘍(心身症)」	傷病名コード	(傷病名を表示する。)	○	
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)	○	
			（初診の日に心身医学療法を算定した場合） 診療に要した時間を記載すること。	852100010	診療に要した時間(心身医学療法)		
448	I006-2	依存症集団療法	治療開始年月日を記載すること。	850100245	治療開始年月日(依存症集団療法);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
449	I008-2 I009 I010 I010-2	精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケア	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのうち最初に算定した年月日を記載すること。なお、最初に算定した日から3年を経過している場合は省略して差し支えないが、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であって、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアを週4日以上算定する場合は、通算の入院期間を記載すること。	850100246	初回算定年月日(精神科デイ・ケア等);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820100745	初回(精神科デイ・ケア等)		
				830100226	通算入院期間(精神科デイ・ケア);******		
				830100227	通算入院期間(精神科ナイト・ケア);******		
				830100228	通算入院期間(精神科デイ・ナイト・ケア);******		
			（入院中の患者に精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアを算定した場合） 算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
450	I008-2 I009 I010 I010-2	精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケア の早期加算	最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。	850100247	初回精神科デイ・ケア等算定年月日(早期加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100248	精神病床の退院年月日(早期加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
451	I008-2	精神科ショート・ケアの疾患別等専門プログラム加算	治療開始年月日を記載すること。	850100249	治療開始年月日(疾患別等専門プログラム加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
452	I011-2	精神科退院前訪問指導料	（2回以上算定した場合） 各々の訪問指導年月日を記載すること。	850100250	訪問指導年月日(精神科退院前訪問指導料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
453	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	（患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示し、当該急性増悪した日から7日以内の期間に算定した場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100229	急性増悪した日から7日以内の期間に算定した医療上の必要性(精神科訪問看護・指導料);******		
			（急性増悪した患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断し、急性増悪した日から1月以内の連続した7日間に算定した場合） その医療上の必要性を記載すること。	830100230	急性増悪した日から1月以内の連続した7日間に算定した医療上の必要性(精神科訪問看護・指導料);******		
			（退院後3月以内の期間において行われる場合で、週5回算定する場合） 退院年月日を記載すること。	850100251	退院年月日(精神科訪問看護・指導料(1));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100252	退院年月日(精神科訪問看護・指導料(3));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			月の初日の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により測定した値及び測定日を記載すること。GAFの値については該当する範囲を選択して記載すること。	850190202	GAF測定年月日(精神科訪問看護・指導料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820101019	GAF尺度100－91(精神科訪問看護・指導料)		
				820101020	GAF尺度90－81(精神科訪問看護・指導料)		
				820101021	GAF尺度80－71(精神科訪問看護・指導料)		
				820101022	GAF尺度70－61(精神科訪問看護・指導料)		
				820101023	GAF尺度60－51(精神科訪問看護・指導料)		
				820101024	GAF尺度50－41(精神科訪問看護・指導料)		
				820101025	GAF尺度40－31(精神科訪問看護・指導料)		
				820101026	GAF尺度30－21(精神科訪問看護・指導料)		
				820101027	GAF尺度20－11(精神科訪問看護・指導料)		
				820101028	GAF尺度10－1(精神科訪問看護・指導料)		
				820101029	GAF尺度0(精神科訪問看護・指導料)		

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) 精神科訪問看護・指導を行った年月日を記載すること。	850100592	訪問年月日(精神科訪問看護・指導料・特別地域訪問看護加算ロの場合);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
			(特別地域訪問看護加算ロの場合) 精神科訪問看護・指導に要した時間を記載すること。	852100021	訪問看護時間(精神科訪問看護・指導料・特別地域訪問看護加算ロの場合)		※
457	I012 注7	精神科訪問看護・指導料の精神科緊急訪問看護加算	加算を算定する理由を詳細に記載すること。	830100859	緊急訪問看護の理由(精神科緊急訪問看護加算);******		
			緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。	850190234	緊急訪問年月日(精神科緊急訪問看護加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
458	I012-2	精神科訪問看護指示料の精神科特別訪問看護指示加算	頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由を記載すること。	830100232	頻回の指定訪問看護を行う必要性(精神科特別訪問看護指示加算);******		
459	I012-2	精神科訪問看護指示料の手順書加算	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190056	前回実施年月日(手順書加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				820190052	初回(手順書加算)		
460	I014	医療保護入院等診療料	患者の該当する入院形態として、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の中から該当するものを選択して記載すること。	820100207	措置入院		
				820100208	緊急措置入院		
				820100209	医療保護入院		
				820100210	応急入院		
461	I014	医療保護入院等診療料2	多職種による退院支援に係るカンファレンスを行った日を記載すること。	850100593	カンファレンス実施年月日(医療保護入院等診療料2);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
462	I015	重度認知症患者デイ・ケア料の早期加算	最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。	850100256	重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(早期加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100248	精神病床の退院年月日(早期加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
463	I015	重度認知症患者デイ・ケア料の夜間ケア加算	初回算定年月日及び夜間ケアに要した時間を記載すること。	850100258	重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(夜間ケア加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				852100012	夜間ケアに要した時間(夜間ケア加算)		
464	I016	精神科在宅患者支援管理料	(精神科在宅患者支援管理料の「1」又は「2」を算定した場合) 直近の入院についての入院年月日、入院形態、退院年月日(入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院日、入院形態並びに退院日)、直近の退院時におけるGAF、当該月の最初の訪問診療時におけるGAF、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、平成31～令和3年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の研究班が作成した、別紙様式41の2に掲げる「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」(以下この項において「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」という。)において、当該患者に該当するコア項目並びに当該導入基準の点数、初回の算定日、カンファレンス実施日、算定する月に行った訪問の日時、診療時間及び訪問した者の職種を記載すること。 なお、入院形態については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院の中から該当するものを選択して、また、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添6の別紙12における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) 精神科在宅患者支援管理料1又は精神科在宅患者支援管理料2の初回の算定日、精神科在宅患者支援管理料3の初回の算定年月日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。	850100264	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料1);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100265	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料2);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100266	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料3);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100235	訪問の日時、診療時間、訪問した者の職種(精神科在宅患者支援管理料3);******		
			(精神科在宅患者支援管理料の「3」を前月に算定した患者であって、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第8部I016精神科在宅患者支援管理料(2)のイを満たし、対象となる状態の著しい急性増悪を認めるものについて、精神科在宅患者支援管理料の「1」のロ及び「2」のロを算定する場合) 急性増悪における状態像について記載すること。	830100236	急性増悪における状態像(精神科在宅患者支援管理料1の「ロ」);******		
				830100237	急性増悪における状態像(精神科在宅患者支援管理料2の「ロ」);******		
465	I	「制限回数を超えて行う診療」に係る精神科専門療法を実施した場合	次の例により「精選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他の精神科専門療法と区別して記載すること 〔記載例〕 精神科デイ・ケア(小規模)　590×５ (精選) 精神科デイ・ケア　5,900円×１	830100534	精選;******		
466	J 通則9	看護師等遠隔診療処置実施料	当該処置の区分番号を記載すること。	830100953	看護師等により実施した処置の区分番号;******		※
467	J000-2	下肢創傷処置	下肢創傷の部位及び潰瘍の深さを記載すること。	830100535	下肢創傷の部位及び潰瘍の深さ(下肢創傷処置);******		
468	J001	熱傷処置	初回の処置を行った年月日を記載すること。	850100268	初回年月日(熱傷処置);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
469	J001-5	長期療養患者褥瘡等処置	(1年を超える入院の場合にあって創傷処置又は皮膚科軟膏処置の費用を算定する場合) 対象傷病名を記載すること。	830100239	対象傷病名(長期療養患者褥瘡等処置);******		
470	J001-10	静脈圧迫処置(慢性静脈不全に対するもの)	難治性潰瘍の所見(潰瘍の持続期間、部位、深達度及び面積を含む。)、これまでの治療経過(初回の場合はその旨を記載)、慢性静脈不全と診断した根拠(下肢静脈超音波検査等の所見)、静脈圧迫処置を必要とする医学的理由及び指導内容について記載すること。	830100240	難治性潰瘍の所見(静脈圧迫処置);******		
				830100241	治療経過(静脈圧迫処置);******		
				830100242	慢性静脈不全等と診断した根拠(下肢静脈超音波検査等の所見)(静脈圧迫処置);******		
				830100243	静脈圧迫処置を必要とする医学的理由(静脈圧迫処置);******		
				830100244	指導内容(静脈圧迫処置);******		
471	J003	局所除圧閉鎖処置(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) 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(局所除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(局所除圧閉鎖処置(入院));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100246	除圧維持管理装置として使用した機器(局所除圧閉鎖処置(入院));******		
				830100247	医学的必要性(局所除圧閉鎖処置(入院));******		
			(創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合) 併算定した処置と局所除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(局所除圧閉鎖処置);******		
				830100460	対象部位(局所除圧閉鎖処置);******		
472	J003 注2	局所除圧閉鎖処置(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	局所除圧閉鎖処置(入院外)	(局所除圧閉鎖処置(入院外)を算定した場合) 初回加算を算定した年月日を記載すること。	850100270	初回加算算定年月日(局所除圧閉鎖処置(入院外));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合) 併算定した処置と局所除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(局所除圧閉鎖処置);******		
				830100460	対象部位(局所除圧閉鎖処置);******		
474	J003-3	局所除圧閉鎖処置(腹部開放創)	(局所除圧閉鎖処置(腹部開放創)を算定した場合) 処置開始年月日を記載すること	850100393	処置開始日(局所除圧閉鎖処置(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) 併算定した処置と多血小板血漿処置のそれぞれの対象部位を記載すること。	830100860	併算定した処置の部位(多血小板血漿処置);******		
				830100861	対象部位(多血小板血漿処置);******		
476	J007-2	硬膜外自家血注入	当該診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日及び撮影医療機関の名称等の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100250	症状詳記(硬膜外自家血注入);******		
477	J026-4	ハイフローセラピー	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果を記載すること。	830100251	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度測定結果(ハイフローセラピー);******		
478	J027	高気圧酸素治療	一連の治療における初回実施年月日及び初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	850100272	初回実施年月日(高気圧酸素治療);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100056	通算実施回数(高気圧酸素治療);******		
			(高気圧酸素治療の「1」を算定した場合) 減圧症又は空気塞栓が発症した年月日を記載すること。	850100273	減圧症又は空気塞栓発症年月日(高気圧酸素治療);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(高気圧酸素治療の「1」について、長時間加算を算定した場合) 高気圧酸素治療の実施時間を記載すること。	~~140057510~~ 852100022	~~高気圧酸素治療(減圧症又は空気塞栓)~~ 実施時間(高気圧酸素療法)	~~○~~	※
479	J032 注	肛門拡張法の周術期乳幼児加算	初回の算定年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190046	初回の算定年月日(周術期乳幼児加算(肛門拡張法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190046	初回(周術期乳幼児加算(肛門拡張法))		
480	J034-2	経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術	(経胃の栄養摂取が必要な患者に対して在宅などX線装置が活用できない環境下において、経鼻栄養・薬剤投与用チューブの挿入に際して、ファイバー光源の活用によりチューブの先端が胃内にあることを確認する場合) 医学的必要性について記載すること。	830100862	医学的必要性(経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術);******		
481	J038	人工腎臓	人工腎臓を算定した日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			(慢性維持透析以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合) その理由として「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038人工腎臓の(8)のアからエまで(エについては(イ)から(ヌ)まで)に規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100211	ア　急性腎不全の患者		
				820100212	イ　透析導入期(1月に限る。)の患者		
				820100213	ウ　血液濾過又は血液透析濾過を実施		
				820100214	エ　特別な管理が必要(イ　進行性眼底出血)		
				820100215	エ　特別な管理が必要(ロ　重篤な急性出血性合併症)		
				820100216	エ　特別な管理が必要(ハ　ヘパリン起因性血小板減少症)		
				820100217	エ　特別な管理が必要(ニ　播種性血管内凝固症候群)		
				820100218	エ　特別な管理が必要(ホ　敗血症)		
				820100219	エ　特別な管理が必要(ヘ　急性膵炎)		
				820100220	エ　特別な管理が必要(ト　重篤な急性肝不全)		
				820100221	エ　特別な管理が必要(チ　注射による化学療法中の悪性腫瘍)		
				820100222	エ　特別な管理が必要(リ　自己免疫疾患の活動性が高い状態)		
				820100223	エ　特別な管理が必要(ヌ　麻酔による手術を実施した状態)		
			C102在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載すること。	830100252	在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している他の保険医療機関名(人工腎臓);******		
482	J038	人工腎臓の導入期加算	導入の年月日を記載すること。	850100275	導入年月日(導入期加算(人工腎臓));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
483	J038 注3 J038-2 注2	人工腎臓の障害者等加算 持続緩徐式血液濾過の障害者等加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038人工腎臓の(18)のアからツまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100224	ア　障害者基本法にいう障害者で留意事項通知に規定する者		
				820100225	イ　精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者		
				820100226	ウ　指定難病等に罹患している者で留意事項通知に規定するもの		
				820100227	エ　留意事項通知に規定する糖尿病の患者		
				820100228	オ　運動麻痺を伴う脳血管疾患患者		
				820100229	カ　認知症患者		
				820100230	キ　常時低血圧症(収縮期血圧が90mmHg以下)の者		
				820100231	ク　透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者		
				820100232	ケ　出血性消化器病変を有する者		
				820100233	コ　骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者		
				820100234	サ　重症感染症に合併しているために入院中の患者		
				820100235	シ　末期癌に合併しているために入院中の患者		
				820100236	ス　入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの		
				820100237	セ　妊婦(妊娠中期以降)		
				820100238	ソ　うっ血性心不全(NYHA3度以上)		
				820100239	タ　12歳未満の小児		
				820100240	チ　人工呼吸を実施中の患者		
				820100241	ツ　結核菌を排菌中の患者		
484	J038注14	人工腎臓 透析時運動指導等加算	指導を開始した年月日を記載すること。	850190235	指導を開始した年月日(透析時運動指導等加算(人工腎臓));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			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) 直近の測定結果に基づく血小板数を記載すること。	842100059	血小板数(血漿交換療法);******		
			(血栓性血小板減少性紫斑病の患者に対し、血小板数が15万/μL以上となった日の2日後以降に実施した場合) その理由及び医学的根拠を記載すること。	830100256	理由及び医学的根拠(血漿交換療法);******		
487	J039 注3	移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	(臓器移植後に抗体関連型拒絶反応を呈する患者を対象として、抗ドナー抗体を除去することを目的として実施する場合) 医学的な必要性から一連につき6回以上算定する場合には、その理由を記載すること。	830100536	6回以上算定する理由(移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法);******		
488	J040	局所灌流	当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				851100013	開始時刻(局所灌流)		
				851100014	終了時刻(局所灌流)		
489	J041	吸着式血液浄化法	当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				851100015	開始時刻(吸着式血液浄化法)		
				851100016	終了時刻(吸着式血液浄化法)		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のアに該当する場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のアの①から③までのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。	830100257	アの1の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
				830100258	アの2の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
				830100259	アの3の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のイに該当する場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のイの①及び②の要件を満たす医学的根拠について記載すること。	830100260	イの1の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
				830100261	イの2の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);******		
490	J041-2	血球成分除去療法	(寛解期の潰瘍性大腸炎で既存の薬物治療が無効、効果不十分又は適用できない難治性患者(厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準)に対しては、寛解維持を目的として行った場合であって、医学的な必要性から一連につき2週間に2回以上算定する場合又は48週間を超えて算定する場合) その理由を記載すること。	830100764	2週間に2回以上算定する理由(血球成分除去療法);******		
				830100765	48週間を超えて算定する理由(血球成分除去療法);******		
			(ステロイド抵抗性又は不耐容の慢性移植片対宿主病(GVHD)患者に対しては、臨床症状の改善又はステロイドの減量を目的として行った場合であって、医学的な必要性から一連につき24週間に31回を超えて算定する場合) その理由を記載すること。	830100863	24週間に31回を超えて算定する理由(血球成分除去療法);******		
			初回実施に当たっては、医学的な必要性を記載すること。	830100766	医学的な必要性(初回)(血球成分除去療法);******		
			一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものも含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	850100444	初回実施年月日(血球成分除去療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100060	通算実施回数(血球成分除去療法);******		
				851100017	開始時刻(血球成分除去療法)		
				851100018	終了時刻(血球成分除去療法)		
491	J042の1	連続携行式腹膜灌流の導入期加算	導入の年月日を記載すること。	850100279	導入年月日(導入期加算(腹膜灌流));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
492	J043-3 注4	ストーマ処置のストーマ合併症加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J043-3ストーマ処置の(4)のアからキまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	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 注3	覚醒試験加算	開始年月日を記載すること。	850100446	開始年月日(覚醒試験加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
495	J045 注5	人工呼吸　腹臥位療法加算	当該月の算定日及び1回毎の開始年月日、開始時間、終了年月日及び終了時間（当該月に実施されたものに限る。）を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				850190236	開始年月日(腹臥位療法加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100079	開始時刻(腹臥位療法加算)		
				850190238	終了年月日(腹臥位療法加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100080	終了時刻(腹臥位療法加算)		
496	J045-2	一酸化窒素吸入療法	開始日時、終了日時及び通算時間を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				851100019	開始時刻(一酸化窒素吸入療法)		
				850100281	終了年月日(一酸化窒素吸入療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100020	終了時刻(一酸化窒素吸入療法)		
				852100014	通算時間(一酸化窒素吸入療法)		
			(96時間又は168時間を超えて算定する場合) その理由及び医学的根拠を記載すること。	830100262	理由及び医学的根拠(一酸化窒素ガス加算);******		
497	J047-3	心不全に対する遠赤外線温熱療法	当該療法を開始した年月日及び医学的必要性を記載する。	850100282	初回の算定年月日(心不全に対する遠赤外線温熱療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100263	医学的必要性(心不全に対する遠赤外線温熱療法);******		
498	J052-2	熱傷温浴療法	受傷年月日を記載すること。	850100283	受傷年月日(熱傷温浴療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
499	J054-2	皮膚レーザー照射療法	前回の治療開始年月日を記載すること。	850100284	前回治療開始年月日(皮膚レーザー照射療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
500	J070-2	干渉低周波による膀胱等刺激法	治療開始年月日を記載すること。	850100285	治療開始年月日(干渉低周波による膀胱等刺激法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
501	J070-3	冷却痔処置	内痔核の重症度について、Ⅰ度又はⅡ度のうち該当するものを選択して記載すること。	820100242	重症度　1度		
				820100243	重症度　2度		
502	J070-4	磁気による膀胱等刺激法	当該療法の初回実施年月日及び初回からの通算実施日を記載すること。	850100286	初回実施年月日(磁気による膀胱等刺激法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100061	通算実施日(磁気による膀胱等刺激法);******		
503	J118-4	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	(歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）を継続して算定する場合) カンファレンスにおける歩行機能の改善効果等の検討結果について、その要点（5週間以内に実施される9回の処置の前後の結果を含む。）を症状詳記として記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100264	症状詳記(歩行運動処置(ロボットスーツ));******		
504	J008等	180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者	(厚生労働大臣が定める状態にあるもの（「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成18年厚生労働省告示第498号）第九のトに該当する患者）)について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合) 処置名を記載すること。	140003210	胸腔穿刺(洗浄、注入及び排液を含む)	○	
				140003610	腹腔穿刺(人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む)	○	
			(重度の肢体不自由者及び人工腎臓を実施している状態にある患者（同告示第九のニ又はリに該当する患者）） 「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日老健第102-2号）におけるランクについて、ランクB又はランクCのうち該当するものを選択して記載すること。	820100244	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)　ランクB		
				820100245	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)　ランクC		
505	J129-3	治療用装具採寸法	(医学的な必要性から、既製品の治療用装具を処方するに当たって、既製品の治療用装具を加工するために当該採寸を実施した場合) 医学的な必要性及び加工の内容を記載すること。	830100537	医学的な必要性(治療用装具採寸法);******		
				830100538	加工の内容(治療用装具採寸法);******		
506	K	手術	算定日を記載すること。 なお、対称器官の両側に対し、手術（片側の点数が告示されているものに限る。）を行った場合は、左右別にそれぞれ算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
507	K　通則7	通則7 1,500グラム未満の児加算、新生児加算	手術時体重を記載すること。	830100265	手術時体重(極低出生体重児加算(手術));******		
				830100266	手術時体重(新生児加算(手術));******		
508	K　通則12	通則12 時間外等加算1	手術を実施した診療科、初診又は再診の日時（入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。）及び手術を開始した日時を記載すること。	830100539	手術実施診療科(休日加算1(手術));******		
				830100540	手術実施診療科(時間外加算1(手術));******		
				830100541	手術実施診療科(深夜加算1(手術));******		
				830100542	手術実施診療科(時間外特例医療機関加算1(手術));******		
				853100021	休日加算1(手術)初診又は再診の日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100022	時間外加算1(手術)初診又は再診の日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100023	深夜加算1(手術)初診又は再診の日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100024	時間外特例医療機関加算1(手術)初診又は再診の日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100025	休日加算1(手術)手術開始日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100026	時間外加算1(手術)手術開始日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100027	深夜加算1(手術)手術開始日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100028	時間外特例医療機関加算1(手術)手術開始日時;dd"日"hh"時"mm"分"		
509	K通則23	外科医療確保特別加算	手術を実施した診療科を記載すること。	830100954	手術実施診療科(外科医療確保特別加算);******		※
510	K002	デブリードマン	(デブリードマンを繰り返し算定する場合) 植皮の範囲（全身に占める割合）を記載すること。	830100267	植皮の範囲(デブリードマン);******		
			(A群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎に対して行う場合) 病歴、細菌培養検査及び画像所見を記載すること。	830100268	病歴(デブリードマン);******		
				830100269	細菌培養検査結果(デブリードマン);******		

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 1 乳房(再建手術)の場合	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K022の組織拡張器による再建手術の(2)のア又はイのうち該当するものを選択して記載すること。	820100246	ア 留意事項通知に規定する一次再建		
				820100247	イ 留意事項通知に規定する二次再建		
			(一連の治療につき2回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。	830100271	詳細理由(組織拡張器による再建手術(乳房(再建手術)));******		
513	K022の2	組織拡張器による再建手術 2 その他の場合	(一連の治療につき2回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。	830100272	詳細理由(組織拡張器による再建手術(その他));******		
514	K046注	骨折観血的手術の緊急整復固定加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	853100006	骨折した日時(緊急整復固定加算);dd″日″hh″時″mm″分″		
				853100007	手術を開始した日時(緊急整復固定加算);dd″日″hh″時″mm″分″		
515	K047	難治性骨折電磁波電気治療法	(観血的手術又は超音波骨折治療法等他の療養を行わず難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合) その詳細な理由を記載すること。	830100273	詳細理由(難治性骨折電磁波電気治療法);******		
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100274	指導内容(難治性骨折電磁波電気治療法);******		
516	K047-2	難治性骨折超音波治療法	(観血的手術又は超音波骨折治療法等他の療養を行わず難治性骨折超音波治療法を行った場合) その詳細な理由を記載すること。	830100780	詳細理由(難治性骨折超音波治療法);******		
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100781	指導内容(難治性骨折超音波治療法);******		
517	K047-3	超音波骨折治療法	(四肢(手足を含む。)の骨折観血的手術等を実施した後、当該骨折から3週間を超えて超音波骨折治療法を行った場合) その理由を記載すること。	830100275	実施理由(超音波骨折治療法);******		
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100276	指導内容(超音波骨折治療法);******		
518	K059	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	(自家骨又は非生体同種骨(凍結保存された死体骨を含む。)移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合) 人工骨の移植部位について記載すること。	830100544	人工骨の移植部位(骨移植術);******		
519	K079-2注	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 人工肩関節置換術 腱移行を伴うもの	本治療を選択した医学的必要性について記載すること。	830100955	治療を選択した医学的理由(人工肩関節置換術(腱移行を伴うもの));******		※
522	K096-2	体外衝撃波疼痛治療術	保存療法の開始年月日及び本治療を選択した医学的理由を記載すること。	850100287	保存療法開始年月日(体外衝撃波疼痛治療術);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100279	治療を選択した医学的理由(体外衝撃波疼痛治療術);******		
			(2回目以降算定する場合) 前回算定年月日及びその理由を記載すること。	850100288	前回算定年月日(体外衝撃波疼痛治療術);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100280	2回目以降算定する理由(体外衝撃波疼痛治療術);******		
523	K172 の2	脳動静脈奇形摘出術	SM－Grade3から5と診断した画像所見及び手術の概要を摘要欄に記載する。	830100281	SM－Grade3から5と診断した画像所見;******		
				830100282	手術の概要(脳動静脈奇形摘出術);******		
524	K268	緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100283	症状詳記(緑内障手術(水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術));******		
525	K280-2	網膜付着組織を含む硝子体切除術	当該術式を選択した理由を詳細に記載すること。	830100284	選択理由(網膜付着組織を含む硝子体切除術);******		
526	K282	水晶体再建術の注の加算	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100285	症状詳記(水晶体嚢拡張リング使用加算(水晶体再建術));******		
527	K311	鼓膜穿孔閉鎖術	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100545	症状詳記(鼓膜穿孔閉鎖術);******		
528	K474-3	乳腺腫瘍画像下ガイド下吸引術 2 MRIによるもの	実施した医学的必要性を記載すること。	830100286	医学的必要性(乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(MRI));******		
529	K476-4	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)(内視鏡下によるものを含む。)	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K476-4ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(内視鏡下によるものを含む。)の(2)のアからウまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100248	ア 留意事項通知に規定する一次一期的再建		
				820100249	イ 留意事項通知に規定する一次二期的再建		
				820100250	ウ 留意事項通知に規定する二次再建		
530	K508-4	気管支バルブ留置術	「K511」肺切除術若しくは「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由を記載すること。	830100865	「K511」肺切除術若しくは「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由(気管支バルブ留置術);******		
				830100546	理由・医学的根拠(留意事項通知K546(1));******		
				830100547	医学的根拠(留意事項通知K546(2)のア);******		
				830100548	測定項目(留意事項通知K546(2)のア);******		
				830100549	医学的根拠(留意事項通知K546(2)のイ);******		
				830100550	医学的根拠(留意事項通知K546(2)のウ);******		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
531	K546 K547 K548 K549	経皮的冠動脈形成術 経皮的冠動脈粥腫切除術 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの） 経皮的冠動脈ステント留置術	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K546経皮的冠動脈形成術の（1）から（3）、（6）、（7）、K547経皮的冠動脈粥腫切除術の（1）及び（2）、K548経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の（1）又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の（1）から（3）、（6）、（7）に該当する場合は、所定の事項を記載すること。	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) 「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 K555-3注 K557-3注 K560注	弁置換術の心臓弁再置換術加算 胸腔鏡下弁置換術の心臓弁再置換術加算 弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術の心臓弁再置換術加算 大動脈瘤切除術の心臓弁再置換術加算	前回手術年月日、術式及び保険医療機関名を記載すること。	850100289	前回手術年月日(心臓弁再置換術加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100289	前回手術の術式(心臓弁再置換術加算);******		
				830100290	前回手術実施保険医療機関名(心臓弁再置換術加算);******		
533	K555－4	経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術	弁置換術が適応とならない理由を記載すること。	830100956	弁置換術が適応とならない理由(経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術);******		※
534	K581注 K583注 K584注 K586注	肺動脈閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算 大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算 修正大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算	前回手術年月日、術式及び保険医療機関名を記載すること。	850100290	前回手術年月日(人工血管等再置換術加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100297	前回手術の術式(人工血管等再置換術加算);******		
				830100298	前回手術実施保険医療機関名(人工血管等再置換術加算);******		
535	K594の4のイ及びロ	不整脈手術 4 左心耳閉鎖術 イ　開胸手術によるもの ロ　胸腔鏡下によるもの	手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査(ホルター心電図検査を含む。)の結果及び当該手術を行う医学的理由を記載すること。	830100305	12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果(不整脈手術(左心耳閉鎖術(開胸手術)));******		
				830100306	当該手術を行う医学的理由(不整脈手術(左心耳閉鎖術(開胸手術)));******		
				830100589	12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果(不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下)));******		
				830100590	当該手術を行う医学的理由(不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下)));******		
536	K598 K599 K599-3	両心室ペースメーカー移植術 植込型除細動器移植術 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100307	症状詳記(両心室ペースメーカー移植術);******		
				830100308	症状詳記(植込型除細動器移植術);******		
				830100309	症状詳記(両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術);******		
537	K613-2	腎神経焼灼術	当該手術を行う医学的必要性について記載すること。	830100957	当該手術を行う医学的理由(腎神経焼灼術);******		※
538	K615の1	血管塞栓術 1止血術	(慢性硬膜下血腫を再発した患者に対して実施する場合) 初回又は前回の治療として実施した「K164」頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)の「2」硬膜下のもの又は「K164－2」慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術の算定日を記載すること。	850100594	初回算定年月日(血管塞栓術(止血術));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
				850100595	前回算定年月日(血管塞栓術(止血術));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		※
539	K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	(経皮的シャント拡張術・血栓除去術を2回以上算定した場合) 前回算定日を記載すること。	850100291	前回算定年月日(経皮的シャント拡張術・血栓除去術);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
540	K616-4の1	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1　初回	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術の(1)の要件を満たす画像所見等の医学的根拠を記載すること。	830100958	アの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術(1初回));******		※
				830100959	イの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術(1初回));******		※
541	K616-4の2	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2　1の実施後3月以内に実施する場合	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術の(2)の要件を満たす画像所見等の医学的根拠を記載すること。	830100310	アの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術(2　1の実施後3月以内に実施する場合));******		
				830100311	イの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術(2　1の実施後3月以内に実施する場合));******		
			前回算定年月日(他の保険医療機関での算定を含む。)を記載すること。	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 注2 K721-3 注 K721-4 注	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 内視鏡的結腸異物摘出術 バルーン内視鏡加算 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 バルーン内視鏡加算	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100592	症状詳記(バルーン内視鏡加算);******		
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。 ア　最大径が2cm以上の早期癌 イ　最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍 ウ　最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌	820100257	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） その理由及び医学的な必要性を記載すること。	830100317	短期間又は同一入院期間中に2回目を算定する理由及び医学的な必要性(小腸・結腸狭窄部拡張術);******		
552	K740	直腸切除・切断術の人工肛門造設加算	一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。	830100318	医学的必要性(人工肛門造設加算(直腸切除・切断術));******		
553	K740の4	直腸切除・切断術　4　経肛門吻合を伴う切除術	手術内容を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100866	手術内容(経肛門吻合を伴う切除術(直腸切除・切断術));******		
554	K740-2の4	腹腔鏡下直腸切除・切断術　4　経肛門吻合を伴う切除術	手術内容を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100867	手術内容(経肛門吻合を伴う切除術(腹腔鏡下直腸切除・切断術));******		
555	K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術の人工肛門造設加算	一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。	830100319	医学的必要性(人工肛門造設加算(腹腔鏡下直腸切除・切断術));******		
556	K740-3の4	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　4　経肛門吻合を伴う切除術	手術内容を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100960	手術内容(経肛門吻合を伴う切除術(腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)));******		※
557	K740-3 注1	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の人工肛門造設加算	一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。	830100961	医学的必要性(人工肛門造設加算(腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)));******		※
558	K755-3	副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	副腎摘出術が適応とならない理由を記載すること。	830100593	副腎摘出術が適応とならない理由(副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法);******		
559	K823-6	尿失禁手術	（効果の減弱等により再手術が必要となった場合） 前回実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850100491	前回実施年月日(尿失禁手術);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190491	初回(尿失禁手術)		
560	K838-2の1	精巣内精子採取術 1　単純なもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　閉塞性無精子症 イ　非閉塞性無精子症 ウ　射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの	820100876	ア　閉塞性無精子症(精巣内精子採取術1　単純なもの)		
				820100877	イ　非閉塞性無精子症(精巣内精子採取術1　単純なもの)		
				820100878	ウ　射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの(精巣内精子採取術1　単純なもの)		
561	K838-2の2	精巣内精子採取術 2　顕微鏡を用いたもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　非閉塞性無精子症 イ　他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者	820100879	ア　非閉塞性無精子症(精巣内精子採取術2　顕微鏡を用いたもの)		
				820100880	イ　他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者(精巣内精子採取術2　顕微鏡を用いたもの)		
562	K838-2	精巣内精子採取術	（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K838-2精巣内精子採取術の（2）のウ又は（3）のイに該当する患者に算定する場合） 実施する必要があると判断した理由について記載すること。	830100594	実施する必要があると判断した理由(精巣内精子採取術);******		
563	K884-2	人工授精	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　精子・精液の量的・質的異常 イ　射精障害・性交障害 ウ　精子－頸管粘液不適合 エ　機能性不妊	820100881	ア　精子・精液の量的・質的異常(人工授精)		
				820100882	イ　射精障害・性交障害(人工授精)		
				820100883	ウ　精子－頸管粘液不適合(人工授精)		
				820100884	エ　機能性不妊(人工授精)		
564	K884-3	胚移植術	治療開始日の年齢を記載すること。	830100595	治療開始日の年齢(胚移植術);******		
			胚移植術の実施回数の合計を記載すること。	830100596	胚移植術の実施回数(胚移植術);******		
565	K884-3注2	アシステッドハッチング	実施した医学的な理由を記載すること。	830100597	実施した医学的な理由(アシステッドハッチング);******		
566	K884-3注3	高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置	実施した医学的な理由を記載すること。	830100598	実施した医学的な理由(高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置);******		
567	K890-4	採卵術	採取した卵子の数を記載すること。	830100599	採取した卵子の数(採卵術);******		
			いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　卵管性不妊 イ　男性不妊（閉塞性無精子症等） ウ　機能性不妊 エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合	820100885	ア　卵管性不妊(採卵術)		
				820100886	イ　男性不妊(閉塞性無精子症等)(採卵術)		
				820100887	ウ　機能性不妊(採卵術)		
				820100888	エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合(採卵術)		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
568	K917	体外受精・顕微授精管理料	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア　卵管性不妊 イ　男性不妊（閉塞性無精子症等） ウ　機能性不妊 エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合	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） 管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数を記載すること。	850100457	管理を開始した年月日(体外受精・顕微授精管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100600	顕微受精を実施した卵子の数(体外受精・顕微授精管理料);******		
569	K917注1	体外受精・顕微授精管理料 体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合	体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由について記載すること。	830100601	体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由(体外受精・顕微授精管理料);******		
570	K917注2	体外受精・顕微授精管理料 卵子調整加算	実施した医学的な理由を記載すること。	830100603	実施した医学的な理由(卵子調整加算);******		
571	K917-2	受精卵・胚培養管理料	管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理を開始した年月日を記載すること。	830100604	管理を実施した受精卵及び胚の数(受精卵・胚培養管理料);******		
				850100460	管理を開始した年月日(受精卵・胚培養管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
572	K917-2注	受精卵・胚培養管理料 注:胚盤胞の作成目的	管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日を記載すること。	830100798	管理の具体的な内容(注:胚盤胞の作成目的);******		
				842100107	管理を実施した初期胚の数(注:胚盤胞の作成目的);******		
				850190203	管理を開始した年月日(注:胚盤胞の作成目的);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
573	K917-3の1	胚凍結保存管理料 胚凍結保存管理料（導入時）	凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日を記載すること。	830100607	凍結する初期胚又は胚盤胞の数(胚凍結保存管理料(導入時));******		
				850100462	凍結を開始した年月日(胚凍結保存管理料(導入時));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
574	K917-3の2	胚凍結保存管理料 胚凍結保存維持管理料	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数を記載すること。 また、凍結を開始した年月日を維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとに記載すること。	830100608	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数(胚凍結保存維持管理料);******		
				850190204	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとの凍結を開始した年月日(胚凍結保存維持管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
575	K917-5の1	精子凍結保存管理料 1　精子凍結保存管理料（導入時）	凍結する精子の量及び凍結を開始した年月日を記載すること。	830100868	凍結する精子の量(精子凍結保存管理料(導入時));******		
				850190240	凍結を開始した年月日(精子凍結保存管理料(導入時));(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
576	K917-5の2	精子凍結保存管理料 2　精子凍結保存維持管理料	維持管理を行う精子の量及び当該精子ごとの凍結を開始した年月日を記載すること。	830100869	維持管理を行う精子の量(精子凍結保存維持管理料);******		
				850190241	精子ごとの凍結を開始した年月日(精子凍結保存維持管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
577	K920の3	自己血貯血	貯血量、手術予定年月日（当該自己血貯血を入院外で行った場合又は当該自己血貯血を行った日が属する月と手術予定日が属する月とが異なる場合に限る。）を記載すること。	150327510	自己血貯血(6歳以上)(液状保存)	○	
				150327610	自己血貯血(6歳以上)(凍結保存)	○	
				150327710	自己血貯血(6歳未満)(液状保存)	○	
				150327810	自己血貯血(6歳未満)(凍結保存)	○	
				850100464	自己血貯血手術予定年月日		
			（6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合） 患者の体重を記載すること。	840000082	患者体重　　　　g		
578	K920の4	自己血輸血	（6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合） 患者の体重及び輸血量を記載すること。	840000082	患者体重　　　　g		
				150286410	自己血輸血(6歳未満)(液状保存)	○	
				150286510	自己血輸血(6歳未満)(凍結保存)	○	
579	K920の5	希釈式自己血輸血	（6歳未満の患者に対して希釈式自己血輸血を行った場合） 患者の体重及び輸血量を記載すること。	840000082	患者体重　　　　g		
				150390610	希釈式自己血輸血(6歳未満)	○	
580	K923	術中術後自己血回収術	（12歳未満の患者に対して術中術後自己血回収術を行った場合） 患者の体重及び出血量を記載すること。	840000082	患者体重　　　　g		
				842100114	出血量(術中術後自己血回収術);******		
581	K939の2のイ	画像等手術支援加算 2実物大臓器立体モデルによるもの イ複雑先天性心疾患の患者に行う場合	医学的な必要性を記載すること。	830100962	医学的必要性(画像等手術支援加算(実物大臓器立体モデルによるもの(イ複雑先天性心疾患の患者に行う場合)));******		※
582	K939-5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施年月日を記載すること。	850100293	嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査実施年月日(胃瘻造設時嚥下機能評価加算);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
583	K939-9	切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算	患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。	820100893	ア　BMIが30以上の肥満症の患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100894	イ　糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1C(HbA1C)がJDS値で6．6%以上(NGSP値で7．0%以上)の者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100895	ウ　ステロイド療法を受けている患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100896	エ　慢性維持透析患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100897	オ　免疫不全状態にある患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100898	カ　低栄養状態にある患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100899	キ　創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100900	ク　手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
584	L	麻酔	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			各区分ごとの麻酔時間を記載すること。	150332610 150332510 等	閉鎖循環式全身麻酔1 閉鎖循環式全身麻酔1(麻酔困難な患者) 等	○	
				820100260	ア　心不全(NYHA3度以上のものに限る。)の患者		
				820100261	イ　狭心症(CCS分類3度以上のものに限る。)の患者		
				820100262	ウ　心筋梗塞(発症後3月以内のものに限る。)の患者		

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
585	L008	声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔	（各区分のイの「別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合」を算定する場合） 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第11部L008声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔の(4)のアからハまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	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） 医学的必要性を記載すること。	830100963	医学的必要性(15 歳未満の小児における声門上器具又は気管挿管未使用の場合);******		※
586	L008 注9	神経ブロック併施加算	硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性を記載すること。	830100320	医学的必要性(神経ブロック併施加算);******		
587	L008 注11	術中脳灌流モニタリング加算	（K561に掲げるステントグラフト内挿術（血管損傷以外の場合において、胸部大動脈に限る。）については、弓部大動脈においてステント留置を行う若しくは弓部3分枝の血管吻合を行う際に術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合） その医学的必要性を記載すること。	830100870	医学的必要性(術中脳灌流モニタリング加算);******		
588	L008-2	体温維持療法	（頭部外傷患者（脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴うGCS8点以下の状態にある患者に限る。）に対し体温維持療法を算定した場合） 脳脊髄圧モニタリングの内容等を詳細に記載すること。	830100871	脳脊髄圧モニタリングの詳細な内容等(体温維持療法);******		
589	L008-2 注2	体温維持療法の体温維持迅速導入加算	算定の可否の判断に必要な発症等に係る時刻等を症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100321	症状詳記(体温維持迅速導入加算);******		
590	L100	神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）	（局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合） その医学的必要性を記載すること。	830100322	医学的必要性(神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用));******		
591	L101	神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）	（局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合） その医学的必要性を記載すること。	830100323	医学的必要性(神経ブロック(神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用));******		
592	M	放射線治療	照射部位を記載すること。	830100324	照射部位(放射線治療);******		
			（放射性粒子、高線量率イリジウム又は低線量率イリジウムを使用した場合） 放射性粒子、高線量率イリジウム又は低線量率イリジウムの中から該当するものを選択して記載するとともに、使用量を記載すること。	770070000	放射性粒子	○	
				770050000	高線量率イリジウム	○	
				770060000	低線量率イリジウム	○	
593	M000-2	放射性同位元素内用療法管理料	管理を開始した年月日を記載すること。	850100294	管理開始年月日(放射性同位元素内用療法管理料);(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
594	M001	体外照射	（「1」エックス線表在治療及び「2」高エネルギー放射線治療の「ロ」その他の場合において、同一部位に対する1日2回目の照射を算定する場合又は、「3」強度変調放射線治療の「ロ」その他の場合において、小細胞肺癌に対して1日2回目の照射を算定する場合） 1 回目及び2回目の照射の開始時刻及び終了時刻を記載すること。	851100067	照射の開始時刻(1回目)(体外照射)		
				851100068	照射の終了時刻(1回目)(体外照射)		
				851100069	照射の開始時刻(2回目)(体外照射)		
				851100070	照射の終了時刻(2回目)(体外照射)		
595	N000	病理組織標本作製「1」の「組織切片によるもの」	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N000病理組織標本作製の（1）の（ア）から（ケ）までのいずれかを選択し記載する。 なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載すること。	820100866	ア 気管支及び肺臓		
				820100867	イ 食道		
				820100868	ウ 胃及び十二指腸		
				820100869	エ 小腸		
				820100870	オ 盲腸		
				820100871	カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸		
				820100872	キ S状結腸		
				820100873	ク 直腸		
				820100874	ケ 子宮体部及び子宮頸部		
				830100612	コ その他;******		
596	N000	病理組織標本作製「2」の「セルブロック法によるもの」	対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N000病理組織標本作製（6）に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100762	対象患者(T－M(セルブロック法));悪性中皮腫を疑う患者		
				820100763	対象患者(T－M(セルブロック法));肺悪性腫瘍を疑う患者		
				820100764	対象患者(T－M(セルブロック法));胃癌を疑う患者		
				820100765	対象患者(T－M(セルブロック法));大腸癌を疑う患者		
				820100766	対象患者(T－M(セルブロック法));卵巣癌を疑う患者		
				820100767	対象患者(T－M(セルブロック法));悪性リンパ腫を疑う患者		
				820101194	対象患者(T－M(セルブロック法));乳癌を疑う患者		
			（肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫又は乳癌を疑う患者に対して実施した場合） 組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100326	実施困難理由(T－M(セルブロック法));******		

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） 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） 組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100328	実施困難理由(免疫染色病理組織標本作製):******		
598	N002	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の注2に規定する、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して標本作製を実施した場合の加算	対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N002免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の~~(8)~~(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） その医学的根拠を詳細に記載すること。	830100329	医学的根拠(4種類以上抗体使用加算):******		
599	N002の3	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 3　HER2タンパク	（化学療法歴のある手術不能又は再発乳癌患者に対して、過去に乳癌に係る本標本作製を実施した場合であって、抗HER2ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判定するための補助に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、HER2低発現の確認により当該抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、本標本作製を再度行う場合） 再度免疫染色が必要である医学的な理由を記載すること。また、初回の標本作製の実施日を選択すること。	830100872	再度免疫染色が必要である医学的な理由(HER2タンパク(免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製)):******		
				820190498	初回の標本作製の実施日「令和6年3月30日以前」		
				820190499	初回の標本作製の実施日「令和6年3月31日以降」		
600	N002の5	免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 5 CCR4タンパク	（CCR4タンパク及びCCR4タンパク（フローサイトメトリー法）を併せて算定した場合） その理由及び医学的根拠を記載すること。	830100121	併せて算定した理由及び医学的根拠(CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)):******		
601	N005-4	ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	（いずれか1つの目的で当該標本作製を実施した後に、別の目的で当該標本作製を実施した場合にあって、別に1回算定する場合） 医学的な必要性を記載すること。	830100873	医学的な必要性(ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製):******		
602	N005-5	BRAF V600E変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	（早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的として、実施した場合） 「D004－2」に掲げるマイクロサテライト不安定性検査、又は「N005－4」ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施した年月日を、記載すること。	850190242	マイクロサテライト不安定性検査実施年月日(BRAF　V600E変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850190243	ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製実施年月日(BRAF　V600E変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
603	N006	病理診断料の悪性腫瘍病理組織標本加算	検体を摘出した手術の名称を記載すること。	830100331	検体を摘出した手術名(悪性腫瘍病理組織標本加算):******		
604		ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱い	（核酸増幅法の検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者について、胃粘膜に同感染症特有の所見が認められているなど、同感染症を強く疑う特有の所見がある場合に、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1項目に限り算定した場合） 医療上の必要性について記載すること。	830100874	医療上の必要性(核酸増幅法):******		
			（内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者及び内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者に対して実施した場合） 内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果を記載すること。また、健康診断として内視鏡を行った場合はその旨記載すること。	830100613	内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果:******		
				820100901	健康診断として内視鏡検査を実施		
			除菌前感染診断及び除菌後感染診断において、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対し再度検査を実施した場合は、各々の検査法及び検査結果について記載すること。	830100614	検査方法:******		
				830100615	検査結果:******		
			除菌後感染診断を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に除菌終了年月日を記載すること。	850100465	除菌終了年月日:(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			静菌作用を有する薬剤を投与していた患者に対し、除菌前感染診断及び除菌後感染診断を実施する場合は、当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了年月日を記載すること。	850100466	薬剤投与中止年月日:(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100467	終了年月日:(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
			除菌後の感染診断を目的として抗体測定を実施する場合については、除菌前並びに除菌後の抗体測定実施年月日及び測定結果を記載すること。	850100468	抗体測定実施年月日(除菌前):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				850100469	抗体測定実施年月日(除菌後):(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				830100616	測定結果:******		
605		長期収載品の選定療養に関する取扱い	（長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。）） 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ①　長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。 ②　当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③　学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。	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） その年月日及び時刻を記載すること。	850100295	介護保険の緊急時施設療養の算定年月日：(元号)yy″年″mm″月″dd″日″		
				851100021	介護保険の緊急時施設療養の算定時刻		
610	入所者診療	配置医師による診療	「摘要」欄に「配」と表示して「診療日」を記載すること。	842100121	配置医師による診療日：*****		※
611	入所者診療	在宅患者訪問診療料又は施設入居時等医学総合管理料	（特別養護老人ホームの入所者のうち、在宅患者訪問診療料又は施設入居時等医学総合管理料を算定することができる場合） 以下のア又はイのいずれかに該当する場合 ア　当該患者が末期の悪性腫瘍である場合 イ　当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）	820101926	ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合		※
				820101927	イ 当該患者を当該特別養護老人ホームにおいて看取った場合		※

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

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

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
1	アイザベイ硝子体内注射液20mg/mL		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「眼底自発蛍光検査や眼底三次元画像解析を用いて、投与開始時に加え投与中には定期的に地図状萎縮の中心窩への拡大の有無を評価した上で、治療上の有益性と危険性を十分に勘案し、本剤の投与の適否を慎重に判断すること。」とされており、その他の注意において、「地図状萎縮の中心窩への拡大が認められた被験者では、持続性視力喪失のハザード比の点推定値において、本剤群とシャム群の間に差は認められなかった。」とされているので、地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、当該評価の結果を記載すること。	830600196	地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価の結果（アイザベイ硝子体内注射液20mg/mL）：******	○
2	アイモビーグ皮下注70mgペン		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上の臨床経験を有している 。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600001	医師要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600002	医師要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600003	医師要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600004	医師要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600005	医師要件オ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	842600001	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（アイモビーグ皮下注70mgペン）：******	
			投与の要否の判断にあたっては、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること。（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている 。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600006	前治療要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600007	前治療要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600008	前治療要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600009	前治療要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			投与開始後3ヶ月（3回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600010	投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
3	アキャルックス点滴静注250mg		投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600115	投与が必要と判断した理由（アキャルックス点滴静注250mg）：******	
4	アクトヒブ		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。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600001	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（アコファイド錠100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600002	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（初回投与）（アコファイド錠100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
6	アジョビ皮下注225mgシリンジ アジョビ皮下注225mgオートインジェクター		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上の臨床経験を有している 。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600011	医師要件ア（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600012	医師要件イ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600013	医師要件ウ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600014	医師要件エ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600015	医師要件オ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	842600002	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）：******	
			投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている 。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない 。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600016	前治療要件ア（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600017	前治療要件イ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600018	前治療要件ウ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600019	前治療要件エ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
			4週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月(3回投与後)、12週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月（1回投与後）又は6ヶ月（2回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600226	4週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600227	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月（1回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600228	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後6ヶ月（2回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
7	アドセトリス点滴静注用50mg		CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 （平成 30 年9月 20 日以前に既に本製剤の投与を受けている患者に対しては、本通知前からの投与継続患者である旨（「投与継続患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。）	850600003	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600004	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（初回投与）（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				820600021	投与継続患者（アドセトリス点滴静注用50mg）	
				850600005	初めて投与した年月日（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			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	820600255	医師要件ア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	
				820600256	医師要件イ（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
8	アドトラーザ皮下注150mgシリンジ アドトラーザ皮下注300mgペン	アトピー性皮膚炎	記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2） 次に掲げる本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況のうち該当するもの（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難である。 3） 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600257	前治療要件ア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	
				820600258	前治療要件イ（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	
				830600138	IGAスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）；******	
				830600139	全身のEASIスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）；******	
				830600140	頭頸部のEASIスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）；******	
				842600022	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）；******	
9	アベクマ点滴静注		本製品の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち、看護師（基準3.3.1及び3.3.2）、移植認定医（基準3.2.1）及び移植コーディネーター（基準3.4.3）以外の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー2）を有する施設 ウ 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち、看護師（基準3.3.1及び3.3.2）、移植認定医（基準3.2.1）、移植コーディネーター（基準3.4.3）及び移植実績（基準4.1及び4.2）以外の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー3）を有する施設 エ 本品に係る治験の実施施設	820600259	施設要件ア（アベクマ点滴静注）	
				820600260	施設要件イ（アベクマ点滴静注）	
				820600261	施設要件ウ（アベクマ点滴静注）	
				820600262	施設要件エ（アベクマ点滴静注）	
10	アムヴトラ皮下注25㎎シリンジ	トランスサイレチン型心アミロイドーシス（野生型及び変異型）	1） 本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR遺伝子検査での病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ 病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと	820600373	患者要件ア（アムヴトラ皮下注25㎎シリンジ）	○
				820600374	患者要件イ（アムヴトラ皮下注25㎎シリンジ）	○
				820600375	患者要件ウ（アムヴトラ皮下注25㎎シリンジ）	○
				830600197	TTR遺伝子検査で病的変異の有無（アムヴトラ皮下注25mgシリンジ）；******	○
11	アリセプト錠3mg アリセプト錠5mg アリセプト錠10mg アリセプトD錠3mg アリセプトD錠5mg アリセプトD錠10mg アリセプト細粒0．5% アリセプト内服ゼリー3mg アリセプト内服ゼリー5mg アリセプト内服ゼリー10mg アリセプトドライシロップ1% 後発品のドネペジル塩酸塩製剤		（本製剤をレビー小体型認知症における認知症症状の進行抑制に用いる場合） 次の事項を記載すること。 ① 効能又は効果に関連する使用上の注意において「本剤は、認知症治療に精通し、「17. 臨床成績」の項の内容について十分に理解した医師又はその指導の下で、レビー小体型認知症の臨床診断基準に基づき、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本剤の使用が適切と判断された患者にのみ使用すること。」とされていることから、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本製剤の臨床試験成績も踏まえた上で、本製剤の使用が適切と判断された患者に対して使用した場合に限り算定できる。レビー小体型認知症と診断され、本製剤の使用が適切と判断した理由（最新のガイドラインに基づいた診断内容及び臨床試験成績を理解した上で本剤投与が適切と判断した旨）を記載すること。 ② 用法及び用量において「投与開始12週間後までを目安に、認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価してベネフィットがリスクを上回ると判断できない場合は、投与を中止すること。」とされていることから、投与開始12週間後までに有効性評価を行い、投与継続の検討を行った年月日、本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィットがリスクを上回ると判断した内容）を記載すること。 ③ 用法及び用量において「投与開始12週間後までの有効性評価の結果に基づき投与継続を判断した場合であっても、定期的に有効性評価を行い、投与継続の可否を判断すること。」とされていることから、投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合は、投与継続の検討を行った直近の年月日、本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィットがリスクを上回ると判断した内容）を記載すること。	830600141	本製剤の使用が適切と判断した理由（アリセプト錠3mg等）；******	
				850600159	投与継続の検討を行った年月日（アリセプト錠3mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600142	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（アリセプト錠3mg等）；******	
				850600160	投与継続の検討を行った直近の年月日（投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合）（アリセプト錠3mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600143	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合）（アリセプト錠3mg等）；******	
12	アルンブリグ錠30mg アルンブリグ錠90mg		ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600006	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（アルンブリグ錠30mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600007	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（アルンブリグ錠30mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
13	アレセンサカプセル150mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600008	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（アレセンサカプセル150mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600009	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（アレセンサカプセル150mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
14	アロフィセル注		本製品の効能、効果又は性能において、「非活動期又は軽症の活動期クローン病患者における複雑痔瘻の治療。ただし、少なくとも1つの既存治療薬による治療を行っても効果が不十分な場合に限る。」及び用法及び用量又は使用方法に関連する使用上の注意において、「本品を再投与した臨床成績は得られておらず、痔瘻の状態を十分に確認した上で、再投与の要否を慎重に判断すること。」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、次の事項を記載すること。 ア 本製品の投与が適切と判断した理由 イ 既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間 ウ 本製品の投与回数（1回目又は2回目と記載する）	830600002	投与が適切と判断した理由（アロフィセル注）；******	
				830600003	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名（アロフィセル注）；******	
				830600004	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の使用期間（アロフィセル注）；******	
				820600022	投与回数1回目（アロフィセル注）	
				820600023	投与回数2回目（アロフィセル注）	
15	イエスカルタ点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600024	施設要件ア（イエスカルタ点滴静注）	
				820600025	施設要件イ（イエスカルタ点滴静注）	
16	イデルビオン静注用250 イデルビオン静注用500 イデルビオン静注用1000 イデルビオン静注用2000 イデルビオン静注用3500		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600005	手術時に使用した理由（イデルビオン静注用250等）；******	
17	イブグリース皮下注250㎎オートインジェクター イブグリース皮下注 250㎎ シリンジ	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2） 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3） 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%） 4） 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合、次に掲げる数値 ア 体重（kg）	820600376	施設要件ア（イブグリース皮下注）	○
				820600377	施設要件イ（イブグリース皮下注）	○
				820600378	施設要件ウ（イブグリース皮下注）	○
				820600379	前治療要件ア（イブグリース皮下注）	○
				820600380	前治療要件イ（イブグリース皮下注）	○
				830600198	IGAスコア（イブグリース皮下注）；******	○
				830600199	全身のEASIスコア（イブグリース皮下注）；******	○
				830600200	頭頸部のEASIスコア（イブグリース皮下注）；******	○
				842600072	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（イブグリース皮下注）；******	○
				842600044	体重（小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合）（kg）（イブグリース皮下注）；******	○

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
18	イブトロジーカプセル200mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600225	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（イブトロジーカプセル200mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600226	ROS1 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（イブトロジーカプセル200mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
19	イブランス錠25mg イブランス錠125mg		ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600011	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（イブランス錠25mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（イブランスカプセル25mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600013	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（イブランス錠25mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600014	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（イブランスカプセル25mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
20	イベニティ皮下注105mgシリンジ		（12ヵ月投与した後に本製剤を再投与する場合） 再投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ア　骨折の危険性が高いと判断した理由 イ　本製剤を再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名	830600006	骨折の危険性が高いと判断した理由（イベニティ皮下注105mgシリンジ）；******	
				830600007	再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名（イベニティ皮下注105mgシリンジ）；******	
		切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600381	切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
		進展型小細胞肺癌 限局型小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600382	進展型小細胞肺癌、限局型小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
		切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨を記載すること（「併用投与ア」と記載）。 ア　トレメリムマブ（遺伝子組換え）及び白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）との併用投与 本製剤を「併用投与ア」により併用する場合は、EGFR遺伝子変異陰性及びALK融合遺伝子陰性の患者において有効性が示されているので、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。	820600383	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600263	併用投与ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				850600162	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日（イミフィンジ点滴静注120mg等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
				850600163	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日（イミフィンジ点滴静注120mg等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
		切除不能な肝細胞癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600384	切除不能な肝細胞癌（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
21	イミフィンジ点滴静注120mg イミフィンジ点滴静注500mg			820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
		治癒切除不能な胆道癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、胆道癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨を記載すること（「併用投与ア」と記載）。 ア ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与	820600385	治癒切除不能な胆道癌（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600263	併用投与ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
		進行・再発の子宮体癌	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載及び「併用投与イ」に該当する場合は、その理由） ア カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与 イ カルボプラチン及びドセタキセル水和物との併用投与	820600386	進行・再発の子宮体癌（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600263	併用投与ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600404	併用投与イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
		非小細胞肺癌における術前・術後補助療法	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 本製剤を術前補助療法において他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載） ア カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与 イ 白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）及びゲムシタビン塩酸塩との併用投与 ウ 白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）及びペメトレキセドナトリウムとの併用投与	820600396	非小細胞肺癌における術前・術後補助療法（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600263	併用投与ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600404	併用投与イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600406	併用投与ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
		膀胱癌における術前・術後補助療法	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に泌尿器科学の4年以上の臨床経験を有していること。うち、2年以上は、膀胱癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 製剤を術前補助療法において他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載） ア ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与	820600407	膀胱癌における術前・術後補助療法（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○

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
				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 成人発症スチル病	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 他の生物製剤として使用していた薬剤の品名及び使用期間 ② 本製剤の投与が必要と判断した理由	830600202	他の生物製剤として使用していた薬剤の品名（イラリス皮下注~~用~~射液150mg~~等~~）；******	○
				830600203	他の生物製剤として使用していた薬剤の使用期間（イラリス皮下注~~用~~射液150mg~~等~~）；******	○
				830600204	投与が必要と判断した理由（イラリス皮下注~~用~~射液150mg~~等~~）；******	○
23	ウゴービ皮下注0.25mg SD ウゴービ皮下注0.5mg SD ウゴービ皮下注1.0mg SD ウゴービ皮下注1.7mg SD ウゴービ皮下注2.4mg SD ウゴービ皮下注0.25mgペン 1.0MD ウゴービ皮下注0.5mgペン 2.0MD ウゴービ皮下注1.0mgペン 4.0MD ウゴービ皮下注1.7mgペン 6.8MD ウゴービ皮下注2.4mgペン 9.6MD		（本製剤の投与開始の場合） 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる標榜診療科名のうち該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものをすべて記載） ア 内科 イ 循環器内科 ウ 内分泌内科 エ 代謝内科 オ 糖尿病内科 ② 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件カ」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載）及び「施設要件キ」、「施設要件ケ」又は「施設要件サ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 カ 日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる キ 日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ク 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ケ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる コ 日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる サ 日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ③ 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載） シ 日本循環器学会の教育研修施設 ス 日本糖尿病学会の教育研修施設 セ 日本内分泌学会の教育研修施設 ④ 常勤の管理栄養士の免許証番号 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に5年以上の臨床研修を有していること。 イ 医師免許取得後、満7年以上の臨床経験を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること。 ⑥ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載） ウ 日本循環器学会の専門医 エ 日本糖尿病学会の専門医 オ 日本内分泌学会の専門医 ⑦ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載） ア 高血圧 イ 脂質異常症 ウ 2型糖尿病 ⑧ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載） エ BMIが27kg/m2以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する オ BMIが35kg/m2以上 ⑨ ⑧の「患者要件エ」に該当する場合は、次に掲げる肥満に関連する健康障害のうち、該当するもの（「患者要件カ」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載） カ 耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など） キ 脂質異常症 ク 高血圧 ケ 高尿酸血症・痛風 コ 冠動脈疾患 サ 脳梗塞 シ 非アルコール性脂肪性肝疾患 ス 月経異常・不妊 セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 ソ 運動器疾患 タ 肥満関連腎臓病 ⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ⑪ ⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ⑫ 合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名 ⑬ 本製剤による治療計画（68週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日	820600264	施設要件ア（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600265	施設要件イ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600266	施設要件ウ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600267	施設要件エ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600268	施設要件オ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600269	施設要件カ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600270	施設要件キ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600271	施設要件ク（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600272	施設要件ケ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600273	施設要件コ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600274	施設要件サ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				830600145	連携施設名（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；******	
				830600146	連携施設の所在地（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；******	
				820600275	施設要件シ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600276	施設要件ス（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600277	施設要件セ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				830600147	常勤の管理栄養士の免許証番号（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；*******	
				820600278	医師要件ア（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600279	医師要件イ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600280	医師要件ウ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600281	医師要件エ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600282	医師要件オ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600283	患者要件ア（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600284	患者要件イ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600285	患者要件ウ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600286	患者要件エ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600287	患者要件オ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				820600288	患者要件カ（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）	
				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"	

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
				850600165	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600148	合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中の医薬品名(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；******	
				850600166	治療計画(68週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
			(本製剤の継続投与の場合及び再投与後の継続投与の場合) 次の事項を記載すること。 ① 本製剤投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日。 ② 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ③ 次に掲げるすべての項目の直近の測定値及び測定年月日並びに改善傾向が認められた旨 ア 体重 イ 血糖 ウ 血圧 エ 脂質	850600167	投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
				842600023	初回投与から起算して、何週目の投与(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；******	
				842600024	直近の測定値(ア　体重)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；******	
				842600025	直近の測定値(イ　血糖)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；******	
				842600026	直近の測定値(ウ　血圧)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；******	
				842600027	直近の測定値(エ　脂質)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；******	
				850600168	測定年月日(ア　体重)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600169	測定年月日(イ　血糖)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600170	測定年月日(ウ　血圧)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600171	測定年月日(エ　脂質)(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600149	改善傾向が認められた旨(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；******	
			(本製剤の中止後に肥満症の悪化が認められ、本製剤の初回投与開始時と同様に、本剤を投与する施設において適切な治療計画に基づく食事療法・運動療法を実施しても、本製剤の再投与が必要と判断された場合) 再投与の開始日に次の事項を記載すること。 ① 本製剤の投与を中止した年月日 ② 本製剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ③ ②の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ④ ②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6か月間行う前に、やむを得ず本製剤の投与を再開する場合はその理由 ⑤ 改めて本製剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日	850600172	投与を中止した年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600173	改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600165	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600150	やむを得ず本製剤の投与を再開するその理由(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；******	
				850600174	改めて本製剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日(ウゴービ皮下注0．25mg　SD等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
24	ヴァイトラックビカプセル25mg ヴァイトラックビカプセル100mg ヴァイトラックビ内用液20mg／mL		NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600015	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ヴァイトラックビカプセル25mg等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600016	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ヴァイトラックビカプセル25mg等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
25	ヴァンフリタ錠17．7mg ヴァンフリタ錠26．5mg		FLT3-ITD 変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600017	FLT3－ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日(ヴァンフリタ錠17．7mg等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600018	FLT3－ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ヴァンフリタ錠17．7mg等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
26	エクロックゲル5％		投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)を記載すること。	830600011	多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)(エクロックゲル5％)；******	
27	エスポー皮下用24000シリンジ		(貯血量が800mL 以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合) 貯血量，本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600012	貯血量(エスポー皮下用24000シリンジ)；******	
				830600013	投与する前の患者の体重(エスポー皮下用24000シリンジ)；******	
				830600014	Hb濃度(エスポー皮下用24000シリンジ)；******	
28	エスワンタイホウ配合OD錠T20 エスワンタイホウ配合OD錠T25		本製剤の用法及び用量において、「胃癌にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、頭頸部癌にはA法、非小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不能又は再発乳癌にはA法、膵癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること(「A法」から「F法」までのうち該当するものを記載)。	820600299	A法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	
				820600300	B法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	
				820600301	C法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	
				820600302	D法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	
				820600303	E法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	
				820600304	F法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	
29	エドルミズ錠50mg		以下のアに該当し、イ～エのうち2つ以上を認める患者に使用することとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～エのうち該当するものをすべて記載すること。 ア 6ヵ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振 イ 疲労又は倦怠感 ウ 全身の筋力低下 エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上	820600031	ア　6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 エフィエント錠3．75mg	虚血性脳血管障害(大血管アテローム硬化又は小血管の閉塞に伴う)後の再発抑制	効能又は効果に関連する注意において、「「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、有効性についてクロピドグレルに対する非劣性が検証されていないことや臨床試験の対象患者等を十分に理解した上で、本剤投与の適否を判断すること。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600134	投与が必要と判断した理由(エフィエント錠2．5mg等)；******	
31	エブリスディドライシロップ60mg エブリスディ錠5mg		効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600020	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(エブリスディドライシロップ60mg等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600021	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(初回投与)(エブリスディドライシロップ60mg等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	

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
			(オナセムノゲン　アベパルボベク(販売名：ゾルゲンスマ点滴静注)の投与後に本製剤を投与する場合) その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	830600015	オナセムノゲン　アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由(エブリスディドライシロップ60mg等)；******	
32	エポジン注シリンジ1500 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) 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) 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)；******	
34	エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター エムガルティ皮下注120mgシリンジ		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため 、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること(「医師要件ア」から「医師要件オ 」までのうち該当するものを全て記載)。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している 。 イ　日本神経学会 ウ　日本頭痛学会 エ　日本内科学会(総合内科専門医) オ　日本脳神経外科学会	820600233	医師要件ア(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				820600234	医師要件イ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				820600235	医師要件ウ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				820600236	医師要件エ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				820600237	医師要件オ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days(MHD 、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均 。	842100110	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine　Headache　Days(MHD、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)；******	
			投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エ のいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること(「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載) 。 ア　非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている 。 イ　本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ　本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ　本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600238	前治療要件ア(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				820600239	前治療要件イ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				820600240	前治療要件ウ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				820600241	前治療要件エ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
			投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後3カ月(3回投与後)を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600044	投与開始後3ヶ月(3回投与後)症状の改善が認められた(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
35	エムパベリ皮下注1080mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「補体(C5)阻害剤による適切な治療を行っても、十分な効果が得られない場合に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600151	治療として使用していた薬剤の品名(エムパベリ皮下注1080mg)；******	
				830600152	治療として使用していた使用期間(エムパベリ皮下注1080mg)；******	
36	エレビジス点滴静注		本製品の効能、効果又は性能において、「ただし、以下のいずれも満たす場合に限る 抗AAVrh74抗体が陰性の患者、歩行可能な患者、3歳以上8歳未満の患者」及び効能、効果又は性能に関連する注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により抗AAVrh74抗体が陰性であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ・抗AAVrh74抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日 ・歩行の可否 ・本製品の投与日における年齢	850600227	抗AAVrh74抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日(エレビジス点滴静注)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	○
				830600205	歩行の可否(エレビジス点滴静注)；******	○
				842600045	本製品の投与日における年齢(エレビジス点滴静注)；******	○
37	エンハーツ点滴静注用100mg	化学療法歴のあるHER2陽性の手術不能又は再発乳癌	「トラスツズマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、トラスツズマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を記載すること。	820600045	トラスツズマブ(遺伝子組換え)の治療歴を有する患者(エンハーツ点滴静注用100mg)	
				820600046	タキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者(エンハーツ点滴静注用100mg)	
		がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治癒切除不能な進行・再発の胃癌の場合	一次治療治療歴を有し、かつ、トラスツズマブ(遺伝子組換え)を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することとし、一次治療で実施した化学療法を記載すること。	830600022	一次治療で実施した化学療法(エンハーツ点滴静注用100mg)；******	
		化学療法歴のあるHER2低発現の手術不能又は再発乳癌	「HER2 低発現の定義について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2 低発現が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2低発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600175	HER2低発現を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注用100mg)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600176	HER2低発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(エンハーツ点滴静注用100mg)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
		がん化学療法後に増悪したHER2(ERBB2)遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2(ERBB2)遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600177	HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注用100mg)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600178	HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(エンハーツ点滴静注用100mg)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	
		ホルモン受容体陽性かつHER2低発現又は超低発現の手術不能又は再発乳癌	HER2低発現及び超低発現の定義について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2低発現又は超低発現が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2低発現又は超低発現を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600228	HER2低発現又は超低発現を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注用100mg)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600229	HER2低発現又は超低発現を確認した検査の実施年月日(初回投与) (エンハーツ点滴静注用100mg)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	○
		HER2陽性の進行・再発の固形癌(標準的な治療が困難な場合に限る)	本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「HER2陽性の定義について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2陽性が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600230	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注用100mg)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600231	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(エンハーツ点滴静注用100mg)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	○
38	エンレスト錠50mg エンレスト錠100mg エンレスト錠200mg	慢性心不全、高血圧症	(成人の慢性心不全の場合) 本製剤の効能又は効果において、「慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。 (高血圧症の場合) 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「過度な血圧低下のおそれ等があり、原則として本剤を高血圧治療の第一選択薬としないこと。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600024	投与が必要と判断した理由(エンレスト錠50mg等)；******	
39	オータイロカプセル40mg オータイロカプセル160mg	ROS1融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600232	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(オータイロカプセル40mg等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600233	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(オータイロカプセル40mg等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	○
		NTRK融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本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。	850600234	NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(オータイロカプセル40mg)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600235	NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(オータイロカプセル40mg等)；(元号)yy″年″mm″月″dd″日″	○
40	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 (※は、古典的ホジキンリンパ腫に限る。) ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院※、小児がん連携病院※など) イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600164	施設要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600186	施設要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600190	施設要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
				820600194	施設要件エ(オプジーボ点滴静注)	
				820600197	施設要件オ(オプジーボ点滴静注)	

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
41	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600416	悪性黒色腫（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			（平成29年２月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
			（平成29年２月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合：平成29年4月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
42	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、２年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、３年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600417	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
			（平成29年２月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
			（平成29年２月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合：平成29年4月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
43	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌	次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、２年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、２年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。	820600418	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600140	医師・歯科医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
44	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、２年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、２年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600419	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			（本製剤とイピリムマブ（遺伝子組換え）の併用を化学療法未治療の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の患者に投与する場合） 次のいずれに該当するかを記載すること。（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載） ア IMDC リスク分類：intermediate リスク イ IMDC リスク分類：poor リスク	820600152	患者要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600154	患者要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			（平成29年４月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
			（平成29年４月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合：平成29年6月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
45	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を 修 了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、２年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を 修 了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、３年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上の小児血液 及び小児 がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600420	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
			（平成29年４月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合） 投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
			（平成29年４月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合：平成29年6月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オプジーボ点滴静注）	
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オプジーボ点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
46	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	治癒切除不能な進行・再発の胃癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、２年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、３年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600421	治癒切除不能な進行・再発の胃癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） HER2陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600118	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（オプジーボ点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	

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
47	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性胸膜中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600422	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
48	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600423	がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600120	MSIー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 オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能な進行・再発の食道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	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 オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	食道癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600425	食道癌における術後補助療法 （オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
51	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	原発不明癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、原発不明癌に対するがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600426	原発不明癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			原発不明癌と診断するにあたり実施した原発巣検索の検査等として該当するもの（「検査等ア」から「検査等ク」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　胸部X線 イ　頭頸部・胸腹部・骨盤CT ウ　FDG-PET、PET-CT エ　上部・下部消化管内視鏡 オ　腫瘍マーカー測定 カ　病理学的検索 キ　免疫組織化学的検索 ク　遺伝子・染色体検査	820600156	検査等ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600157	検査等イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600158	検査等ウ（オプジーボ点滴静注）	
				820600159	検査等エ（オプジーボ点滴静注）	
				820600160	検査等オ（オプジーボ点滴静注）	
				820600161	検査等カ（オプジーボ点滴静注）	
				820600162	検査等キ（オプジーボ点滴静注）	
				820600163	検査等ク（オプジーボ点滴静注）	
52	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	尿路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能な尿路上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600427	尿路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能な尿路上皮癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			（尿路上皮癌における術後補助療法に用いる場合で、シスプラチン等の白金系抗悪性腫瘍剤を含む術前補助療法歴のない患者に投与する場合） 投与することとした理由	830600113	投与することとした理由（オプジーボ点滴静注）；******	
53	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	非小細胞肺癌における術前補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600428	非小細胞肺癌における術前補助療法（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
54	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	悪性中皮腫（悪性胸膜中皮腫を除く）	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性中皮腫（悪性胸膜中皮腫を除く）のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600429	悪性中皮腫（悪性胸膜中皮腫を除く）（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
55	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能な進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600430	根治切除不能な進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	

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
56	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な肝細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600431	切除不能な肝細胞癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	○
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	○
57	オルプロリクス静注用500 オルプロリクス静注用1000 オルプロリクス静注用2000 オルプロリクス静注用3000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600025	手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用500等）；******	
	オルプロリクス静注用250		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600026	手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用250）；******	
	オルプロリクス静注用4000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600027	手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用4000）；******	
58	オルミエント錠2mg オルミエント錠4mg オルミエント錠1mg	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 　1）　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載） 　　ア　成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 　　イ　成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 　　ウ　小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 　2）　本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） 　　ア　2歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 　　イ　2歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 　3）　疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 　　ア　IGAスコア 　　イ　全身又は頭頸部のEASIスコア 　　ウ　体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	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。 ア　直接作用型第Xa因子阻害剤の種類、最終投与時の1回投与量及び最終投与からの経過時間 イ　本製剤の投与が必要と判断した理由	830600155	直接作用型第Xa因子阻害剤の種類（オンデキサ静注用200mg）；******	
				830600156	最終投与時の1回投与量（オンデキサ静注用200mg）；******	
				830600157	最終投与からの経過時間（オンデキサ静注用200mg）；******	
				830600158	投与が必要と判断した理由（オンデキサ静注用200mg）；******	
60	ガザイバ点滴静注1000mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「フローサイトメトリー法等により検査を行い、CD20抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600023	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600024	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ガザイバ点滴静注1000mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		CD20陽性の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）	用法及び用量に関連する注意において、「アカラブルチニブを28日間投与した後に本剤の投与を開始すること。」とされているため、アカラブルチニブと併用する場合には、アカラブルチニブの単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600179	アカラブルチニブの単独投与開始年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600180	アカラブルチニブの単独投与終了年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
61	カムザイオスカプセル1mg カムザイオスカプセル2．5mg カムザイオスカプセル5mg		本製剤の用法及び用量に関連する注意において、「投与開始前に心エコー検査により左室駆出率（LVEF）を評価し、LVEFが55%未満の患者には投与を開始しないこと。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600236	左室駆出率の計測年月日（カムザイオスカプセル1mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				842600046	左室駆出率の値（カムザイオスカプセル1mg等）；******	○
				830600206	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合）（カムザイオスカプセル1mg等）；******	○
62	カナグル錠100mg カナグルOD錠100mg		（「2型糖尿病を合併する慢性腎臓病　ただし、末期腎不全又は透析施行中の患者を除く。」に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが30mL/min/1.73m2未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、新規に投与しないこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、投与開始時のeGFRの値及び検査の実施年月日を記載すること。	842600028	投与開始時のeGFRの値（カナグル錠100mg等）；******	
				850600181	eGFR検査の実施年月日（カナグル錠100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
63	カルケンスカプセル100mg カルケンス錠100mg		（本製剤を「未治療の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）」に用いる場合は、用法及び用量に関連する注意において、「オビヌツズマブ（遺伝子組換え）と併用する場合には、本剤を28 日間投与した後にオビヌツズマブ（遺伝子組換え）の投与を開始すること。」とされているため、オビヌツズマブ（遺伝子組換え）と併用する場合） 本製剤の単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600182	単独投与開始年月日（カルケンスカプセル100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600183	単独投与終了年月日（初回投与）（カルケンスカプセル100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
64	キイトルーダ点滴静注100mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600165	施設要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600187	施設要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600191	施設要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600195	施設要件エ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600198	施設要件オ（キイトルーダ点滴静注）	
65	キイトルーダ点滴静注100mg	悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600432	悪性黒色腫（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
66	キイトルーダ点滴静注100mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600433	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	

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
			（本剤を単独で投与する場合） PD-L1 の発現を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600133	PD－L1の発現を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600118	PD－L1の発現を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）；******	
67	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。	820600434	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
68	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な尿路上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600435	根治切除不能な尿路上皮癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
69	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌腫領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600436	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日	850600121	MSI－Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
70	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌、局所進行頭頸部癌における術前・術後補助療法	次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ　医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。 なお、本剤による治療においては副作用等の全身的管理を要するため、患者の治療に当たる歯科医師はアからウまでのいずれかに示す条件を満たす医師（頭頸部癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師）との緊密な連携のもとに診療すること。	820600437	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌 局所進行頭頸部癌における術前・術後補助療法（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600139	医師・歯科医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
71	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600438	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
72	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な進行・再発の食道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600439	根治切除不能な進行・再発の食道癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
			（本製剤を単独で投与する場合） PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600124	PD－L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600107	PD－L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）；******	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載）を記載すること。 ア　5-FU及びシスプラチンとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
73	キイトルーダ点滴静注100mg	治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌腫領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600440	治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600121	MSI－Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
74	キイトルーダ点滴静注100mg	PD-L1 陽性のホルモン受容体陰性かつHER2 陰性の手術不能又は再発乳癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600441	PD-L1 陽性のホルモン受容体陰性かつHER2 陰性の手術不能又は再発乳癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600124	PD－L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600107	PD－L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）；******	
			ホルモン受容体陰性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600134	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
75	キイトルーダ点滴静注100mg	進行・再発の子宮体癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600442	進行・再発の子宮体癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	

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）	（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載） ア レンバチニブメシル酸塩との併用投与（がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体癌の場合） イ パクリタキセル及びカルボプラチンとの併用投与（化学療法歴のない進行・再発の子宮体癌の場合）	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）	○
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となるがん種領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600445	がん化学療法後に増悪した高い腫瘍遺伝子変異量（TMB−High）を有する進行・再発の固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			TMB−Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600128	TMB－Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
77	キイトルーダ点滴静注100mg	腎細胞癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600446	腎細胞癌における術後補助療法（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
78	キイトルーダ点滴静注100mg	ホルモン受容体陰性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術前・術後薬物療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600447	ホルモン受容体陰性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術前・術後薬物療法（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			ホルモン受容体陰性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600134	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
79	キイトルーダ点滴静注100mg	進行又は再発の子宮頸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600448	進行又は再発の子宮頸癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			本製剤を術前薬物療法として他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載）を記載すること。 ア パクリタキセル及びプラチナ製剤との併用投与 イ パクリタキセル、プラチナ製剤及びベバシズマブとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）	
80	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は難治性の原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。	820600449	再発又は難治性の原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
81	キイトルーダ点滴静注100mg	治癒切除不能な進行・再発の胃癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600450	治癒切除不能な進行・再発の胃癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	○
			HER2陽性又はHER2陰性を確認した検査の実施年月日	850600237	HER2陽性又はHER2陰性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
			HER2陽性の場合は、PD−L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）	850600238	PD−L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				842600047	PD−L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）；******	○
82	キイトルーダ点滴静注100mg	治癒切除不能な胆道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、胆道癌のがん薬物療法を含むがん治療の研修を行っていること。	820600454	治癒切除不能な胆道癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
			本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載）を記載すること。 ア ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	○
83	キイトルーダ点滴静注100mg	非小細胞肺癌における術前・術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600458	非小細胞肺癌における術前・術後補助療法（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
84	キイトルーダ点滴静注100mg	局所進行子宮頸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600461	局所進行子宮頸癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
			本製剤を同時化学放射線療法と併用する場合、次に掲げる併用療法を行った旨（「併用投与ア」と記載） ア シスプラチンを用いた同時化学放射線療法	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	○

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
85	キイトルーダ点滴静注100mg	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性胸膜中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600465	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
86	キムリア点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア　日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ　認定カテゴリー1 に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600052	施設要件ア（キムリア点滴静注）	
				820600053	施設要件イ（キムリア点滴静注）	
			再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において「CD19抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。	850600025	CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（キムリア点滴静注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
87	クリースビータ皮下注10mg クリースビータ皮下注20mg クリースビータ皮下注30mg クリースビータ皮下注10mgシリンジ クリースビータ皮下注20mgシリンジ クリースビータ皮下注30mgシリンジ		本剤の効能又は効果は「FGF23関連低リン血症性くる病・骨軟化症」であり、FGF23の過剰産生により血清リン濃度が低下している患者が対象であることから、FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600026	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日（クリースビータ皮下注10mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600027	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日（初回投与）（クリースビータ皮下注10mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
88	ケサンラ点滴静注液350mg		（本製剤を最初に投与した場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ①　次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア　患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者 イ　以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者 ・本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者 ・本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者 ウ　MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能であることが確認された患者 ②　認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日 ア　認知機能評価　MMSEスコア イ　臨床認知症尺度　CDR全般スコア ③　次に掲げる検査のうち、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）、実施年月日及び検査実施施設名 エ　アミロイドPET オ　脳脊髄液（CSF）検査 ④　次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するものを記載） ア　日本神経学会の専門医 イ　日本老年医学会の専門医 ウ　日本精神神経学会の専門医 エ　日本脳神経外科学会の専門医 ⑤　次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件オ」から「医師要件ク」までのうち該当するものを記載） オ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること カ　画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること キ　製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること ク　日本認知症学会及び日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること ⑥　次に掲げる項目のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア　以下のⅠからⅢをすべて満たす施設である。 イ　以下のⅠからⅢをすべて満たす施設でない。 （項目） Ⅰ　MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っていること Ⅱ　認知機能のスコア評価（MMSEスコア）及び臨床認知症尺度（CDR全般スコア）が実施可能な者が配置されていること Ⅲ　同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能であること Ⅳ　上記の④及び⑤に該当する、常勤医師が複数名配置されていること Ⅴ　CDR全般スコア評価に精通し、一定以上の評価経験を有する医療従事者がいること Ⅵ　ARIAのリスク管理に必要な知識を有し、かつ、MRI読影に関する医療従事者向け研修を受講した、ARIAの鑑別を含むMRI読影が適切に行える常勤医が1名以上いること Ⅶ　認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること Ⅷ　製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できる施設であること	820600468	患者要件ア（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600469	患者要件イ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600470	患者要件ウ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600471	患者要件エ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600472	患者要件オ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				842600048	認知機能評価MMSEスコア（ケサンラ点滴静注液350mg）；******	○
				850600239	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				842600049	臨床認知症尺度CDR全般スコア（ケサンラ点滴静注液350mg）；******	○
				850600240	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600241	アミロイドPETの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				830600207	アミロイドPET検査実施施設名（ケサンラ点滴静注液350mg）；******	○
				850600242	脳脊髄液（CSF）検査の実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				830600208	脳脊髄液（CSF）検査検査実施施設名（ケサンラ点滴静注液350mg）；******	○
			（投与開始後6か月以降の投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ①　本製剤の投与施設（「施設要件ウ」又は「施設要件エ」と記載）及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 ウ　初回投与施設（（2）の初回投与施設と同一の施設） エ　連携施設（（2）の初回投与施設と連携している施設） ②　次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与施設に該当するもの（「施設要件オ」と記載） オ　製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できること ③　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ケ」から「医師要件シ」までのうち該当するものを記載） ケ　日本神経学会の専門医 コ　日本老年医学会の専門医 サ　日本精神神経学会の専門医 シ　日本脳神経外科学会の専門医 ④　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ス」～「医師要件タ」までのうち該当するものを記載） ス　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること セ　画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること ソ　製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること タ　日本認知症学会及び日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること	820600483	施設要件ウ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600484	施設要件エ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				830600209	連携施設名（施設要件エに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）；******	○
				830600210	連携施設の所在地（施設要件エに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）；******	○
				820600485	施設要件オ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600486	医師要件ケ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600487	医師要件コ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600488	医師要件サ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600489	医師要件シ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600490	医師要件ス（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600491	医師要件セ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600492	医師要件ソ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600493	医師要件タ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
			（継続投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、本製剤は、初回投与後6か月までは、初回投与施設で投与すること。 ① 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ② 本製剤投与中、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直近の年月日 ③ 本製剤投与中、MRI検査を受けた直近の年月日	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） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本剤投与中、PET検査を受けた年月日（投与開始前のPET検査を除く） ② 本剤投与中、PET検査を実施した施設（「施設要件カ」又は「施設要件キ」と記載）及び「施設要件キ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地） カ 初回投与施設と同一施設内 キ 初回投与施設と連携がとれる施設	850600245	アミロイドPETの実施年月日（投与中）（ケサンラ点滴静注液350mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				820600494	施設要件カ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600495	施設要件キ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				830600212	連携施設名（施設要件キに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）；******	○
				830600213	連携施設名の所在地（施設要件キに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）；******	○
			（初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本剤投与の継続が必要と判断した理由（PET検査によるアミロイドβプラークの評価結果、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を踏まえた有効性の観点、並びにARIAの有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を含めて具体的に記載すること） ② 本剤の最適使用推進ガイドラインにおいて「中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された場合、中等度以降に進行した患者に投与を継続したときの有効性が確立していないことから、本剤の投与を中止し、再評価を行うこと。」とされていることから、中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果として（2）の①～②及び投与継続を判断した理由（上記①と同様に具体的に記載すること）	830600214	投与の継続が必要と判断した理由（ケサンラ点滴静注液350mg）；******	○
				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 ケレンディア錠20mg	慢性心不全	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の低下した慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の保たれた又は軽度低下した慢性心不全患者に投与すること。」及び「「17 臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景（前治療、左室駆出率、腎機能等）を十分に理解した上で、適応患者を選択すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600248	左室駆出率の計測年月日（ケレンディア錠10mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				842600052	左室駆出率の値（ケレンディア錠10mg等）；******	○
				830600215	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合）（ケレンディア錠10mg等）；******	○
90	ザーコリカプセル200mg ザーコリカプセル250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600028	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザーコリカプセル200mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600029	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ザーコリカプセル200mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600030	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザーコリカプセル200mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600031	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ザーコリカプセル200mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
91	サイバインコ錠50mg サイバインコ錠100mg サイバインコ錠200mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する もの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載 ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2 本製剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600054	医師要件ア（サイバインコ錠50mg等）	
				820600055	医師要件イ（サイバインコ錠50mg等）	
				820600056	医師要件ウ（サイバインコ錠50mg等）	
				820600057	前治療要件ア（サイバインコ錠50mg等）	
				820600058	前治療要件イ（サイバインコ錠50mg等）	
				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 サイラムザ点滴静注液500mg		本製剤をがん化学療法後に増悪した血清AFP値が400ng/mL以上の切除不能な肝細胞癌に用いる場合は、効能・効果に関連する使用上の注意において、「本剤の使用にあたっては、初回投与時の血清AFP値に基づき、適応患者の選択を行うこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、AFPの検査値及び当該検査の実施年月日を記載すること。	830600033	AFPの検査値（サイラムザ点滴静注液100mg等）；******	
				850600032	AFP検査の実施年月日（サイラムザ点滴静注液100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
93	ザルティア錠2．5mg ザルティア錠5mg タダラフィル錠2．5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠2．5mgZA「フソー」 タダラフィル錠2．5mgZA「日医工」 タダラフィル錠2．5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠2．5mgZA「あすか」 タダラフィル錠2．5mgZA「杏林」 タダラフィル錠2．5mgZA「サンド」 タダラフィル錠2．5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠2．5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠5mgZA「フソー」 タダラフィル錠5mgZA「日医工」 タダラフィル錠5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠5mgZA「あすか」 タダラフィル錠5mgZA「杏林」 タダラフィル錠5mgZA「サンド」 タダラフィル錠5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠2.5mgZA「シオエ」 タダラフィル錠5mgZA「シオエ」		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	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。 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 ジャクスタピッドカプセル10mg 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。 ① 本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けていること。 ② 本疾患の診断根拠（遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等）	820600243	本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けている（ジャクスタピッドカプセル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）；******	

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
96	ジャディアンス錠10mg	慢性腎臓病	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが20mL/min/1.73m2未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFR が低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景（原疾患、併用薬、腎機能等）を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）を記載すること。	830600159	適応患者であると判断した理由（ジャディアンス錠10mg）；******	
				830600160	判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）（ジャディアンス錠10mg）；******	
97	シュンレンカ錠300mg シュンレンカ皮下注463．5mg		本製剤の効能又は効果は「多剤耐性HIV-1感染症」であり、効能又は効果に関連する注意において、「「過去の治療において、本剤を含まない既存の抗レトロウイルス療法による適切な治療を行ってもウイルス学的抑制が得られなかった患者」及び「薬剤耐性検査（遺伝子型解析あるいは表現型解析）を実施し、本剤を含まない複数の抗HIV薬に耐性を示す患者」のいずれも満たす患者に投与すること。」とされているので、使用に当たっては十分留意すること。また、本製剤の投与開始に当たっては、直近の薬剤耐性検査の実施年月日及び薬剤耐性が認められた全ての抗HIV薬の品名を記載すること。	850600184	直近の薬剤耐性検査の実施年月日（シュンレンカ錠300mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600161	薬剤耐性が認められた抗HIV薬の品名（シュンレンカ錠300mg等）；******	
98	シンポニー皮下注50mgシリンジ	潰瘍性大腸炎	次の事項を記載すること。 ア 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名及び使用期間 イ 本製剤の投与が必要と判断した理由	830600038	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンポニー皮下注50mgシリンジ）；******	
				830600039	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンポニー皮下注50mgシリンジ）；******	
				830600040	投与が必要と判断した理由（シンポニー皮下注50mgシリンジ）；******	
	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。 ① 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、脊髄領域を含む整形外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損傷に関する十分な臨床経験（計30件以上）を有し、AIS評価が適切に行えること。 イ 医師免許取得後、脊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、脊髄損傷に関する十分な臨床経験（計30件以上）を有し、AIS評価が適切に行えること。 ② 本製品の製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点及び本製品を投与する直前の時点におけるAIS なお、供給当初においては、AISがAの患者を中心とした投与が適切であるとされていることから、供給可能量も踏まえAの患者を優先して対応すること。	820600064	医師要件ア（ステミラック注）	
				820600065	医師要件イ（ステミラック注）	
				830600045	製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点におけるAIS（ステミラック注）；******	
				830600046	本製品を投与する直前の時点におけるAIS（ステミラック注）；******	
101	スピンラザ髄注12mg スピンラザ髄注28mg スピンラザ髄注50mg		効能又は効果に関連する注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600035	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（スピンラザ髄注12mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600036	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（初回投与）（スピンラザ髄注12mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			（オナセムノゲン アベパルボベク（販売名：ゾルゲンスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合） その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	830600047	オナセムノゲン アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由（スピンラザ髄注12mg等）；******	
102	ゼジューラ錠100mg		本製剤を「白金系抗悪性腫瘍剤感受性の相同組換え修復欠損を有する再発卵巣癌」に用いる場合は、効能又は効果に関連する使用上の注意において、「3つ以上の化学療法歴のある患者を対象とすること。」及び「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、過去に実施した化学療法歴及び相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600048	過去に実施した化学療法歴（ゼジューラ~~カプセル~~錠100mg~~等~~）；******	
				850600037	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（ゼジューラ~~カプセル~~錠100mg~~等~~）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600038	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゼジューラ~~カプセル~~錠100mg~~等~~）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
	ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス ゼップバウンド皮下注5mgアテオス		（本製剤の投与開始の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 次に掲げる標榜診療科名のうち該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものをすべて記載） ア 内科 イ 循環器内科 ウ 内分泌内科 エ 代謝内科 オ 糖尿病内科 ② 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件カ」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載）及び「施設要件キ」、「施設要件ケ」又は「施設要件サ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 カ 日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる キ 日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ク 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ケ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる コ 日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる サ 日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ③ 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載） シ 日本循環器学会の教育研修施設 ス 日本糖尿病学会の教育研修施設 セ 日本内分泌学会の教育研修施設 ④ 常勤の管理栄養士の免許証番号 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に5年以上の臨床研修を有していること。 イ 医師免許取得後、満7年以上の臨床経験を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること。 ⑥ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載） ウ 日本循環器学会の専門医 エ 日本糖尿病学会の専門医 オ 日本内分泌学会の専門医 ⑦ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載） ア 高血圧 イ 脂質異常症 ウ 2型糖尿病 ⑧ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載） エ BMIが27kg/m2以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する オ BMIが35kg/m2以上 ⑨ （3）⑧の「患者要件エ」に該当する場合は、次に掲げる肥満に関連する健康障害のうち、該当するもの（「患者要件カ」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載） カ 耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など） キ 脂質異常症 ク 高血圧 ケ 高尿酸血症・痛風 コ 冠動脈疾患 サ 脳梗塞、 シ 非アルコール性脂肪性肝疾患 ス 月経異常・不妊 セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 ソ 運動器疾患 タ 肥満関連腎臓病	820600499	施設要件ア（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600500	施設要件イ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600501	施設要件ウ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600502	施設要件エ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600503	施設要件オ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600504	施設要件カ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600505	施設要件キ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600506	施設要件ク（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600507	施設要件ケ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600508	施設要件コ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600509	施設要件サ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				830600216	連携施設名（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；******	○
				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）	○

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7.5mgアテオス ゼップバウンド皮下注10mgアテオス ゼップバウンド皮下注12.5mgアテオス ゼップバウンド皮下注15mgアテオス		⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ⑪ ⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ⑫ 合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名 ⑬ 本製剤による治療計画（72週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日	820600527	患者要件コ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600528	患者要件サ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600529	患者要件シ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600530	患者要件ス（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600531	患者要件セ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600532	患者要件ソ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600533	患者要件タ（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				850600249	食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600250	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				830600218	合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；******	○
				850600251	治療計画（72週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
			（本製剤の継続投与の場合及び再投与後の継続投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本製剤投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日 ② 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか ③ 次に掲げるすべての項目の直近の測定値及び測定年月日並びに改善傾向が認められた旨 ア 体重 イ 血糖 ウ 血圧 エ 脂質	850600252	管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				842600074	初回投与から起算しての週数（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；******	○
				842600054	直近の測定値（ア 体重）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；******	○
				842600055	直近の測定値（イ 血糖）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；******	○
				842600056	直近の測定値（ウ 血圧）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；******	○
				842600057	直近の測定値（エ 脂質）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；******	○
				850600253	測定年月日（ア 体重）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600254	測定年月日（イ 血糖）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600255	測定年月日（ウ 血圧）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600256	測定年月日（エ 脂質）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				830600220	改善傾向が認められた旨（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；******	○
			（本製剤の中止後に肥満症の悪化が認められ、本製剤の初回投与開始時と同様に、本剤を投与する施設において適切な治療計画に基づく食事療法・運動療法を実施しても、本製剤の再投与が必要と判断された場合） 再投与の開始日に次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本製剤の投与を中止した年月日 ② 本製剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ③ ②の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ④ ②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6か月間行う前に、やむを得ず本製剤の投与を再開する場合はその理由 ⑤ 改めて本製剤による治療計画（72週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日	850600257	投与を中止した年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600258	改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600259	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				830600221	やむを得ず本製剤の投与を再開するその理由（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；******	○
				850600260	改めて本製剤による治療計画（72週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
104	ゼフィックス錠100		本製剤の使用に当たっては、B型肝炎ウイルスの増殖を伴う肝機能の異常の確認が前提であり、HBV-DNA、DNAポリメラーゼ又はHBe抗原によりウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）及びその結果を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600049	HBV－DNA検査結果（ゼフィックス錠100）；******	
				830600050	DNAポリメラーゼ検査結果（ゼフィックス錠100）；******	
				830600051	HBe抗原検査結果（ゼフィックス錠100）；******	
				850600039	ウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）（ゼフィックス錠100）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600040	ウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）（初回投与）（ゼフィックス錠100）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
105	ゼルボラフ錠240mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600041	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ゼルボラフ錠240mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600042	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゼルボラフ錠240mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
106	ゾスパタ錠40mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FLT3 遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600043	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ゾスパタ錠40mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600044	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゾスパタ錠40mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
107	ゾルゲンスマ点滴静注		本品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意に、「SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異が確認された患者に投与すること。」「2歳未満の患者に投与すること。」及び「承認された体外診断薬を用いた検査により抗AAV9抗体が陰性であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ・SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日 ・本品の投与日齢 ・抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日	850600045	SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日（ゾルゲンスマ点滴静注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				842600011	本品の投与日齢（ゾルゲンスマ点滴静注）；******	
				850600046	抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日（ゾルゲンスマ点滴静注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				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″	

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
108	ゾレア皮下注用150mg ゾレア皮下注75mgシリンジ ゾレア皮下注150mgシリンジ ゾレア皮下注75mgペン ゾレア皮下注150mgペン ゾレア皮下注300mgペン		（スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の投与開始の場合） 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる医師が本製剤に関する治療の責任者として配置されている施設（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するもの） 【成人季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 【小児季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 エ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ② 投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度及び当該検査の実施年月日 ③ 患者がスギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由 ④ 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状及び本製剤の投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ⑤ 前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイド及びケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ⑥ 既存治療で効果不十分と判断した理由 ⑦ アレルゲン免疫療法（減感作療法）に関する説明	830600052	スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				842600012	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				842600013	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600053	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				842600014	本製剤の投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				842600015	本製剤の投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600054	本製剤の投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600055	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの成分名（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600056	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの一日投与量（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600057	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600058	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の一日投与量（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600059	既存治療で効果不十分と判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600060	アレルゲン免疫療法（減感作療法）に関する説明内容（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
			（スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の継続投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の前回投与時及び当該継続投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ② 本製剤と併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ③ 12週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	842600016	前回投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				842600017	前回投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600061	前回投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				842600018	継続投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				842600019	継続投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600062	継続投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600063	併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600064	併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の一日投与量（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
				830600065	12週を超えて継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）；******	
109	タグリッソ錠40mg タグリッソ錠80mg		（EGFR遺伝子変異陽性の手術不能又は再発非小細胞肺癌に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「EGFR遺伝子変異検査を実施すること。EGFR遺伝子変異検査の実施には、十分な経験を有する病理医又は検査施設において、承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」及び「他のEGFRチロシンキナーゼ阻害剤による治療歴を有し、病勢進行が確認されている患者では、EGFRT790M変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 （EGFR遺伝子変異陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法及びEGFR遺伝子変異陽性の切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「EGFR遺伝子変異検査を実施すること。EGFR遺伝子変異検査の実施には、十分な経験を有する病理医又は検査施設において、承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異検査の実施年月日を記載すること。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。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600261	FGFR2 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（タスフィゴ錠35mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600262	FGFR2 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タスフィゴ錠35mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
111	タズベリク錠200mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、EZH2 遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600049	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（タズベリク錠200mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600050	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タズベリク錠200mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
112	ダトロウェイ点滴静注用100mg		本製剤の効能・効果は「化学療法歴のあるホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから、ホルモン受容体陽性及びHER2陰性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	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 タフィンラーカプセル75mg タフィンラーカプセル小児用分散錠10mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600051	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（タフィンラーカプセル50mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600052	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タフィンラーカプセル50mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
114	タプレクタ錠150mg タプレクタ錠200mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600053	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（タプレクタ錠150mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600054	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（タプレクタ錠150mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
115	ターゼナカプセル0.25mg ターゼナカプセル1mg		（がん化学療法歴のあるBRCA遺伝子変異陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌） 効能又は効果に関連する注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、生殖細胞系列のBRCA遺伝子変異（病的変異又は病的変異疑い）を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600267	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ターゼナカプセル0.~~1~~2~~5~~mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
116	チャンビックス錠0．5mg 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） 「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）	

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
117	チラーヂンS静注液200μg		本製剤を甲状腺機能低下症の患者に投与する際は、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さない場合に限ること。 また、甲状腺機能低下症の患者に対する本製剤の投与開始に当たっては、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由を記載すること。	830600066	レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由（チラーヂンS静注液200μg）；******	
118	ティーエスワン配合顆粒T20 ティーエスワン配合顆粒T25 ティーエスワン配合OD錠T20 ティーエスワン配合OD錠T25 ティーエスワン配合カプセルT20 ティーエスワン配合カプセルT25		本製剤の用法及び用量において、「胃癌にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、頭頸部癌にはA法、非小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不能又は再発乳癌にはA法、膵癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること（「A法」から「F法」までのうち該当するものを記載）。	820600305	A法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600306	B法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600307	C法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600308	D法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600309	E法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
				820600310	F法（ティーエスワン配合顆粒T20等）	
119	ティブソボ錠250 mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、IDH1 遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、IDH1 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600268	IDH1 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ティブソボ錠250 mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600269	IDH1 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ティブソボ錠250 mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
120	テゼスパイア皮下注210mgシリンジ テゼスパイア皮下注210mgペン	気管支喘息	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。	820600534	気管支喘息（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600311	医師要件ア（テゼスパイア皮下注210mg）	
				820600312	医師要件イ（テゼスパイア皮下注210mg）	
				820600313	医師要件ウ（テゼスパイア皮下注210mg）	
			本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載）を記載すること。 ア 高用量吸入ステロイド薬（ICS）とその他の長期管理薬（長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。 イ 中用量ICSとその他の長期管理薬（長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬（成人のみ）、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤）を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。	820600314	患者要件ア（テゼスパイア皮下注210mg）	
				820600315	患者要件イ（テゼスパイア皮下注210mg）	
			（「患者要件イ」に該当する場合） 長時間作用性β2 刺激薬を併用することが困難であると判断した理由（小児のみ）又はICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由	830600257	長時間作用性β2 刺激薬を併用することが困難であると判断した理由（テゼスパイア皮下注210mg）；******	○
				830600193	ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由（テゼスパイア皮下注210mg）；******	
		鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1）本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨（「施設要件ア」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 2）次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ 既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・鼻閉重症度スコアが2（中等症）以上（4週間を超えて持続していること） ・鼻漏や嗅覚減少又は消失といった鼻茸の症状が8週間を超えて持続している 3）2）でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日。「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4）本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉重症度スコア及び鼻漏や嗅覚減少又は消失といった鼻茸の症状が継続している期間 ② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2）1）でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3）24週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	820600535	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600536	施設要件ア（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600537	患者の要件アに該当（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600538	患者の要件イに該当（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600539	患者の要件ウに該当（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				850600270	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日（テゼスパイア皮下注210mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				830600223	手術が適応とならないと判断した理由（テゼスパイア皮下注210mg）；******	○
				842600058	本製剤投与前における鼻茸スコア（テゼスパイア皮下注210mg）；******	○
				842600059	本製剤投与前における鼻閉重症度スコア（テゼスパイア皮下注210mg）；******	○
				830600224	本製剤投与前における鼻漏や嗅覚減少又は消失といった鼻茸の症状が継続している期間（テゼスパイア皮下注210mg）；******	○
				820600311	医師要件ア（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600312	医師要件イ（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				820600542	医師要件アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨（テゼスパイア皮下注210mg）	○
				842600060	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア（テゼスパイア皮下注210mg）；******	○
				842600061	本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア（テゼスパイア皮下注210mg）；******	○
				830600225	24週間を超えて投与することが必要かつ適切と判断した理由（テゼスパイア皮下注210mg）；******	○
121	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 （※は、切除不能な胞巣状軟部肉腫又は再発又は難治性の節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型に限る。） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院※、小児がん連携病院※など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600166	施設要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600188	施設要件イ（テセントリク点滴静注）	
				820600192	施設要件ウ（テセントリク点滴静注）	
				820600196	施設要件エ（テセントリク点滴静注）	
				820600199	施設要件オ（テセントリク点滴静注）	
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600543	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	

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
122	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載）記載すること。 ア カルボプラチン、パクリタキセル及びベバシズマブ（遺伝子組換え）との併用投与 イ 白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）及びペメトレキセドとの併用投与 ウ カルボプラチン及びパクリタキセル（アルブミン懸濁型）との併用投与	820600172	併用投与ア（テセントリク点滴静注）	
				820600175	併用投与イ（テセントリク点滴静注）	
				820600178	併用投与ウ（テセントリク点滴静注）	
			（本製剤を化学療法歴のないPD-L1 陽性（TC3 又はIC3）の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌患者に単独で投与する場合） EGFR遺伝子変異陰性、ALK融合遺伝子陰性及びPD-L1陽性（TC3又はIC3）を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600117	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600115	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600125	PD－L1陽性（TC3又はIC3）を確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
123	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	進展型小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600544	進展型小細胞肺癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
124	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	乳癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600545	乳癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
			PD-L1陽性、ホルモン受容体陰性及びHER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600141	PD－L1陽性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600142	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600143	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
125	テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な肝細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600546	切除不能な肝細胞癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
126	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	PD-L1陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600547	PD-L1陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	
			PD-L1陽性（PD-L1発現率が1％以上）を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600141	PD－L1陽性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600162	PD－L1発現率を確認した検査結果（発現率）（テセントリク点滴静注）；******	
127	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な胞巣状軟部肉腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の整形外科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、悪性軟部腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の小児がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600548	切除不能な胞巣状軟部肉腫（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	○
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	○
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	○
128	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	再発又は難治性の節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の小児血液及び小児がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600552	再発又は難治性の節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	○
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	○
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	○
129	テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な胸腺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、胸部悪性腫瘍のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、胸部悪性腫瘍のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	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） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料１、外来腫瘍化学療法診療料２又は外来腫瘍化学療法診療料３の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600560	施設要件ア（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600561	施設要件イ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600562	施設要件ウ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600563	施設要件エ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600564	施設要件オ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600565	医師要件ア（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600566	医師要件イ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600567	医師要件ウ（テビムブラ点滴静注100mg）	○

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
131	テプミトコ錠250mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600144	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(テプミトコ錠250mg)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600145	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(テプミトコ錠250mg)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
132	テムセルHS注		本品の警告において、「緊急時に十分対応できる医療施設において、造血幹細胞移植に関する十分な知識・経験を持つ医師のもとで、臨床検査による管理等の適切な対応がなされる体制下で本品を使用すること」、また、効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「ステロイド療法によっても十分な治療効果が得られない場合に使用すること」及び「本品の投与に際しては、急性GVHDの重症度等、「臨床成績」の項の内容を熟知し、本品の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、本品の使用が必要かつ有効と判断した理由を記載すること。	830600067	本品の使用が必要かつ有効と判断した理由(テムセルHS注)；******	
133	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ デュピクセント皮下注200mgペン	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2） 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」から「前治療要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 イ 小児アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ミディアムクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 なお、ミディアムクラスのステロイド外用薬で効果不十分の患者に対しては、本剤の投与を開始する前にストロングクラスのステロイド外用薬での治療も考慮すること。 ウ 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3） 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGA スコア イ 全身又は頭頸部の EASI スコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	820600568	アトピー性皮膚炎(デュピクセント皮下注)	○
				820600167	施設要件ア(デュピクセント皮下注)	
				820600189	施設要件イ(デュピクセント皮下注)	
				820600193	施設要件ウ(デュピクセント皮下注)	
				820600181	前治療要件ア(デュピクセント皮下注)	
				820600317	前治療要件イ(デュピクセント皮下注)	
				820600182	前治療要件ウ(デュピクセント皮下注)	
				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)；******	
134	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ デュピクセント皮下注200mgペン	気管支喘息	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 2） 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由(「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載) ア 高用量吸入ステロイド薬(ICS)とその他の長期管理薬(長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に1回以上きたしている。 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。 3） 2)で「患者要件イ」に該当する場合は、長時間作用性β2 刺激薬を併用することが困難であると判断した理由(小児のみ)又 はICS を当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由	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 デュピクセント皮下注300mgペン	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1） 本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨(「施設要件ア」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 2） 次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ 「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ 既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・ 内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・ 鼻閉重症度スコアが2(中等症)以上(8週間以上持続していること) ・ 嗅覚障害、鼻汁(前鼻漏／後鼻漏)等(8週間以上持続していること) 3） 2)でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日。「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4） 本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉重症度スコア及び嗅覚障害、鼻汁(前鼻漏／後鼻漏)等が継続している期間 ② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2） 1)でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3） 本製剤の継続投与前における各鼻腔の鼻茸スコア及び鼻閉重症度スコア 4） 24週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	820600570	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎(デュピクセント皮下注)	○
				820600167	施設要件ア(デュピクセント皮下注)	
				820600150	患者の要件アに該当(デュピクセント皮下注)	
				820600185	患者の要件イに該当(デュピクセント皮下注)	
				820600151	患者の要件ウに該当(デュピクセント皮下注)	
				850600132	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日(デュピクセント皮下注)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600108	手術が適応とならないと判断した理由(デュピクセント皮下注)；******	
				830600123	本製剤投与前における鼻茸スコア(デュピクセント皮下注)；******	
				830600124	本製剤投与前における鼻閉重症度スコア(デュピクセント皮下注)；******	
				830600125	本製剤投与前における鼻汁(前鼻漏／後鼻漏)等が継続している期間(デュピクセント皮下注)；******	
				820600142	医師要件ア(デュピクセント皮下注)	
				820600144	医師要件イ(デュピクセント皮下注)	
				820600143	医師要件アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨(デュピクセント皮下注)	
				830600126	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア(デュピクセント皮下注)；******	
				830600127	本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア(デュピクセント皮下注)；******	
				830600103	24週間を超えて投与することが必要かつ適切と判断した理由(デュピクセント皮下注)；******	
136	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン	既存治療で効果不十分な結節性痒疹	効能又は効果に関連する注意において、「「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景を十分に理解した上で、本剤はステロイド外用剤等による治療を施行しても、痒疹結節を主体とする病変が多発し、複数の部位に及ぶ患者に用いること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ア 既存治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間(既存治療として薬剤を使用していない場合はその理由) イ 投与開始時の痒疹結節数 ウ 投与開始時の病変部位 エ 投与開始時のそう痒スコア	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)；******	

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
				830600167	投与開始時の病変部位（デュピクセント皮下注）;******	
				842600029	投与開始時のそう痒スコア（デュピクセント皮下注）;******	
137	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ デュピクセント皮下注200mgペン	慢性閉塞性肺疾患	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、3年以上の慢性閉塞性肺疾患に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、3年以上の慢性閉塞性肺疾患に関連するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 2） 次に掲げるすべての項目の値 ア 気管支拡張薬投与後の予測1秒量に対する比率（%FEV1） イ 血中好酸球数 3） 長時間作用性抗コリン薬（以下、LAMA）、長時間作用性β2刺激薬（以下、LABA）及び吸入ステロイド薬（以下、ICS）の併用療法（ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABAの併用療法）による治療期間 4） 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載） ア 中等度の増悪を年2回以上（うち1回は全身性ステロイド薬の投与が必要であった）認め、このうち少なくとも1回の増悪はLAMA、LABA及びICS（ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABA）の併用中に発現している。 イ LAMA、LABA及びICS（ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABA）の併用中に重度の増悪を年1回以上認めている。 5） 禁煙、呼吸リハビリテーション等の非薬物療法に関する管理計画を作成した年月日 6） 上記5）の管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日 ② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1） 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。（「投与期間ア」から「投与期間ウ」までのうち該当するものを記載） ア 12週間未満 イ 12週間以上52週間未満 ウ 52週間以上 2） 本製剤投与中、（5）①の5）の管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日 3） 12週間及び52週間を目安に実施する肺機能及び健康状態の改善、急性増悪の発現状況等の確認を踏まえ、本剤投与の継続が必要と判断した理由	820600572	慢性閉塞性肺疾患（デュピクセント皮下注）	○
				820600167	施設要件ア（デュピクセント皮下注）	○
				820600189	施設要件イ（デュピクセント皮下注）	○
				842600062	気管支拡張薬投与後の予測1秒量に対する比率（%FEV1）（デュピクセント皮下注）;******	○
				842600063	血中好酸球数（デュピクセント皮下注）;******	○
				830600227	長時間作用性抗コリン薬（以下、LAMA）、長時間作用性β2刺激薬（以下、LABA）及び吸入ステロイド薬（以下、ICS）の併用療法（ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABAの併用療法）による治療期間（デュピクセント皮下注）;******	○
				820600153	患者要件ア（デュピクセント皮下注）	○
				820600155	患者要件イ（デュピクセント皮下注）	○
				850600271	禁煙、呼吸リハビリテーション等の非薬物療法に関する管理計画を作成した年月日（デュピクセント皮下注）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600272	管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日（初回投与）（デュピクセント皮下注）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				820600599	投与期間ア（デュピクセント皮下注）	○
				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）（デュピクセント皮下注）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600231	本剤投与の継続が必要と判断した理由（デュピクセント皮下注）	○
138	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン	中等症から重症の水疱性類天疱瘡	効能又は効果に関連する注意において、「最新の国内診療ガイドラインを参考に、全身性ステロイド薬の投与が必要な中等症から重症の水疱性類天疱瘡患者に対して本剤を投与すること。」及び「本剤の適用に先立ち、全身性ステロイド薬単独による治療の実施も考慮すること。患者の症状や状態に応じて、全身性ステロイド薬単独による治療を行わず、本剤と全身性ステロイド薬の併用による治療を開始する場合は、最新の国内診療ガイドライン等を参照の上で、本剤の投与の必要性を慎重に判断すること。」、用法及び用量に関連する注意において「本剤は全身性ステロイド薬と併用で投与を開始すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 疾患重症度 イ 本製剤の適用に先立ち実施した全身性ステロイド薬の品名（全身性ステロイド薬単独による治療を行わず、本製剤と全身性ステロイド薬の併用による治療を開始する場合は、その理由） ウ 本製剤と併用する全身性ステロイド薬の品名	842600064	疾患重症度（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）;******	○
				830600232	適用に先立ち実施した全身性ステロイド薬の品名（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）;******	○
				830600233	全身性ステロイド薬単独による治療を行わず、全身性ステロイド薬の併用による治療を開始理由（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）;******	○
				830600234	併用する全身性ステロイド薬の品名（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）;******	○
139	デリタクト注		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 特定機能病院 イ 大学附属病院本院（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。） ウ 悪性神経膠腫手術の年間症例数が30例以上ある施設 エ 本品に係る治験の実施施設、又はこれと同等の施設体制を有し本品に係る治験責任医師又は治験分担医師が常勤する施設（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。） ② 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを全て記載。最適使用推進ガイドラインにおいて、次に掲げる医師の要件のすべてに該当する医師を配置することとされている。） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の脳神経外科学の臨床研修を行っており、うち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験があること。 イ 脳腫瘍に関する十分な臨床経験（計 30 例以上）があること。 ウ ナビゲーション下生検術を含む定位脳手術の実績が5例以上あること。 ③ 放射線治療及びテモゾロミドの治療歴のある患者である旨	820600067	施設要件ア（デリタクト注）	
				820600068	施設要件イ（デリタクト注）	
				820600069	施設要件ウ（デリタクト注）	
				820600070	施設要件エ（デリタクト注）	
				820600071	医師要件ア（デリタクト注）	
				820600072	医師要件イ（デリタクト注）	
				820600073	医師要件ウ（デリタクト注）	
				820600074	放射線治療歴のある患者（デリタクト注）	
				820600075	テモゾロミド治療歴のある患者（デリタクト注）	
140	ドプテレット錠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（ドプテレット錠20mg）;******	
				850600185	観血的手技の実施予定年月日（ドプテレット錠20mg）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
141	トルカプ錠160mg トルカプ錠200mg		本製剤の効能又は効果は「内分泌療法後に増悪したPIK3CA、AKT1又はPTEN遺伝子変異を有するホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2陰性及びPIK3CA、AKT1又はPTEN遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600274	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600275	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600276	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600277	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600278	PIK3CA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600279	PIK3CA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600280	AKT1遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600281	AKT1遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600282	PTEN遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600283	PTEN遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
142	トルツ皮下注80mgオートインジェクター	尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	12週以降において、2週間隔で投与する場合、2週間隔で投与することが適切と判断した理由を記載すること。	830600068	12週以降、2週間隔で投与することが適切と判断した理由（トルツ皮下注80mgオートインジェクター~~等~~）;******	
143	トロデルビ点滴静注用200mg		① 本製剤の効能又は効果は「化学療法歴のあるホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「化学療法歴のあるホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから、HER2陰性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600284	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（トロデルビ点滴静注用200mg）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600285	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トロデルビ点滴静注用200mg）;（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○

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
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Ⅱ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 ニコチネルTTS20 ニコチネルTTS30		（ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合） 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」した旨を記載すること。	820600076	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方（ニコチネルTTS10等）	
146	ニューモバックスNPシリンジ		（スチムリマブ（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） スチムリマブ（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チムリマブ（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	スチムリマブ（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	スチムリマブ（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。 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″	○
148	ヌーカラ皮下注100mg ペン ヌーカラ皮下注100mg シリンジ	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	①本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1）本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨（「施設要件ア」と記載） 2）次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア　慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ　既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・ 内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・ 鼻閉の VAS 重症度スコアが5を超える（4週間以上持続していること） ・「鼻づまり／鼻閉塞感／鼻閉」又は「鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）」のいずれかを有し、さらに「顔面痛／顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」の計2つ以上の症状を有する（12 週間以上持続していること） ・ 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。）撮影で篩骨洞ニ上顎洞の陰影が認められている又は気管支喘息、アスピリン不耐性若しくは非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）不耐性を合併している ・ 血中好酸球数が2～5%の場合は、CT で篩骨洞ニ上顎洞の陰影が認められ、かつ気管支喘息、アスピリン不耐性若しくは非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）不耐性を合併している 3）2）でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日。「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4）本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉の VAS 重症度スコア並びに「鼻づまり／鼻閉塞感／鼻閉」又は「鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）」及び「顔面痛／顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」が継続している期間 ②本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2）1）でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3）24 週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	820600578	施設要件ア（ヌーカラ皮下注）	○
				820600579	患者の要件アに該当（ヌーカラ皮下注）	○
				820600580	患者の要件イに該当（ヌーカラ皮下注）	○
				820600581	患者の要件ウに該当（ヌーカラ皮下注）	○
				850600288	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日（ヌーカラ皮下注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				830600235	慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならないと判断した理由（ヌーカラ皮下注）；******	○
				842600066	本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア（ヌーカラ皮下注）；******	○
				842600067	本製剤投与前における鼻閉のVAS 重症度スコア（ヌーカラ皮下注）；******	○
				830600236	本製剤投与前における「鼻づまり／鼻閉塞感／鼻閉」又は「鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）が継続している期間（ヌーカラ皮下注）；******	○
				830600237	本製剤投与前における「顔面痛／顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」が継続している期間（ヌーカラ皮下注）；******	○
				820600582	医師要件ア（ヌーカラ皮下注）	○
				820600583	医師要件イ（ヌーカラ皮下注）	○
				820600584	医師要件アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨（ヌーカラ皮下注）	○
				842600068	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア（ヌーカラ皮下注）；******	○
				842600069	本製剤の継続投与前における鼻閉のVAS 重症度スコア（ヌーカラ皮下注）；******	○
				830600238	24週間を超えて本製剤を継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由（継続投与）（ヌーカラ皮下注）；******	○
149	ノーモサング点滴静注250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤による急性発作の予防効果は確認されていないことから、予防的には使用しないこと。」とされているので、予防的に使用した場合には算定できないものであること。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、発作時の使用である旨を記載すること。	820600077	発作時の使用（ノーモサング点滴静注250mg）	
150	ノボセブンHI静注用1mg　シリンジ ノボセブンHI静注用2mg　シリンジ ノボセブンHI静注用5mg　シリンジ		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第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。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600289	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（ハイイータン錠50mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600290	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ハイイータン錠50mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
152	バージェタ点滴静注420mg／14mL	結腸・直腸癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2 陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600188	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（バージェタ点滴静注420mg／14mL）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600189	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（バージェタ点滴静注420mg／14mL）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
153	ハーセプチン注射用150 ハーセプチン注射用60 ~~トラスツズマブBS点滴静注用150mg「CTH」~~ トラスツズマブBS点滴静注用150mg「NK」 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「ファイザー」 ~~トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」~~ トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」		ハーセプチン注射用60、ハーセプチン注射用150 HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600057	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（ハーセプチン注射用60等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600058	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ハーセプチン注射用60等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「NK」、同 150mg「NK」~~、同 60mg「CTH」及び同 150mg「CTH」~~ 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600059	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600060	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				~~850600061~~	~~HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″~~	
				~~850600062~~	~~HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″~~	
			~~トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「第一三共」及び同 150mg「第一三共」~~ ~~本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。~~	~~850600063~~	~~HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″~~	
				~~850600064~~	~~HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″~~	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「ファイザー」及び同 150mg「ファイザー」 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600065	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600066	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			以下の事項を記載すること。 ①　投与を行う医師に係る要件として次に掲げるもののうち、該当するもの（「投与医要件ア」又は「投与医要件イ」と記載） ア　泌尿器科について5年以上の経験を有する医師 イ　ア以外で、特段の理由がある場合 ②　上記①イに該当する場合、当該理由	820600318	投与医要件ア（バイアグラ錠25mg等）	
				820600319	投与医要件イ（バイアグラ錠25mg等）	
				830600169	投与医要件イに該当する理由（バイアグラ錠25mg等）；******	

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
154	バイアグラ錠25mg バイアグラ錠50mg バイアグラODフィルム25mg バイアグラODフィルム50mg シアリス錠5mg シアリス錠10mg シアリス錠20mg	勃起不全による男性不妊の治療を目的として一般不妊治療におけるタイミング法において用いる場合	以下の事項を記載すること。 ① 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者又はそのパートナーのいずれであるか ② 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（投与する保険医療機関と同一である場合には省略しても差し支えない。） ③ 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（投与日から遡って6か月以内に限る。）	820600320	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者（バイアグラ錠25mg等）	
				820600321	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者のパートナー（バイアグラ錠25mg等）	
				830600170	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（バイアグラ錠25mg等）；******	
				850600190	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（バイアグラ錠25mg等）；（元号）yy″年″mm″月″	
			（6か月を超えて投与を継続する場合） 継続の必要性を改めて検討し、必要と判断した理由及び初回投与の年月を記載すること。	830600171	6か月を超えて投与を継続する必要と判断した理由（バイアグラ錠25mg等）；******	
				850600191	初回投与の年月（バイアグラ錠25mg等）；（元号）yy″年″mm″月″	
155	バイクロット配合静注用 バイクロット配合静注用2.5mL バイクロット配合静注用5mL バイクロット配合静注用10mL		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第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） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本品を用いた治療の責任者として、次に掲げる要件をすべて満たす医師が配置されている施設である旨（「施設要件ア～エ」と記載） ア 日本皮膚科学会専門医の資格を有すること イ 表皮水疱症の診療に必要な学識・技術を習得していること ウ 製造販売業者による本品の適正使用に関する講習を受講していること エ 「遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律」（以下、「カルタヘナ法」という。）を十分に理解し、施設内における第一種使用規定に従った取扱いが行えること ② 患者又は患者家族が在宅で投与を行う場合は、投与者がカルタヘナ法遵守に関する説明及び本品の投与に関するトレーニングを受け、在宅でも適切な手技を実施可能であることを確認した年月日	820600585	施設要件ア（バイジュベックゲル）	○
				820600586	施設要件イ（バイジュベックゲル）	○
				820600587	施設要件ウ（バイジュベックゲル）	○
				820600588	施設要件エ（バイジュベックゲル）	○
				850600291	在宅でも適切な手技を実施可能であることを確認した年月日（投与開始）（バイジュベックゲル）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
			（本製剤の継続投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本製品による治療効果を確認した直近の年月日 ② 患者又は患者家族が在宅で投与を行う場合は、投与者が在宅での投与を適切に実施できていることを確認した直近の年月日	850600292	本製品による治療効果を確認した直近の年月日（継続投与）（バイジュベックゲル）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600293	在宅での投与を適切に実施できていることを確認した直近の年月日（継続投与）（バイジュベックゲル）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
157	バクスミー点鼻粉末剤3mg		1回2瓶以上処方する場合は、複数必要と判断した理由を記載すること。	830600069	1回2瓶以上必要と判断した理由（バクスミー点鼻粉末剤3mg）；******	
158	バクトロバン鼻腔用軟膏2%		易感染患者から隔離することが困難な入院患者に対する使用に当たっては、やむを得ず、二名以下の患者が収容されている病室にMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）とともに入院している者に対して使用した場合に限り算定できるものであること。 その場合、易感染患者から隔離することが困難な入院患者の使用に係る薬剤はMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の分として算定し、MRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の診療報酬明細書に易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与した旨を記載すること。	820600078	易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与（バクトロバン鼻腔用軟膏2%）	
159	パベンチオ点滴静注200mg	メルケル細胞癌	次の事項を記載すること。 1） 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
160	パベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の治療	次の事項を記載すること。 1） 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
161	パベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能な尿路上皮癌における化学療法後の維持療法の治療	次の事項を記載すること。 1） 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	

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
162	バルバーサ錠3mg バルバーサ錠4mg バルバーサ錠5mg		① 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。 ② 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「PD-1/PD-L1阻害剤による治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。」とされているので、本製剤をPD-1/PD-L1阻害剤による治療歴のない患者に投与する場合は、本製剤を投与することとした理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	850600294	FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を確認した遺伝子検査の実施年月日(バルバーサ錠3mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600295	FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を確認した遺伝子検査の実施年月日(初回投与)(バルバーサ錠3mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600239	PD－1／PD－L1阻害剤による治療歴のない患者に投与する理由(バルバーサ錠3mg等);******	○
163	ビヨントラ錠400mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR 遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mm を超えること ウ 病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと	820600589	患者要件ア(ビヨントラ錠400mg)	○
				820600590	患者要件イ(ビヨントラ錠400mg)	○
				820600591	患者要件ウ(ビヨントラ錠400mg)	○
				830600240	TTR遺伝子検査で病的変異の有無(ビヨントラ錠400mg);******	○
164	ピラフトビカブセル50mg ピラフトビカブセル75mg	共通	本製剤の効能・効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600067	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ピラフトビカブセル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)(ピラフトビカブセル50mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
		BRAF遺伝子変異を有する治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	(がん化学療法後に増悪した患者に対して本剤を投与する場合) 本製剤の用法・用量に関連する注意において、「併用する他の抗悪性腫瘍剤の選択に際しては、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、関連学会の最新のガイドライン等を参考にした上で、患者の状態に応じて、ビニメチニブの併用の必要性を判断すること。」とされているので、本剤とビニメチニブを併用する場合には、関連学会の最新のガイドライン等を踏まえ、併用する理由を記載すること。その場合は、併用が必要とした判断に用いた情報(ECOG PS、転移臓器数、CRP 値等)を具体的に記載すること。	830600070	ビニメチニブを併用する理由(ピラフトビカブセル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。 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 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。 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	ピンダケルカプセル20mg	トランスサイレチン型心アミロイドーシス(野生型及び変異型)	本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mm を超えること ウ 病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと	820600087	患者要件ア(ピンダケルカプセル20mg)	
				820600088	患者要件イ(ピンダケルカプセル20mg)	
				820600592	患者要件ウ(ピンダケルカプセル20mg)	○
				830600241	TTR遺伝子検査で病的変異の有無(ピンダケルカプセル20mg);******	○
168	ピンマックカプセル61mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ 病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと	820600089	患者要件ア(ピンマックカプセル61mg)	
				820600090	患者要件イ(ピンマックカプセル61mg)	
				820600593	患者要件ウ(ピンマックカプセル61mg)	○
				830600242	TTR遺伝子検査で病的変異の有無(ピンマックカプセル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 フェスゴ配合皮下注 IN		(HER2陽性の乳癌に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「HER2陽性の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 (がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600192	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(フェスゴ配合皮下注MA等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600193	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(フェスゴ配合皮下注MA等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
173	フォシーガ錠5mg フォシーガ錠10mg	慢性腎臓病	効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが25mL/min/1.73m2未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景(原疾患、併用薬、腎機能等)を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等(eGFRの値を含む。)を記載すること。	830600074	適応患者であると判断した理由(フォシーガ錠5mg等);******	
				830600075	判断に用いた指標の値等(eGFRの値を含む。)(フォシーガ錠5mg等);******	
174	ブルヴィクト静注		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「承認された診断用医薬品を用いた検査により、PSMA 陽性病変を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600300	PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日(ブルヴィクト静注);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600301	PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日(初回投与)(ブルヴィクト静注);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
			本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「臨床試験に組み入れられた患者の治療歴等について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、タキサン系抗悪性腫瘍剤の適応となる患者においては、タキサン系抗悪性腫瘍剤による治療の実施についても慎重に検討し、適応患者の選択を行うこと。」及び「アビラテロン、エンザルタミド、アパルタミド又はダロルタミドによる治療歴のない患者における有効性及び安全性は確立していない。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由及び前立腺癌に対する薬物治療歴を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	830600245	投与が必要と判断した理由(ブルヴィクト静注);******	○
				830600246	前立腺癌に対する薬物治療歴(ブルヴィクト静注);******	○
175	ブレヤンジ静注		本製品の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載) ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリー1)を有する施設 イ 認定カテゴリー1 に準ずる診療科(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科)を有する施設	820600105	施設要件ア(ブレヤンジ静注)	
				820600106	施設要件イ(ブレヤンジ静注)	

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 ベイスンOD錠0．2 ボグリボースODフィルム0．2「QQ」 ボグリボースOD錠0．2mg「ケミファ」 ボグリボースOD錠0．2mg「サワイ」 ボグリボースOD錠0．2mg「タカタ」 ボグリボースOD錠0．2mg「トーワ」 ボグリボースOD錠0．2mg「日医工」 ボグリボースOD錠0．2mg「武田テバ」 ボグリボースOD錠0．2mg「杏林」 ボグリボース錠0．2mg「NP」 ボグリボース錠0．2mg「NS」 ボグリボース錠0．2mg「TCK」 ボグリボース錠0．2mg「YD」 ボグリボース錠0．2mg「サワイ」 ボグリボース錠0．2mg「トーワ」 ボグリボース錠0．2mg「杏林」 ボグリボース錠0．2mg「日医工」 ボグリボース錠0．2mg「武田テバ」	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 ページニオ錠100mg 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。 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	ペ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（ペ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）（ペスポンサ点滴静注用1mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
179	ベマジール錠4．5mg	がん化学療法後に増悪したFGFR2融合遺伝子陽性の治癒切除不能な胆道癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600080	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（ベマジール錠4．5mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600081	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベマジール錠4．5mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		FGFR1融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座が確認され、FGFR1融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍と診断された患者に投与すること。」とされているので、染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600194	8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日（ベマジール錠4．5mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600195	8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベマジール錠4．5mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
180	ヘムライブラ皮下注12mg ヘムライブラ皮下注30mg ヘムライブラ皮下注60mg ヘムライブラ皮下注90mg ヘムライブラ皮下注105mg ヘムライブラ皮下注150mg		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅷ因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビターカ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	インヒビターカ価測定年月日（ヘムライブラ皮下注12mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
181	ベリキューボ錠2．5mg ベリキューボ錠5mg ベリキューボ錠10mg		効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の保たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載すること。 なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600082	左室駆出率の計測年月日（ベリキューボ錠2．5mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600083	左室駆出率の値（ベリキューボ錠2．5mg等）；******	
				~~830600206~~ 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。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600303	HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ヘルネクシオス錠60mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600304	HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ヘルネクシオス錠60mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
183	ボイデヤ錠50mg		本製剤の効能又は効果に関連する使用上の注意において、「補体（C5）阻害剤による適切な治療を行っても十分な効果が得られない場合に、補体（C5）阻害剤と併用して投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用している薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600247	治療として使用していた薬剤の品名（ボイデヤ錠50mg）；******	○
				830600248	治療として使用していた薬剤の使用期間（ボイデヤ錠50mg）；******	○
184	ポテリジオ点滴静注20mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「CCR4陽性の成人 T細胞白血病リンパ腫（ATL）、再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫（PTCL）の場合、CCR4抗原は、フローサイトメトリー（FCM）又は免疫組織化学染色（IHC）法により検査を行い、陽性であることが確認されている患者のみに投与すること。」とされているので、CCR4陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600083	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日（ポテリジオ点滴静注20mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600084	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ポテリジオ点滴静注20mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
185	ミカトリオ配合錠		本製剤へ切り替えに当たっては、次の事項を切り替えた月に記載すること。 （1）テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mg の併用療法として使用していた品名及び使用期間 （2）テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mg の併用療法において、安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日	830600085	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12．5mgの併用療法として使用していた品名（ミカトリオ配合錠）；******	
				830600086	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12．5mgの併用療法として使用していた使用期間（ミカトリオ配合錠）；******	
				830600131	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値（ミカトリオ配合錠）；******	
				850600151	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定実施年月日（ミカトリオ配合錠）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨	820600322	医師要件ア（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）	
				820600323	医師要件イ（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）	
				820600324	医師要件ウ（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）	
				830600172	ステロイド外用薬（ストロングクラス以上）又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				830600173	4週間未満又は行っていない場合はその理由（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				830600174	抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	
				830600175	2週間未満又は行っていない場合はその理由（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；******	

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 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	床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2） 本剤投与前の治療の状況 ア 6歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前にステロイド外用薬（ストロングクラス以上）又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間（4週間未満又は行っていない場合はその理由） イ 6歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前に抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間（2週間未満又は行っていない場合はその理由） 3） 13歳以上のアトピー性皮膚炎患者に投与する場合、疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、ア及びイについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載すること。 ア そう痒VAS 又はそう痒NRS イ かゆみスコア ウ EASIスコア 4） 6歳以上13歳未満のアトピー性皮膚炎患者に投与する場合、疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、アについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載すること。 ア かゆみスコア イ EASIスコア	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。 ア 既存治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間（既存治療として薬剤を使用していない場合はその理由） イ 投与開始時の痒疹結節数 ウ 投与開始時の病変部位 エ 投与開始時のそう痒スコア	830600249	既存治療として使用していた薬剤の品名（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；******	○
				830600250	既存治療として使用していた薬剤の使用期間（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；******	○
				830600251	既存治療として薬剤を使用していない理由（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；******	○
				842600070	投与開始時の痒疹結節数（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）；******	○
				830600252	投与開始時の病変部位（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）；******	○
				842600071	投与開始時のそう痒スコア（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）；******	○
188	ムルプレタ錠3mg		本製剤の使用上の注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臓器切除を伴う観血的手技の場合は、本剤の投与を避けること。」とされていることから、このような症例には使用しないこと。また、観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600087	観血的手技の名称（ムルプレタ錠3mg）；******	
				850600085	観血的手技の実施予定年月日（ムルプレタ錠3mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
189	メキニスト錠0．5mg メキニスト錠2mg	BRAF 遺伝子変異を有する悪性黒色腫 BRAF 遺伝子変異を有する切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 標準的な治療が困難なBRAF 遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍（結腸・直腸癌 を除く） BRAF 遺伝子変異を有する再発又は難治性の有毛細胞白血病	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600086	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（メキニスト錠0．5mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0．5mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
190	メキニスト小児用ドライシロップ4.7mg	標準的な治療が困難なBRAF遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍（結腸・直腸癌を除く） BRAF 遺伝子変異を有する低悪性度神経膠腫	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0．5mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
191	メクトビ錠15mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（メクトビ錠15mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600089	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メクトビ錠15mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
192	メンクアッドフィ筋注		本製剤は、エクリズマブ（遺伝子組換え）、ラブリズマブ（遺伝子組換え）、スチムリマブ（遺伝子組換え）、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″	
				850600306	ダニコパン投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600307	ダニコパン投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600308	クロバリマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600309	クロバリマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600310	イプタコパン塩酸塩水和物投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600311	イプタコパン塩酸塩水和物投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○

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
193	モノヴァー静注500mg モノヴァー静注1000mg		本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/dL以上の場合、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600195	投与前の血中Hb値（モノヴァー静注500mg等）；******	
				830600176	投与が必要と判断した理由（モノヴァー静注500mg等）；******	
194	ヨビパス皮下注168μgペン ヨビパス皮下注294μgペン ヨビパス皮下注420μgペン		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「活性型ビタミンD製剤やカルシウム剤による治療を受けている患者に対して、本剤の投与を検討すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600253	治療として使用していた薬剤の品名（ヨビパス皮下注168μgペン等）；******	○
				830600254	治療として使用していた薬剤の使用期間（ヨビパス皮下注168μgペン等）；******	○
195	ライアットMIBG－I131静注		本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治癒切除不能な褐色細胞腫・パラガングリオーマ」及び「MIBG集積陽性の神経芽腫」であり、MIBG集積陽性が確認された患者が対象であることから、MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600094	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日（ライアットMIBG－I131静注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600095	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ライアットMIBG－I131静注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
196	ライブリバント点滴静注350mg	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に用いる場合	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、EGFR遺伝子エクソン20挿入変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600312	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日（ライブリバント点滴静注350mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600313	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ライブリバント点滴静注350mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
		EGFR遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に用いる場合	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600314	EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）陽性を確認した検査の実施年月日（ライブリバント点滴静注350mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600315	EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ライブリバント点滴静注350mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
197	ラズクルーズ錠80mg ラズクルーズ錠240mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600316	EGFR 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ラズクルーズ錠80mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600317	EGFR 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ラズクルーズ錠80mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
198	ラピフォートワイプ2．5%		本製剤の投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）を記載すること。	842600040	多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）（ラピフォートワイプ2．5%）；******	
199	リツキサン点滴静注100mg リツキサン点滴静注500mg	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫、CD20陽性の慢性リンパ性白血病及び免疫抑制状態下の CD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600096	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキサン点滴静注100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600097	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキサン点滴静注100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
	リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KHK」	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600152	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
	リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」 リツキシマブBS点滴静注500mg「ファイザー」	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600099	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600100	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
200	リットフーロカプセル50mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6ヵ月程度毛髪に自然再生が認められない患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、頭部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪の自然再生が認められていない期間を記載すること。	830600177	頭部全体に占める脱毛部位の割合（リットフーロカプセル50mg）；******	
				830600178	毛髪の自然再生が認められていない期間（リットフーロカプセル50mg）；******	
201	リトゴビ錠4mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600212	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（リトゴビ錠4mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600213	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リトゴビ錠4mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
202	リフヌア錠45mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「最新のガイドライン等を参考に、慢性咳嗽の原因となる病歴、職業、環境要因、臨床検査結果等を含めた包括的な診断に基づく十分な治療を行っても咳嗽が継続する場合に使用を考慮すること。」とされていることを踏まえ、投与開始に当たっては、難治性の慢性咳嗽であると判断した理由を記載すること。	830600179	難治性の慢性咳嗽であると判断した理由（リフヌア錠45mg）；******	
203	リブタヨ点滴静注350mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ　特定機能病院 ウ　都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ　外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600325	施設要件ア（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600326	施設要件イ（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600327	施設要件ウ（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600328	施設要件エ（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600329	施設要件オ（リブタヨ点滴静注350mg）	
		がん化学療法後に増悪した進行又は再発の子宮頸癌の治療	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600330	医師要件ア（リブタヨ点滴静注350mg）	
				820600331	医師要件イ（リブタヨ点滴静注350mg）	
		切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌の治療	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 本剤を単独で投与する場合、PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率） 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載） ア　白金製剤（カルボプラチン又はシスプラチン）及びパクリタキセルとの併用投与 イ　白金製剤（カルボプラチン又はシスプラチン）及びペメトレキセドナトリウムとの併用投与	820600330	医師要件ア（リブタヨ点滴静注350mg）	○
				820600331	医師要件イ（リブタヨ点滴静注350mg）	○
				850600318	PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日（リブタヨ点滴静注350mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				842600085	PD-L1陽性を確認した検査の検査結果（発現率）（リブタヨ点滴静注350mg）；******	○
				820600596	併用投与ア（リブタヨ点滴静注350mg）	○
				820600597	併用投与イ（リブタヨ点滴静注350mg）	○
204	リベルサス錠3mg リベルサス錠7mg リベルサス錠14mg		他の経口血糖降下薬を投与していない患者に本剤を投与する場合は、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600088	他の経口血糖降下薬を投与していない患者に投与が必要と判断した理由（リベルサス錠3mg等）；******	

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
205	リムパーザ錠100mg リムパーザ錠150mg	ア「BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌における初回化学療法後の維持療法」、イ「がん化学療法歴のあるBRCA遺伝子変異陽性かつ HER2 陰性の手術不能又は再発乳癌」、ウ「BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌」、エ「BRCA遺伝子変異陽性の治癒切除不能な膵癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」又はオ「BRCA遺伝子変異陽性の治癒切除不能な膵癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」	効能又は効果に関連する使用上の注意において、ア、ウ、エ及びオの場合「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、BRCA遺伝子変異を有することが確認された患者に投与すること。」、イの場合「承認された体外診断薬等を用いた検査により、生殖細胞系列のBRCA遺伝子変異（病的変異又は病的変異疑い）を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600101	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（リムパーザ錠100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600102	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		相同組換え修復欠損を有する卵巣癌におけるベバシズマブ（遺伝子組換え）を含む初回化学療法後の維持療法	効能又は効果に関連する使用上の注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600103	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（リムパーザ錠100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600104	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		ミスマッチ修復機能正常（pMMR）の進行・再発の子宮体癌におけるデュルバルマブ（遺伝子組換え）を含む化学療法後の維持療法	効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、pMMRが確認された患者に投与すること。」とされているのでミスマッチ修復機能正常（pMMR）を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600319	ミスマッチ修復機能正常（pMMR）を確認した検査の実施年月日（リムパーザ錠100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600320	ミスマッチ修復機能正常（pMMR）を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
206	リンヴォック錠7．5mg リンヴォック錠15mg リンヴォック錠30mg	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2）本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3）疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%） 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「適切な検査によりヰ分な生存網膜細胞を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ・RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日 ・生存網膜細胞を確認した検査方法及び検査の実施年月日	850600214	RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日（ルクスターナ注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600180	生存網膜細胞を確認した検査方法（ルクスターナ注）；******	
				850600215	生存網膜細胞を確認した検査の実施年月日（ルクスターナ注）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
208	ルマケラス錠120mg	がん化学療法後に増悪したKRAS G12C変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、KRAS G12C変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600216	KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日（ルマケラス錠120mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600217	KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ルマケラス錠120mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		がん化学療法後に増悪したKRAS G12C変異陽性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	820600598	フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴を有する患者（ルマケラス錠120mg）	○
209	レクビオ皮下注300mgシリンジ		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 ① 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 ② 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 ③ 食事療法を行っている旨及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ④ HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 ⑤ 本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用の既往等によりHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者）に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 ⑥ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか（「リスク因子ア」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載）。 ア 冠動脈疾患（安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ アテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む）の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 ⑦ 家族性高コレステロール血症以外の患者で、⑥の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600332	施設要件ア（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600333	施設要件イ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600181	本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値（レクビオ皮下注300mgシリンジ）；******	
				850600218	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レクビオ皮下注300mgシリンジ）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				820600334	食事療養を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600335	運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600336	運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600182	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レクビオ皮下注300mgシリンジ）；******	
				830600183	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名の1日投与量（レクビオ皮下注300mgシリンジ）；******	
				820600337	最大耐用量である（1日投与量が最大用量でない場合）（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600184	使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由（レクビオ皮下注300mgシリンジ）；******	
				820600338	リスク因子ア（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600339	リスク因子イ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600340	リスク因子ウ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600341	リスク因子エ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600342	リスク因子オ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600343	リスク因子カ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600185	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間（レクビオ皮下注300mgシリンジ）；******	

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2回目の投与の場合） 次に掲げるすべての項目を記載すること。 ア 直近のLDL－コレステロールの検査値及び検査年月日 イ LDL－コレステロール及び患者の状態等を踏まえ、投与継続が可能と判断した理由	830600186	直近のLDL－コレステロールの検査値（レクビオ皮下注300mgシリンジ）；******	
				850600218	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レクビオ皮下注300mgシリンジ）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600187	投与継続が可能と判断した理由（レクビオ皮下注300mgシリンジ）；******	
210	レケンビ点滴静注200mg レケンビ点滴静注500mg		（本製剤を最初に投与した場合） 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者 イ 以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者 ・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者 ・ 本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者 ウ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能であることが確認された患者 ② 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日 ア 認知機能評価 MMSEスコア イ 臨床認知症尺度 CDR全般スコア ③ 次に掲げる検査のうち、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）、実施年月日及び検査実施施設名 エ アミロイドPET オ 脳脊髄液（CSF）検査 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 日本神経学会の専門医 イ 日本老年医学会の専門医 ウ 日本精神神経学会の専門医 エ 日本脳神経外科学会の専門医 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件オ」から「医師要件ク」までのうち該当するものを記載） オ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること カ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること キ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること ク 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること ⑥ 次に掲げる項目のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 以下のⅠからⅦをすべて満たす施設である。 イ 以下のⅠからⅦをすべて満たす施設でない。 （項目） Ⅰ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っていること Ⅱ 認知機能のスコア評価（MMSEスコア）及び臨床認知症尺度（CDR全般スコア）が実施可能な者が配置されていること Ⅲ 同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能であること Ⅳ 上記の④及び⑤に該当する、常勤医師が複数名配置されていること Ⅴ CDR全般スコア評価に精通し、一定以上の評価経験を有する医療従事者がいること Ⅵ ARIAのリスク管理に必要な知識を有し、かつ、MRI読影に関する医療従事者向け研修を受講した、ARIAの鑑別を含むMRI読影が適切に行える常勤医が1名以上いること Ⅶ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること Ⅷ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できる施設であること	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）	
			（投与開始後6か月以降の投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の投与施設（「施設要件ウ」又は「施設要件エ」と記載）及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 ウ 初回投与施設（初回投与施設と同一の施設） エ 連携施設（初回投与施設と連携している施設） ② 次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与施設に該当するもの（「施設要件オ」と記載） オ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できること ③ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ケ」から「医師要件シ」までのうち該当するものを記載） ケ 日本神経学会の専門医 コ 日本老年医学会の専門医 サ 日本精神神経学会の専門医 シ 日本脳神経外科学会の専門医 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ス」～「医師要件タ」までのうち該当するものを記載） ス 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること セ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること ソ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること タ 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していこ と	820600359	施設要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600360	施設要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				830600190	連携施設名（施設要件エに該当））（レケンビ点滴静注200mg等）；******	
				830600191	連携施設の所在地（施設要件エに該当））（レケンビ点滴静注200mg等）；******	
				820600361	施設要件オ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600362	医師要件ケ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600363	医師要件コ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600364	医師要件サ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600365	医師要件シ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600366	医師要件ス（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600367	医師要件セ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600368	医師要件ソ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600369	医師要件タ（レケンビ点滴静注200mg等）	
			（継続投与の場合） 次の事項を摘要欄に記載すること。 なお、本製剤は、初回投与後6か月までは、初回投与施設で投与すること。 ① 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ② 本製剤投与中、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直近の年月日 ③ 本製剤投与中、MRI検査を受けた直近の年月日	842600043	初回投与から起算しての週数（レケンビ点滴静注200mg等）；******	
				850600223	臨床症状の評価を実施した直近の年月日（レケンビ点滴静注200mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600224	MRI検査を受けた直近の年月日（レケンビ点滴静注200mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				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）	

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
			（初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本剤投与の継続が必要と判断した理由（CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を踏まえた有効性の観点、並びにARIAの有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を含めて具体的に記載すること） ② 本剤の最適使用推進ガイドラインにおいて「中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された場合、中等度以降に進行した患者に投与を継続したときの有効性が確立していないことから、本剤の投与を中止し、再評価を行うこと。」とされていることから、中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果として（2）の①～②及び投与継続を判断した理由（上記①と同様に具体的に記載すること）	820600345	患者要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600346	患者要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				842600041	認知機能評価MMSEスコア（レケンビ点滴静注200mg等）；******	
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等)；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア（レケンビ点滴静注200mg等）；******	
				850600220	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
211	レットヴィモカプセル40mg レットヴィモカプセル80mg レットヴィモ錠40mg 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"	
212	レパーサ皮下注140mgペン		次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1） 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 2） 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 3） 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 4） HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 5） 本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用の既往等によりHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者）に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 6） 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか（「リスク因子ア」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載）。 ア 冠動脈疾患（安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ アテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む）の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 7） 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6）の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600113	施設要件ア（レパーサ皮下注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）	
				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） ③を記載できない場合は、従前のとおり次の事項を記載するとともに、投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。 ア 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 イ 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ウ 投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 エ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由（冠動脈疾患、非心原性脳梗塞、末梢動脈疾患、糖尿病若しくは慢性腎臓病に罹患していること若しくはそのいずれかの既往歴を有すること、又は複数の危険因子が認められること）。 （平成 29 年3月 31 日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関の場合） ③を記載できない場合は、従前のとおり（平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合）に掲げる事項を記載するとともに、当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。	850600155	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レパーサ皮下注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 レフィキシア静注用1000 レフィキシア静注用2000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600101	手術時に使用した理由（レフィキシア静注用500等）；******	

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
214	ローブレナ錠25mg ローブレナ錠100mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600108	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ローブレナ錠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）（ローブレナ錠25mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
215	ロズリートレクカプセル100mg ロズリートレクカプセル200mg	NTRK 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600110	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ロズリートレクカプセル100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600111	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ロズリートレクカプセル100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		ROS1融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600112	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ロズリートレクカプセル100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600113	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ロズリートレクカプセル100mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
216	照射洗浄血小板－LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA－LR「日赤」		本製剤の使用適正化については、「「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成28年6月14日付け薬生発0614第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限ること」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を記載すること。	830600102	使用が必要と判断した理由（照射洗浄血小板－LR「日赤」等）；******	
217	照射洗浄血小板HLA－LRBS「日赤」 照射洗浄血小板－LRBS「日赤」		洗浄血小板製剤の使用適正化については、「「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成28 年6月14 日付け薬生発0614 第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。 なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限ること」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。	830600256	使用が必要と判断した理由（照射洗浄血小板HLA－LRBS「日赤」等）；******	○

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

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

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって、別表Ⅱに掲げる記載事項と重複する事項については、別表Ⅱを用いた記載は省略して差し支えないこと。

別表Ⅳ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（材料価格基準）

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
1	Ⅰ	006	在宅血液透析用特定保険医療材料 （2）吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用）	（吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用）を使用した場合） 使用開始日を記載すること。	850900001	使用開始年月日（在宅血液透析用特定保険医療材料（（2）吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
2	Ⅰ	008	皮膚欠損用創傷被覆材	（区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	830900001	3週間を超えて算定する詳細な理由（皮膚欠損用創傷被覆材）；******	※
3	Ⅰ	009	非固着性シリコンガーゼ	（区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	830900002	3週間を超えて算定する詳細な理由（非固着性シリコンガーゼ）；******	※
4	Ⅰ	010	水循環回路セット	（前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	830900003	前回算定日を起算日として3か月以内に算定する詳細な理由（水循環回路セット）；******	※
5	Ⅰ	011	膀胱瘻用カテーテル	（2個以上算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	830900004	2個以上算定する詳細な理由（膀胱瘻用カテーテル）；******	※
6	Ⅰ	013	局所陰圧閉鎖処置用材料	（局所陰圧閉鎖処置開始日より3週間を超えて算定した場合。ただし、感染等により当該処置を中断した場合を除く。） 理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830900005	3週間を超えて算定する理由及び医学的な根拠（局所陰圧閉鎖処置用材料）；******	※
				処置開始日を記載すること。	850900002	処置開始年月日（局所陰圧閉鎖処置用材料）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
7	Ⅰ	015	人工鼻材料 （1）人工鼻	（1月当たり60個を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	830900006	60個を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料）；******	※
8	Ⅰ	015	人工鼻材料 （2）接続用材料　①シール型	（合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	830900007	30枚を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料（（2）接続用材料・シール型））；******	※
9	Ⅰ	016	体表面用電場電極 （1）膠芽腫用	（4枚以外の枚数を算定する場合） 理由を記載すること。	830900008	4枚以外の枚数を算定する理由（体表面用電場電極（（1）膠芽腫用））；******	※
10	Ⅱ	010	血管造影用マイクロカテーテル （3）遠位端可動型治療用	遠位端可動型治療用を使用する医学的な根拠を詳細に記載すること。	830900009	遠位端可動型治療用を使用する医学的な根拠（血管造影用マイクロカテーテル（3）遠位端可動型治療用）；******	※
11	Ⅱ	010	血管造影用マイクロカテーテル （4）気管支バルブ治療用	重症慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者に対する気管支バルブの留置による治療を実施する医学的な根拠を詳細に記載すること。	830900010	重症慢性閉塞性肺疾患（COPD）患者に対する気管支バルブの留置による治療を実施する医学的な根拠（血管造影用マイクロカテーテル（4）気管支バルブ治療用）；******	※
12	Ⅱ	021	中心静脈用カテーテル （1）中心静脈カテーテル　⑥抗菌型	下記1から4について記載すること。 1　対象患者の症状詳記 2　対象患者についての該当項目【アのa～dのいずれか又はイ】を以下から選択して記載すること。 　ア　中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必要であり、かつ下記のa～dのいずれかに該当する患者 　　a　同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者 　　b　小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者 　　c　人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス（ペースメーカー等）等を体内に留置しており、CLABSIによる続発症が重篤化する危険性が高い患者 　　d　好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易感染患者 　イ　CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者 3　対象患者のアレルギー歴（特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること。） 4（2のイに該当する患者に対して使用する場合） 当該保険医療機関のCLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）におけるCLABSI発生率	830900011	1　症状詳記（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル　抗菌型）；******	※
					820900051	2　アa　同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル　抗菌型）	※
					820900052	2　アb　小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル　抗菌型）	※
					820900053	2　アc　人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス（ペースメーカー等）等を体内に留置しており、CLABSIによる続発症が重篤化する危険性が高い患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル　抗菌型）	※
					820900054	2　アd　好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易感染患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル　抗菌型）	※
					820900005	2　イ　CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル　抗菌型）	※
					830900012	3　対象患者のアレルギー歴（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル　抗菌型）；******	※
					842900006	4　（2のイに該当する患者に対して使用する場合）CLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランスにおけるCLABSI発生率（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）；******	※
13	Ⅱ	031	腎瘻又は膀胱瘻用材料	（2個以上算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	830900014	2個以上算定する詳細な理由（腎瘻又は膀胱瘻用材料）；******	※
14	Ⅱ	033	経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用材料	（2個以上算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	830900015	2個以上算定する詳細な理由（経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用材料）；******	※
15	Ⅱ	040	人工腎臓用特定保険医療材料 （3）吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用）	（吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用）を使用した場合） 使用開始日を記載すること。	850900003	使用開始年月日（人工腎臓用特定保険医療材料（3）吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用））；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
16	Ⅱ	061	固定用内副子（プレート） （1）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・S） （2）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・L）	（ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・S）及びストレートプレート（生体用合金Ⅰ・L）を胸骨に用いる場合） 以下から選択して記載すること。 1　高度肥満（BMI30以上）の患者 2　インスリン依存型糖尿病の患者 3　重症ハイリスク症例と考えられる患者（高度慢性閉塞性肺疾患患者、ステロイド使用患者、両側内胸動脈を使用したバイパス手術を実施した患者、起立時・歩行時に上肢に体重をかける必要のある脳神経疾患患者等）	820900006	1　高度肥満（BMI30以上）の患者（固定用内副子（プレート）（1）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・S）及び（2）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・L））	※
					820900007	2　インスリン依存型糖尿病の患者（固定用内副子（プレート）（1）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・S）及び（2）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・L））	※
					820900008	3　重症ハイリスク症例と考えられる患者（高度慢性閉塞性肺疾患患者、ステロイド使用患者、両側内胸動脈を使用したバイパス手術を実施した患者、起立時・歩行時に上肢に体重をかける必要のある脳神経疾患患者等）（固定用内副子（プレート）（1）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・S）及び（2）ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・L））	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
17	Ⅱ	064	脊椎固定用材料 (6)脊椎スクリュー(伸展型)	(10歳以上の患者に対して使用した場合) 医学的理由を記載すること。	830900016	10歳以上の患者に対して使用した医学的理由(脊椎固定用材料(6)脊椎スクリュー(伸展型));******	※
18	Ⅱ	065	人工肩関節用材料 (3)切換用	詳細な理由を記載すること。	830900017	詳細な理由(人工肩関節用材料(3)切換用);******	※
19	Ⅱ	069	上肢再建用人工関節用材料	詳細な理由を記載すること。	830900018	詳細な理由(上肢再建用人工関節用材料);******	※
20	Ⅱ	070	下肢再建用人工関節用材料	詳細な理由を記載すること。	830900019	詳細な理由(下肢再建用人工関節用材料);******	※
21	Ⅱ	071	カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨	(カスタムメイド人工関節、カスタムメイド人工骨及びカスタムメイド人工骨プレートを使用した場合) 詳細な理由を記載すること。	830900020	カスタムメイド人工関節、カスタムメイド人工骨又はカスタムメイド人工骨プレートを用いる詳細な理由(カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨);******	※
22	Ⅱ	090	人工内耳用材料	(以下の全てに該当し機種の交換を行う場合) 医学的な必要性について記載すること。 ア 音声言語をコミュニケーション手段とし、同一の人工内耳用音声信号処理装置を継続的に装用してから5年以上が経過していること。 イ 関係学会の定める指針に基づき実施する語音聴取評価検査の単語検査における明瞭度が、現在使用している人工内耳用音声信号処理装置を使用した場合には80%以下であり、かつ、別の人工内耳用音声信号処置装置を使用した場合に8%以上改善すること。	830900021	人工内耳用材料の交換を実施する医学的必要性(人工内耳用材料);******	※
23	Ⅱ	094	気管・気管支・大静脈ステント (2)永久留置型 ②特殊型	(永久留置型・特殊型の算定する場合) その理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830900022	永久留置型・特殊型を算定する理由及び医学的な根拠(気管・気管支・大静脈ステント(2)永久留置型・特殊型);******	※
24	Ⅱ	107	経皮的血管形成術用穿刺部止血材料	次の1~4に係る事項を記載すること。 1 算定する材料の一般的名称 イ 非吸収性縫合糸セット ロ 吸収性局所止血材又はコラーゲン使用吸収性局所止血材 ハ 単回使用自動縫合器 2(1がイに該当する場合のみ記載)該当する症例 ア 5Fr以上8Fr以下のイントロデューサーシースを使用した場合 イ 8Frを超えるイントロデューサーシースを使用した症例であって、大腿動脈穿刺部位又は大腿静脈穿刺部位の止血を行った場合 3(1がロ又はハに該当する場合のみ記載)該当する症例 ア 経皮的冠動脈形成術等を実施した患者の早期離床を目的とした大腿動脈穿刺部位の止血を行う場合に、5Fr 以上のイントロデューサーシースを使用した場合 イ 経皮的心房中隔欠損閉鎖術等を実施した患者の早期離床を目的とした大腿静脈穿刺部位の止血を行う場合に、6Fr以上12Fr以下のイントロデューサーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合 4 使用する医療上の必要性	820900009	1 イ 非吸収性縫合糸セット(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)	※
					820900010	1 ロ 吸収性局所止血材又はコラーゲン使用吸収性局所止血材(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)	※
					820900011	1 ハ 単回使用自動縫合器(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)	※
					820900012	2 ア 5Fr以上8Fr以下のイントロデューサーシースを使用した場合(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)	※
					820900013	2 イ 8Frを超えるイントロデューサーシースを使用した症例であって、大腿動脈穿刺部位又は大腿静脈穿刺部位の止血を行った場合(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)	※
					820900014	3 ア 経皮的冠動脈形成術等を実施した患者の早期離床を目的とした大腿動脈穿刺部位の止血を行う場合に、5Fr 以上のイントロデューサーシースを使用した場合(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)	※
					820900015	3 イ 経皮的心房中隔欠損閉鎖術等を実施した患者の早期離床を目的とした大腿静脈穿刺部位の止血を行う場合に、6Fr以上12Fr以下のイントロデューサーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料)	※
					830900133	4 使用する医療上の必要性(経皮的血管形成術用穿刺部止血材料);******	※
25	Ⅱ	129	補助人工心臓セット (1)体外型 ②小児用	(前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830900023	前回算定日を起算日として3か月以内に算定する詳細な理由(補助人工心臓セット(1)体外型・小児用);******	※
26	Ⅱ	129	補助人工心臓セット (2)植込型(非拍動流型)	(植え込み後に再度植え込む必要が生じた場合) 詳細な理由を記載すること。	830900024	植え込み後に再度植え込む必要が生じた理由(補助人工心臓セット(2)植込型(非拍動流型));******	※
27	Ⅱ	129	補助人工心臓セット (3)水循環回路セット	(前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830900025	前回算定日を起算日として3か月以内に算定する詳細な理由(補助人工心臓セット(3)水循環回路セット);******	※
28	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル (2)脳血管用 ②高度屈曲対応型	(他のガイディングカテーテルでは血管内手術用カテーテル等を脳血管の手術部位に到達させることが困難と予想される病変又は困難な病変に対して使用した場合) 高度屈曲対応型を使用する医療上の必要性について記載すること。	830900026	使用する医療上の必要性(ガイディングカテーテル(2)脳血管用・高度屈曲対応型);******	※
29	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル (2)脳血管用 ③紡錘型	脳血管用・紡錘型を使用する医療上の必要性について記載すること。	830900027	脳血管用・紡錘型を使用する医療上の必要性(ガイディングカテーテル(2)脳血管用・紡錘型);******	※
30	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル (2)脳血管用 ④橈骨動脈穿刺対応型	脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型を使用する医療上の必要性について記載すること。	830900028	脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型を使用する医療上の必要性(ガイディングカテーテル(2)脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型);******	※
31	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル (2)脳血管用 ⑤自己拡張型	脳血管用・自己拡張型を使用する医療上の必要性について記載すること。	830900029	脳血管用・自己拡張型を使用する医療上の必要性(ガイディングカテーテル(2)脳血管用・自己拡張型);******	※
32	Ⅱ	132	ガイディングカテーテル (5)分枝血管用	分枝血管用を使用する医療上の必要性について記載すること。	830900030	分枝血管用を使用する医療上の必要性(ガイディングカテーテル(5)分枝血管用);******	※
33	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (2)末梢血管用ステントセット ④生体吸収・再狭窄抑制型	(医学的必要性から3個以上使用する必要がある場合) 理由を記載すること。	830900031	3個以上使用する医学的必要性(血管内手術用カテーテル(2)末梢血管用ステントセット・生体吸収・再狭窄抑制型);******	※
34	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (3)PTAバルーンカテーテル ⑥再狭窄抑制型	(大腿膝窩動脈の自家血管の狭窄病変のうち病変長5cm未満の病変に対して使用した場合) 理由及び症状詳記を記載すること。	830900032	使用した理由及び症状詳記(血管内手術用カテーテル(3)PTAバルーンカテーテル・再狭窄抑制型);******	※
35	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (3)PTAバルーンカテーテル ⑦ボディワイヤー型	一般型バルーンカテーテルでは拡張が困難であると判断した医学的根拠を記載すること。	830900033	一般型バルーンカテーテルでは拡張が困難であると判断した医学的根拠(血管内手術用カテーテル(3)PTAバルーンカテーテル・ボディワイヤー型);******	※
36	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (7)血管内血栓異物除去用留置カテーテル ②頸動脈用ステント併用型 エ経頸動脈型	頸動脈用ステント併用型・経頸動脈型を使用する医療上の必要性について記載すること。	830900034	頸動脈用ステント併用型・経頸動脈型を使用する医療上の必要性(血管内手術用カテーテル(7)血管内血栓異物除去用留置カテーテル ・頸動脈用ステント併用型 エ経頸動脈型);******	※
37	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (8)血管内異物除去用カテーテル ⑥リードー体型ペースメーカー抜去用カテーテル	リードー体型ペースメーカー抜去用カテーテルを使用する医療上の必要性について記載すること。	830900035	リードー体型ペースメーカー抜去用カテーテルを使用する医療上の必要性(血管内手術用カテーテル(8)血管内異物除去用カテーテル・リードー体型ペースメーカー抜去用カテーテル);******	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
38	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (16)下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル	経皮的血管形成術前の患者の病変部の所見及び当該材料を使用する医療上の必要性について記載すること。	830900036	経皮的血管形成術前の患者の病変部の所見(血管内手術用カテーテル(16)下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル);******	※
					830900037	使用する医療上の必要性(血管内手術用カテーテル(16)下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル);******	※
39	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (17)血管塞栓用プラグ	患者の血管病変部の所見(直径を含む。)を記載すること。	830900038	患者の血管病変部の所見(直径を含む。)(血管内手術用カテーテル (17)血管塞栓用プラグ);******	※
40	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (21)脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム	(医学的な必要性から2個以上使用する必要がある場合) 理由を記載すること。	830900039	2個以上使用する医学的必要性(血管内手術用カテーテル(21)脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム);******	※
41	Ⅱ	133	血管内手術用カテーテル (23)大動脈分岐部用フィルターセット	血管病変部の画像所見等を踏まえ、大動脈分岐部用フィルターセットの使用が適切であると判断した医学的根拠を記載すること。	830900040	大動脈分岐部用フィルターセットの使用が適切であると判断した医学的根拠(血管病変部の画像所見等を含む。)(血管内手術用カテーテル(23)大動脈分岐部用フィルターセット);******	※
42	Ⅱ	134	人工血管 (3)短期使用型	(16歳以上の患者に対して使用した場合) 医学的理由を記載すること。	830900041	16歳以上の患者に対して使用する医学的理由(人工血管(3)短期使用型);******	※
43	Ⅱ	144	両室ペーシング機能付き植込型除細動器	両室ペーシング機能付き植込型除細動器の移植術を行った患者について、症状詳記を記載すること。	830900042	症状詳記(両室ペーシング機能付き植込型除細動器);******	※
44	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (1)腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)	外科手術が第一選択とならない旨及び治療が適応となる旨を記載すること。	830900043	外科手術が第一選択とならない旨(大動脈用ステントグラフト(1)腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分));******	※
					830900044	治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(1)腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分));******	※
45	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (1)腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ①標準型	(腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・標準型を腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と組み合わせて使用する場合に、腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・標準型を1回の手術に対して複数個算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	830900045	1回の手術に対して複数個算定する医学的必要性(大動脈用ステントグラフト(1)腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・標準型);******	※
46	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (2)腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)	(腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)を腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と組み合わせて使用する場合に、腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)を1回の手術に対して複数個算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	830900046	1回の手術に対して複数個算定する医学的必要性(大動脈用ステントグラフト(2)腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分));******	※
47	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)	(1回の手術に対して複数個使用する場合) 複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	830900047	複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分));******	※
48	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ③血管分岐部対応型	使用した部位の主要分岐血管名(腕頭動脈、左総頸動脈、左鎖骨下動脈等)を記載すること。	830900048	使用した部位の主要分岐血管名(大動脈用ステントグラフト(3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・血管分岐部対応型);******	※
49	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ②中枢端可動型	(胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型を同時に使用する場合) 以下の事項を記載すること。 ①胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型による治療が適応となる旨 ②胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型を複数個算定する場合は、複数個の当該材料による治療が適応となる旨	830900049	治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型);******	※
					830900050	(複数個使用する場合のみ記載)複数個の当該材料による治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型);******	※
50	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ②中枢端可動型	(胸腹部大動脈瘤に対して、腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と組み合わせて、胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型を使用する場合) 以下の事項を記載すること。 ①胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型による治療が適応となる旨 ②胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型を複数個算定する場合は、複数個の当該材料による治療が適応となる旨	830900051	当該材料による治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型);******	※
					830900052	(複数個使用する場合のみ記載)複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3)胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中枢端可動型);******	※
51	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (4)胸部大動脈用ステントグラフト(補助部分) ②分枝血管部分連結型	(複数個算定する場合) 複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	830900053	複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(4)胸部大動脈用ステントグラフト(補助部分)・分枝血管部分連結型);******	※
52	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (5)大動脈解離用ステントグラフト(ベアステント)	(複数個算定する場合) 複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	830900054	複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(5)大動脈解離用ステントグラフト(ベアステント));******	※
53	Ⅱ	146	大動脈用ステントグラフト (6)胸部大動脈用ステントグラフト(分枝血管部分)	(複数個算定する場合) 複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	830900055	複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト (6)胸部大動脈用ステントグラフト(分枝血管部分));******	※
54	Ⅱ	149	血管内光断層撮影用カテーテル	(血管内超音波プローブと血管内光断層撮影用カテーテルを同時に算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	830900056	血管内超音波プローブと血管内光断層撮影用カテーテルを同時に使用する医学的必要性(血管内光断層撮影用カテーテル);******	※
55	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮 (重症熱傷に対し使用する場合)	①(40枚を超えて算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	830900057	40枚を超えて使用する医学的必要性(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(重症熱傷に対し使用する場合));******	※
				②症状詳記を記載すること。	830900058	症状詳記(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(重症熱傷に対し使用する場合));******	※
56	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮 (先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合)	①他の標準的な治療法では対応が困難であり、当該材料を使用する必要があった症状詳記を記載すること。	830900059	症状詳記(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));******	※
				②複数回に分けて治療することが予定されている場合は、一連の治療計画の内容として以下の事項を記載すること。 a 治療開始年月 b 治療終了予定年月 c 治療間隔 d 回数	850900004	a 治療開始年月(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
					850900005	b 治療終了予定年月(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
					830900060	c 治療間隔(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));******	※
					842900001	d 回数(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));******	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
57	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮 ② 調整製・移植キット	（栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症に対し使用する場合であって、同一箇所に対して2回以上移植した場合） 医学的理由と移植箇所、移植回数を記載すること。	830900131	同一箇所に対して2回以上移植した医学的理由（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮・調整製・移植キット）;******	※
					830900132	移植箇所（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮・調整製・移植キット）;******	※
					842900005	移植回数（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮・調整製・移植キット）;******	※
58	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮	（栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症に対し使用する場合） ①症状詳記を記載すること。 ②（複数回に分けて治療することが予定されている場合） 一連の治療計画の内容として以下の事項を記載すること。 a 治療開始年月 b 治療終了予定年月 c 治療間隔 d 回数	830900061	症状詳記（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）;******	※
					850900006	a 治療開始年月（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）;（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
					850900007	b 治療終了予定年月（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）;（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
					830900062	c 治療間隔（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）;******	※
					842900007	d 回数（ヒト自家移植組織（1）自家培養表皮）;******	※
59	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （2）自家培養軟骨	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記を記載すること。	830900064	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記（ヒト自家移植組織（2）自家培養軟骨）;******	※
60	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （3）自家培養角膜上皮	角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記を記載すること。	830900065	角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記（ヒト自家移植組織（3）自家培養角膜上皮）;******	※
61	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （4）自家培養口腔粘膜上皮	角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記を記載すること。	830900066	角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記（ヒト自家移植組織（4）自家培養口腔粘膜上皮）;******	※
62	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （5）ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮	角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアを含めた症状詳記を記載すること。	830900067	角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアを含めた症状詳記（ヒト自家移植組織（5）ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮）;******	※
63	Ⅱ	150	ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮 （非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合）	①（40枚を超えて使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	830900068	40枚を超えて使用する医学的必要性（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））;******	※
				②医療上の必要性及び合併症等について患者に説明を行った旨を記載すること。	830900069	医療上の必要性及び合併症等について患者に説明を行った旨（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））;******	※
				③非外科的治療が無効又は適応とならないと判断し、かつ、自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合）の適応となると判断した医学的理由を詳細に記載すること。	830900070	医学的理由（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））;******	※
				④（複数回に分けて治療することが予定されている場合） 一連の治療計画の内容として以下の事項を記載すること。 a 治療開始年月 b 治療終了予定年月 c 治療間隔（日数） d 治療回数 e 一連の治療において使用することを計画している枚数	850900008	a 治療開始年月（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））yy″年″mm″月″dd″日″	※
					850900009	b 治療終了予定年月（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））;（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
					842900002	c 治療間隔（日数）（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））;******	※
					842900003	d 治療回数（ヒト自家移植組織 （1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合）~~）;******~~	※
					842900004	e 一連の治療において使用することを計画している枚数（ヒト自家移植組織（1） 自家培養表皮（非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合））;******	※
64	Ⅱ	152	胸郭変形矯正用材料 （1）肋骨間用 （2）肋骨腰椎間用 （3）肋骨腸骨間用	①（セット（肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨腸骨間用）を医学的根拠に基づき3セット以上を算定する場合） 医学的根拠を詳細に記載すること。	830900071	セット（肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨腸骨間用）を3セット以上を算定する医学的根拠（胸郭変形矯正用材料（1）肋骨間用（2）肋骨腰椎間用（3）肋骨腸骨間用）;******	※
				②（部品連結用・横型を用いる場合であって、セット（肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨腸骨間用）を2セット以上算定する場合） 医学的根拠を詳細に記載すること。	830900072	部品連結用・横型を用いる場合であってセット（肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨腸骨間用）を2セット以上算定する医学的根拠（胸郭変形矯正用材料（1）肋骨間用（2）肋骨腰椎間用（3）肋骨腸骨間用）;******	※
65	Ⅱ	153	経皮的動脈管閉鎖セット （2）動脈管内留置型	①使用した患者の体重を記載すること。	830900073	使用した患者の体重（経皮的動脈管閉鎖セット（2）動脈管内留置型）;******	※
				②（体重1kg未満の患者に対し使用する場合） 使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830900074	使用する理由及び医学的根拠（経皮的動脈管閉鎖セット（2）動脈管内留置型）;******	※
66	Ⅱ	155	植込型心電図記録計	（潜因性脳梗塞患者に対して使用した場合） 理由及び医学的な根拠を記載すること。	830900075	使用する理由及び医学的根拠（植込型心電図記録計）;******	※
67	Ⅱ	159	局所陰圧閉鎖処置用材料	①（3週間を超えて算定した場合） 理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830900005	3週間を超えて算定する理由及び医学的な根拠（局所陰圧閉鎖処置用材料）;******	※
				②処置開始日を記載すること。	850900010	処置開始日（局所陰圧閉鎖処置用材料）;（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
				③（術後縫合創に対して使用する場合（手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合に限る。）） 次に掲げる患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。 ア BMIが30以上の肥満症の患者 イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%以上（NGSP値で7.0%以上）の者	820900035	ア BMIが30以上の肥満症の患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					820900036	イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6%以上（NGSP値で7.0%以上）の者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					820900037	ウ ステロイド療法を受けている患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					820900038	エ 慢性維持透析患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
				ウ　ステロイド療法を受けている患者 エ　慢性維持透析患者 オ　免疫不全状態にある患者 カ　低栄養状態にある患者 キ　創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者 ク　手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者	820900039	オ　免疫不全状態にある患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					820900040	カ　低栄養状態にある患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					820900041	キ　創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
					820900042	ク　手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者（局所陰圧閉鎖処置用材料）	※
68	Ⅱ	164	椎体形成用材料セット	（骨粗鬆症に対して、1回の手術で2セット以上使用した場合） 医療上の必要性について記載すること。	830900077	1回の手術で2セット以上使用する医療上の必要性（椎体形成用材料セット）；******	※
69	Ⅱ	174	植込型骨導補聴器	患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由（既存の骨導補聴器の使用歴がない患者に対して使用する場合は、既存の骨導補聴器を使用しない理由を含む。）、既存の治療の結果等を記載すること。	830900078	患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由、既存の治療の結果等（植込型骨導補聴器）；******	※
70	Ⅱ	180	陰圧創傷治療用カートリッジ	（入院中の患者に対して使用する場合（術後縫合創に対して、手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合に限る。）） 次に掲げる患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。 ア　BMIが30以上の肥満症の患者 イ　糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6％以上（NGSP値で7.0％以上）の者 ウ　ステロイド療法を受けている患者 エ　慢性維持透析患者 オ　免疫不全状態にある患者 カ　低栄養状態にある患者 キ　創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者 ク　手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者	820900043	ア　BMIが30以上の肥満症の患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					820900044	イ　糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.6％以上（NGSP値で7.0％以上）の者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					820900045	ウ　ステロイド療法を受けている患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					820900046	エ　慢性維持透析患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					820900047	オ　免疫不全状態にある患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					820900048	カ　低栄養状態にある患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					820900049	キ　創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
					820900050	ク　手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者（陰圧創傷治療用カートリッジ）	※
71	Ⅱ	186	気管支手術用カテーテル	症状詳記を記載すること。	830900079	症状詳記（気管支手術用カテーテル）；******	※
72	Ⅱ	187	半導体レーザー用プローブ	①（局所遺残再発食道癌に対して使用する場合） 2本目を算定するに当たっては詳細な内視鏡所見を記載すること。	830900080	局所遺残再発食道癌に対し2本目を算定する場合の内視鏡所見（半導体レーザー用プローブ）；*******	※
				②（切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対して使用する場合であって、一連の治療につき8本を超えた本数の算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	830900081	切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対し一連の使用につき8本を超えて算定する理由（半導体レーザー用プローブ）；*******	※
73	Ⅱ	190	人工中耳用材料	人工中耳用材料を使用する理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830900082	人工中耳用材料を使用する理由及び医学的な根拠（人工中耳用材料）；*******	※
74	Ⅱ	191	末梢血管用ステントグラフト	①末梢血管用ステントグラフトを使用する理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830900083	末梢血管用ステントグラフトを使用する理由及び医学的な根拠（末梢血管用ステントグラフト）；*******	※
				②（腸骨動脈のTASCⅡA/B病変の、高度石灰化病変または閉塞性病変に使用した場合） 詳細な画像所見を記載すること。	830900084	画像所見（末梢血管用ステントグラフト）；*******	※
75	Ⅱ	191	末梢血管用ステントグラフト （3）腹部大動脈分枝血管対応型	（複数個算定する場合） 複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	830900085	複数個の治療が適応となる旨（末梢血管用ステントグラフト（3）腹部大動脈分枝血管対応型）；******	※
76	Ⅱ	193	補助循環用ポンプカテーテル （2）高流量型	使用する医療上の必要性及び使用した日数を含めた症状詳記を記載すること。	830900086	使用する医療上の必要性及び使用した日数を含めた症状詳記（補助循環用ポンプカテーテル （2）高流量型）；******	※
77	Ⅱ	195	体表面用電場電極 （1）膠芽腫用	（膠芽腫用について4枚以外の枚数を算定する場合） 理由を記載すること。	830900087	4枚以外の枚数を算定する理由（体表面用電場電極　（1）膠芽腫用）；******	※
78	Ⅱ	196	経皮的僧帽弁クリップシステム	外科手術が困難であることを評価し、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いた治療が当該患者にとって最適であると判断した評価内容を記載すること。	830900088	治療が最適であると判断した評価内容（経皮的僧帽弁クリップシステム）；******	※
79	Ⅱ	200	放射線治療用合成吸収性材料 （1）ハイドロゲル型	（StageⅠ又はⅡ以外の前立腺癌患者に使用した場合） ハイドロゲル型の対象とならない患者ではないことについて記載すること。	830900089	ハイドロゲル型の対象となる理由（放射線治療用合成吸収性材料 （1）ハイドロゲル型）；******	※
80	Ⅱ	202	腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット	処置開始日を記載すること。	850900011	処置開始年月日（腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
81	Ⅱ	203	横隔神経電気刺激装置	D239筋電図検査の「2」を実施した日を記載すること。	850900012	筋電図検査の実施年月日（横隔神経電気刺激装置）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
82	Ⅱ	203	横隔神経電気刺激装置 （2）体外式パルス発生器 （3）接続ケーブル	①（初回導入時の算定の場合） 「K534－4 腹腔鏡下横隔膜電極植込術」を実施した日付を記載すること。 ②（交換時の診療報酬請求の場合） 医療上の必要性について症状詳記を記載すること。	850900013	（初回導入時のみ記載）実施年月日（横隔神経電気刺激装置）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	※
					830900090	（交換時のみ記載）交換する医学的必要性（横隔神経電気刺激装置）；******	※
83	Ⅱ	204	経皮的左心耳閉鎖システム	使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830900091	使用する理由及び医学的根拠（経皮的左心耳閉鎖システム）；******	※
84	Ⅱ	205	経皮的卵円孔開存閉鎖セット	使用する医学的根拠を詳細に記載すること。	830900092	使用する医学的根拠（経皮的卵円孔開存閉鎖セット）；******	※
85	Ⅱ	206	人工顎関節用材料	使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830900093	使用する理由及び医学的根拠（人工顎関節用材料）；******	※
86	Ⅱ	207	人工鼻材料 （1） 人工鼻	（1月あたり60個を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	830900094	1月あたり60個を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料）；******	※
87	Ⅱ	207	人工鼻材料 （2）接続用材料　①シール型	（合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	830900095	1月あたり30枚を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料（2）接続用材料・シール型）；******	※
88	Ⅱ	211	植込型骨導補聴器（直接振動型）	使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830900096	使用する理由及び医学的根拠（植込型骨導補聴器（直接振動型））；******	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
89	Ⅱ	212	消化器内視鏡用止血材 （1）ペプチド由来吸収性局所止血材	①使用する医学的必要性を記載すること。	830900097	使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（1）ペプチド由来吸収性局所止血材）；******	※
				②（1回の手術で4mlを超える量を使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	830900098	4mlを超える量を使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（1）ペプチド由来吸収性局所止血材）；******	※
90	Ⅱ	212	消化器内視鏡用止血材 （2） 鉱物由来非吸収性局所止血材	①使用する医学的必要性を記載すること。	830900099	使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（2） 鉱物由来非吸収性局所止血材）；******	※
				②（1回の手術で20gを超える量を使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	830900100	20gを超える量を使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（2） 鉱物由来非吸収性局所止血材）；******	※
91	Ⅱ	212	消化器内視鏡用止血材 （3）アミノ酸由来非吸収性局所止血材	①使用する医学的必要性を記載すること。	830900101	使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（3）アミノ酸由来非吸収性局所止血材）；******	※
				②（1回の手術で3gを超える量を使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	830900102	3gを超える量を使用する医学的必要性（消化器内視鏡用止血材（3）アミノ酸由来非吸収性局所止血材）；******	※
92	Ⅱ	213	脳神経減圧術用補綴材	（1回の手術で0.3gを超える量を使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	830900103	0．3gを超える量を使用する医学的必要性（脳神経減圧術用補綴材）；******	※
93	Ⅱ	214	前立腺用インプラント	①他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積を記載すること。	830900104	他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積（前立腺用インプラント）；******	※
				②（5個以上使用する必要がある場合） 医学的必要性を記載すること。	830900105	5個以上使用する医学的必要性（前立腺用インプラント）；******	※
94	Ⅱ	218	ヒト羊膜使用創傷被覆材	使用する必要がある理由及び既存療法の結果を記載すること。	830900106	使用する必要がある理由及び既存療法の結果（ヒト羊膜使用創傷被覆材）；******	※
95	Ⅱ	219	自家皮膚細胞移植用キット	使用する医療上の必要性及び受傷面積等を含めた症状詳記を記載すること。	830900107	使用する医療上の必要性及び受傷面積等を含めた症状詳記（自家皮膚細胞移植用キット）；******	※
96	Ⅱ	220	経消化管胆道ドレナージステント	（医学的な必要性から2個以上使用する必要がある場合） 理由を記載すること。	830900108	2個以上使用する医学的必要性（経消化管胆道ドレナージステント）；******	※
97	Ⅱ	224	前立腺組織用高圧水噴射システム	使用する医学的な根拠を記載すること。	830900109	使用する医学的な根拠（前立腺組織用高圧水噴射システム）；******	※
98	Ⅱ	225	気管支用バルブ	（5個以上使用する場合） 医学的な根拠を記載すること。	830900110	5個以上使用する医学的な根拠（気管支用バルブ）；******	※
				「K511」肺切除術又は「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由を記載すること。	830900111	肺切除術又は胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由（気管支用バルブ）；******	※
99	Ⅱ	228	培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キット	使用する前の患眼の最良矯正視力及び角膜内皮細胞密度を記載すること。	830900112	使用する前の患眼の最良矯正視力及び角膜内皮細胞密度（培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キット）；******	※
100	Ⅱ	229	弁周囲欠損孔閉鎖セット	区分番号「K555」弁置換術が適応とならない医学的な理由を記載すること。	830900113	弁置換術が適応とならない医学的な理由（弁周囲欠損孔閉鎖セット）；******	※
101	Ⅱ	234	薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント	①使用する医学的必要性を記載すること。 ②以下のいずれに該当するかを選択すること。 ア　副鼻腔の炎症が強く副鼻腔手術前に点鼻ステロイドまたは全身性ステロイド薬による治療歴がある症例 イ　再発の副鼻腔炎に対する再手術の症例 ウ　副鼻腔手術後の内視鏡画像検査で中鼻道あるいは各副鼻腔自然口が狭く再閉鎖のリスクが高いと判断される症例 エ　慢性鼻副鼻腔炎の再発又は難治化のリスクが高い症例	830900114	使用する医学的必要性（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）；******	※
					820900017	ア　副鼻腔の炎症が強く副鼻腔手術前に点鼻ステロイドまたは全身性ステロイド薬による治療歴がある症例（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）	※
					820900018	イ　再発の副鼻腔炎に対する再手術の症例（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）	※
					820900019	ウ　副鼻腔手術後の内視鏡画像検査で中鼻道あるいは各副鼻腔自然口が狭く再閉鎖のリスクが高いと判断される症例（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）	※
					820900020	エ　慢性鼻副鼻腔炎の再発又は難治化のリスクが高い症例（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）	※
				（一連の治療で3個以上使用する場合） 医学的必要性を記載すること。	830900115	3個以上使用する医学的必要性（薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント）；******	※
102	Ⅱ	236	上腕静脈用カテーテル	使用する医学的必要性を記載すること。	830900116	使用する医学的必要性（上腕静脈用カテーテル）；******	※
103	Ⅱ	237	軟骨修復材	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記を記載すること。	830900117	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記（軟骨修復材）；******	※
104	Ⅱ	238	冷凍アブレーション用バルーンカテーテル	用いる医学的必要性を記載すること。	830900118	使用する医学的必要性（冷凍アブレーション用バルーンカテーテル）；******	※
105	Ⅱ	239	腎神経焼灼術用カテーテル	（医学的な必要性から3個以上使用する必要がある場合） 理由を記載すること。	830900119	3個以上使用する医学的必要性（腎神経焼灼術用カテーテル）；******	※
106	Ⅱ	240	経皮的三尖弁クリップシステム	（医学的な必要性から3個以上使用する必要がある場合） 理由を記載すること。	830900120	3個以上使用する医学的必要性（経皮的三尖弁クリップシステム）；******	※
				用いた治療が最適であると判断した評価内容及び症状詳記を記載すること。	830900121	用いた治療が最適であると判断した評価内容及び症状詳記（経皮的三尖弁クリップシステム）；******	※
					830900122	1症状詳記（中心静脈用カテーテル（1） 中心静脈カテーテル・抗菌型）；******	※
					820900030	2アa　同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者（中心静脈用カテーテル（1） 中心静脈カテーテル・抗菌型）	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
107	Ⅳ	021	中心静脈用カテーテル （1）中心静脈カテーテル　⑥抗菌型	下記1から4について記載すること。 1　対象患者の症状詳記 2　対象患者についての該当項目【アのa～dのいずれか又はイ】を以下から選択して記載すること。 　ア　中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必 　　要であり、かつ下記のa～dのいずれかに該当する患者 　　a　同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者 　　b　小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者 　　c　人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス（ペースメーカー等）等を体内に留置 　　　しており、CLABSIによる続発症が重篤化する危険性が高い患者 　　d　好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易 　　感染患者 　イ　CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス 　　事業等）の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した 　　日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者 3　対象患者のアレルギー歴（特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること。） 4（2のイに該当する患者に対して使用する場合） 当該保険医療機関のCLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）におけるCLABSI発生率	820900031	2アb　小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）	※
					820900032	2アc　人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス（ペースメーカー等）等を体内に留置しており、CLABSIによる続発症が重篤化する危険性が高い患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）	※
					820900033	2アd　好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い易感染患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）	※
					820900034	2イ　CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等）の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）	※
					830900123	3対象患者のアレルギー歴（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）；******	※
					842900008	4　（2のイに該当する患者に対して使用する場合）CLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランスにおけるCLABSI発生率（中心静脈用カテーテル（1）中心静脈カテーテル・抗菌型）；******	※
108	Ⅴ	033	口腔粘膜保護材	（患者の状況により10mLを超える量を使用する場合） 理由を記載すること。	830900125	10mLを超える量を使用する理由（口腔粘膜保護材）；******	※
109	Ⅴ	036	半導体レーザー用プローブ	（8本を超えた本数の算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	830900126	8本を超えて算定する理由（半導体レーザー用プローブ）；******	※
110	Ⅷ	012	皮膚欠損用創傷被覆材	（区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	830900001	3週間を超えて算定する詳細な理由（皮膚欠損用創傷被覆材）；******	※
111	Ⅷ	013	非固着性シリコンガーゼ	（区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合） 詳細な理由を記載すること。	830900002	3週間を超えて算定する詳細な理由（非固着性シリコンガーゼ）；******	※
112	Ⅷ	015	人工鼻材料 （1）人工鼻	（1月当たり60個を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	830900006	60個を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料）；******	※
113	Ⅷ	015	人工鼻材料 （2）接続用材料　① シール型	（合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合） 医学的必要性について記載すること。	830900007	30枚を超えて算定する医学的必要性（人工鼻材料（（2）接続用材料・シール型））；******	※

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

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

※「別表」欄におけるローマ数字は、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件（令和8年厚生労働省告示第 73 号）の別表のことを指す。
（例：「別表」欄の『Ⅰ』は、別表第一医科診療報酬点数表の第2章第2部に規定する特定保険医療材料のこと。）

別添２

「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成18年３月30日保医発第0330007号）

別紙

診療報酬請求書等の記載要領

Ⅱ　診療報酬明細書（様式第10）の記載要領

２　明細書の記載要領に関する事項

(12)　「出来高部分」欄について

②　特定入院料を算定する治療室に係る加算の記載については以下による。

ア　特定入院料を算定する治療室に係る加算を算定した場合は、当該項目名及び点数を記載すること。

なお、救命救急入院料を算定している患者、特定集中治療室管理料を算定している患者及び小児入院医療管理料を算定している患者について加算がある場合にあっては、それぞれの加算後の点数を記載すること。

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

（ア）　別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）」

（イ）　別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」

（ウ）　別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）」

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

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

（別添８）

「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の一部改正について
（令和８年３月 27 日保医発 0327 第７号）

改　正　後	現　行
２　療養の給付と直接関係ないサービス等 療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。 （５）　その他 ア～ウ　（略） エ　在留外国人の診療に当たり必要となる多言語対応に要する費用（通訳の手配料や翻訳機の使用料等） オ～キ　（略） ク　選定療養における予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料（診察日の直前にキャンセルした場合に限る。なお、診察の予約に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。） ケ～ス　（略） セ　予約やオンライン診療の受診に係るシステム利用料　等	２　療養の給付と直接関係ないサービス等 療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。 （５）　その他 ア～ウ　（略） （新設） エ～カ　（略） （新設） キ～サ　（略） （新設）

（参考：改正後全文）

療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

2　療養の給付と直接関係ないサービス等

療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。

（５）　その他

ア　保険薬局における患家等への調剤した医薬品の持参料及び郵送代

イ　保険医療機関における患家等への処方箋及び薬剤の郵送代

ウ　日本語を理解できない患者に対する通訳料

エ　在留外国人の診療に当たり必要となる多言語対応に要する費用（通訳の手配料や翻訳機の使用料等）

オ　他院より借りたフィルムの返却時の郵送代

カ　院内併設プールで行うマタニティースイミングに係る費用

キ　患者都合による検査のキャンセルに伴い使用することのできなくなった当該検査に使用する薬剤等の費用（現に生じた物品等に係る損害の範囲内に限る。なお、検査の予約等に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。）

ク　選定療養における予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料（診察日の直前にキャンセルした場合に限る。なお、診察の予約に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。）

ケ　院内託児所・託児サービス等の利用料

コ　手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等

サ　有床義歯等の名入れ（刻印・プレートの挿入等）

シ　画像・動画情報の提供に係る費用（区分番号「Ｂ０１０」診療情報提供料（Ⅱ）を算定するべき場合を除く。）

ス　公的な手続き等の代行に係る費用

セ　予約やオンライン診療の受診に係るシステム利用料　等

（別添９）

官報掲載事項の一部訂正

【令和８年３月５日（号外第 46 号)】

○　診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第 69 号）

該当箇所	誤	正
別表第二 第２章　第 12 部　歯冠修復及び欠損補綴	６　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注８に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第 12 部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。	６　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注９に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第 12 部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

【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 第四　療担規則第十一条の三第一項及び療担基準第十一条の三の厚生労働大臣が定める報告事項	一　健康保険法第六十三条第二項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第二項に規定する評価療養、患者申出療養及び選定療養（第三第十三号及び第十四号に規定する療養を除く。）に関する事項	一　健康保険法第六十三条第二項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第二項に規定する評価療養、患者申出療養及び選定療養（第三第七号から第第九号まで、第十三号及び第十四号に規定する療養を除く。）に関する事項