

令和2年7月

株式会社メディクラーク

下記内容につきましては、令和2年4月1日より適用される記載要領の変更点を弊社に係るユーザ様に関連している部分のみを抽出し、ある程度読みやすくした資料になります。

厚生労働省より公布された「保医発0327第1号」の「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改訂について、を参考にまとめております。

令和2年10月診療分のレセプトより記載要領を改定に合わせて変更しなくてはならなくなります。ご一読を頂ければ幸いです。

# 第1節 診療報酬明細書（レセプト）の記載要領の変更点

## 改定の概要

〈レセプトの被保険者証等の「記号及び番号」欄への枝番の記載〉

(1) レセプト「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄の記載について、被保険者証等の

「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載することとされた。**※今後、保険証に枝番が出てきます。**

〈「摘要」欄への記載事項等一覧〉

〈明細書「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について〉

(2) 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）」において、診療行為が55項目追加され、記載事項が100項目以上追加・改定された。この改定については、2020年4月診療分（5月請求分）から対応が求められる。**※9月診療分までは暫定処置があります。**

(3) 各記載事項において、電子レセプト請求の場合に選択して入力するためのレセプト電算処理システム用コードが1700個以上追加された。これは2020年10月診療分（11月請求分）から選択して入力することが求められる。そのうち392個のコードでは加えて算定理由などのテキスト入力が求められ、357個のコードでは加えて算定開始日などの年月日のテキスト入力が求められている。算定留意事項通知で「月日」「日」と書かれているものも全て元号による年月日の記載が求められている。

なお、2020年3月31日以前から適用されているコードについては、同年9月診療分まで選択しても良い。

〈「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」の記載（主なもの）〉

(4) 主なものは以下の通り（2020年4月診療分から実施）。

### ア. 医学管理等

①B005-9 外来排尿自立指導料について、A251 排尿自立支援加算の初回算定日、排尿自立支援加算の初回算定日からの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）を記載することとされた。

②B011 診療情報提供料（Ⅲ）について、妊婦である場合は当該患者が妊娠している者である旨記載することとされた。

③B015 精神科退院時共同指導料を算定する場合は、レセプト「摘要」欄に、当該指導料の対象となる患者の状態について記載することとされている。「1」の「イ」については、措置入院にかかる患者、緊急措置入院にかかる患者、医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者又は入院の期間が1年以上の患者—の4項目から選択して記載することとされた。1の「ロ」については、厚生労働行政推進調査事業・精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」に掲げられた「包括的支援マネジメント実践ガイド」における「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たした重点的な支援を要する患者が対象となっており、15項目ある基準から選択して記載することとされた。「2」については「1」の「イ」「ロ」の計19項目から選択して記載することとされた。

### イ. 在宅医療

- ① 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について、算定留意事項通知の(22)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とされた。
- ② 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料の「2」について、分娩日を記載することとされた。

#### ウ. 検査

- ①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について、前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載することとされているが、殆どの検査にコードが設定された。
- ②D239 筋電図検査の「2 誘発筋電図」について、従来から検査を行った神経名を記載することとされていたが、新たに感覚・運動の別、左・右の別も記載することとされた。

#### エ. 画像診断

- ・画像診断については、従来から撮影部位を記載することとされていたが、新たに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断層撮影については、撮影部位を選択して記載することとされた。特にE001 写真診断の「1 単純撮影」については、四肢について左・右・両側の別を記載することとされた。

#### オ. 精神科専門療法

- ・I015 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）・（Ⅲ）について、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や、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は、算定留意事項通知に「必要性について記載する」こととされていたが、これが別表Ⅰにも掲載された。

#### 【編注】

- (1)以下は『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2020年（令和2年）3月27日・保医発0327第1号通知による変更点。
- (2)アンダーラインは追加された部分、二重削除線は削除された部分である。変更後の「摘要」欄への記載は別表Ⅰを参照されたい。
- (3)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）」（⇒P270～359）は新設、変更された箇所をゴシックで表記した。変更のないものは「変更なし」と記載した。
- (4)別表Ⅱ「診療行為名称等の略号一覧（医科）」（⇒P360）は新設、変更されたもののみ掲載した

### (A) 請求書、明細書の様式

医科診療報酬明細書（入院・入院外）の様式が変更され、「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号等」欄中に「(枝番)」欄が設けられた（2020年3月27日付・厚生労働省告示第106号による）。

## (B) 診療報酬請求書（一般、入院・入院外併用）に関する記載要領

### I 一般的事項

- 1 診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という）については、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第 7 条第 3 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式」（平成 20 年厚生労働省告示第 126 号）に定める様式により扱うものとするが、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第 7 条第 3 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（令和 2 年平成 30 年厚生労働省告示第 106~~129~~号）により改正のあった様式については、令和 2 年平成 30 年 5 月 1 日（4 月診療分）から新様式により扱うものとし、令和 2 年平成 30 年 3 月診療分までは旧様式によっても差し支えない。
- 2 ～ 6 変更なし。

### II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

#### 第 1 診療報酬請求書（医科・歯科、入院・入院外併用）に関する事項（様式第 1（1））

- 1 「令和平成 年 月分」欄について（見出しのみ変更。本文変更なし）
- 2 、 3 変更なし
- 4 「令和平成 年 月 日」欄について（見出しのみ変更。本文変更なし）
- 5 ～ 13 変更なし第 2 、第 2 の 2 変更なし。

#### 第 3 診療報酬明細書の記載要領（様式第 2 ）

##### 1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

(1)～(4) 変更なし。

- (5) 入院中の患者（DPC 算定病棟に入院している患者を除く）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数：○日）」を記載する。ただし、特定入院料、一般病棟入院基本料（療養病棟入院料 1 の例により算定する場合に限る）、特定機能病院入院基本料（療養病棟入院料 1 の例により算定する場合に限る）、専門病院入院基本料（療養病棟入院料 1 の例により算定する場合に限る）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を 10%減算する場合（他の保険医療機関において、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、体外照射の強度変調放射線治療（IMRT）、ガンマナイフによる定位放射線治療、直線加速器による放射線治療の定位放射線治療の場合又は粒子線治療に係る費用を算定し、5%減算する場合を含む）には、受診した他の保険医療機関のレセプトの写しを下端を 50mm 程度切りとって添付する。レセプトの写しの添付が困難である場合に

は、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載する。外来診療を行った保険医療機関は、レセプトの「摘要」欄に、「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数：○日）」を記載する。（後略）

(6)～(9) 変更なし。

## 2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(1) 「令和平成 年 月分」欄について

(2)～(6) 変更なし。

(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「被保険者証等」という）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載する。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載する。被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載する。

イ記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「-」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載する。また、枝番は「(枝番)」の後ろに記載する。

ウ当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を（ ）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（ ）を省略しても差し支えない。なお、被保険者が、月の途中において、記号若しくは番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る）は、変更後の記号又は番号を記載する。

(8)～(10) 変更なし。

(11) 「氏名」欄についてア、イ 変更なし。

ウ 生年月日は以下によること。

ア 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載する。

イ 電子計算機の場合は、元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」、「5 令」と記載する。

エ 変更なし。

(12)～(14) 変更なし。

(15) 「傷病名」欄について

ア 傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して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日付保発0427第10号）（平成28年4月28日付保発0428第14号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。以下同じ）別添3に規定する傷病名を用いる。別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（令和2年3月27日医療課事務連絡）（平成30年3月26日医療課事務連絡）にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いる。

イ～オ 変更なし。

(16)、(17) 変更なし。

(18) 「診療実日数」欄についてア～キ 変更なし。

ク 小児特定疾患カウンセリング料のロ、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、在宅療養指導料、がん患者指導管理料ロ又はハ、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、退院時共同指導料 1、外来排尿自立指導料、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、精神科退院時共同指導料 1、在宅がん医療総合診療料、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、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、介護職員等喀痰吸引等指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、精神科訪問看護・指導料若しくは精神科訪問看護指示料を算定した同一日に医師の診療が行われない場合は、実日数として数えない。

ケ～サ 変更なし。

(19) 変更なし。

(20) 「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄についてア 通則

各欄又は「摘要」欄への診療行為等の名称（以下この項において単に「名称」という）、回数及び点数の記載方法は、次のイからシまでのとおり。また、名称、回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は、別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）」（⇒P270）のとおり。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰ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、令和 2 年 10 月平成 30 年 10 月診療分以降、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。なお、令和 2 年 3 月 31 日以前から適用されているコードについては、令和 2 年 9 月診療分まで選択して差し支えない。

書面による請求を行う場合においては、名称について、別表Ⅱ「診療行為名称等の略号一覧（医科）」（⇒P360）に示す略号を使用して差し支えない。

イ、ウ 妊婦加算、産婦人科特例の廃止にかかる変更のみ。

エ 変更なし。

オ 「在宅」欄についてア～カ 変更なし。

キ 在宅自己注射指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び所定点数を記載する。血糖自己測定器加算、注入器加算、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算の「 1 」、持続血糖測定器加算の「 2 」\*\*又は注入器用注射針加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載する。（後略）ク～タ 変更なし。

チ 在宅自己導尿指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載する。特殊カテーテル加算の「 1 」、特殊カテーテル加算の「 2 」、特殊カテーテル加算の「 3 」\*\*又は携帯型精密ネブライザー加算を算定した場合は、併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載す

る。(後略) ツ 在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載する。人工呼吸器加算のうち、陽圧式人工呼吸器、鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器又は陰圧式人工呼吸器を使用した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載する。また、排痰補助装置加算又は横隔神経電気刺激装置加算を算定した場合は併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載する。

テ～マ 変更なし。

ミ 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載する。また、在宅経肛門的自己洗腸用材料加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載する。

ム 在宅中耳加圧療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載する。

メ～ユ 変更なし。

カ、キ 変更なし。

ク 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄についてア～セ 変更なし。

ソ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 2 条第 11 号に規定する「白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給」に係る診療報酬の請求を行う場合については、その旨を「摘要」欄へ記載する。

ケ 「検査・病理」欄についてア 変更なし。

イ 時間外緊急院内検査加算を算定した場合には、加算点数として得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に名称を記載する。また、特殊染色加算、嫌気性培養加算、血管内超音波加算、血管内光断層撮影加算、冠動脈血流予備能測定検査加算、血管内視鏡検査加算、心腔内超音波検査加算、超音波内視鏡検査加算、大腿骨同時撮影加算、広角眼底撮影加算、小児矯正視力検査加算、狭帯域光強調加算、粘膜点墨法加算、ガイドシース加算、CT 透視下気管支鏡検査加算又は顕微内視鏡加算を算定した場合は、それぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載する。

ウ 外来迅速検体検査加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に名称を記載する。また、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は、加算点数のみを「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に名称を記載する。なお、引き続き入院した場合には、その旨を「摘要」欄に記載する。

エ～カ 変更なし。

キ 検体検査管理加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載する。また、遺伝カウンセリング加算、遺伝性腫瘍カウンセリング加算、骨髄像診断加算、免疫電気泳動法診断加算又は国際標準検査管理加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載する。

ク、ケ 変更なし。

コ～サ 変更なし。

シ 「入院」欄についてア～カ 変更なし。

キ 外泊した場合は、行を改めて入院基本料又は特定入院料を算定する日ごとに 1 日当たりの所定点数、日数並びに合計点数を記載し「摘要」欄に外泊した日数を記載する。

なお、外泊した日の記載については、連続して 3 日を超える場合にあっては、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えない。

ク～セ 変更なし。

「療養の給付」欄についてア、イ 変更なし。

ウ (略) ア～ウ

エ健康保険法施行令第 43 条第 1 項第 2 号へニ、国民健康保険法施行令第 29 条の 4 第 1 項第 3 号へニに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第 1 項第 1 号へニに掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅰ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつ

ては、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載する。

オ健康保険法施行令第 43 条第 1 項第 2 号ホムに掲げる者、国民健康保険法施行令第 29 条の 4 第 1 項第 3 号ホムに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第 1 項第 1 号ホムに掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅱ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載する。～ 変更なし。

その他ア～ナ 変更なし。

ニ 電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合については、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求するものとし、各規定により「摘要」欄に算定日（初回算定日及び前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く）を記載することとされている点数については、その記録を省略することができる。ただし、平成 24 年 3 月診療以前分については、「摘要」欄に算定日を記載することとされている点数の各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記録する。

ヌ～モ 変更なし。

ヤ 医療法第 30 条の 13 に規定する病床機能報告制度において、医療法施行規則第 30 条の 33 の 6 第 1 項に規定するレセプト情報による方法の場合であつて、病棟情報を電子レセプトに記録する場合は、「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録の通年化について」

（令和 2 年 3 月 16 日医政地発 0316 第 1 号）（平成 28 年 3 月 25 日医政地発 0325 第 1 号）による。

変更なし。



#### ワンポイント解説「被保険者証への枝番の記載について」

マイナンバーカードによるオンライン資格確認が2021年3月頃から、被保険者証によるオンライン資格確認が2021年5月頃から実施される予定だ。このうち、被保険者証に記載される被保険者番号は「世帯単位」で付番されているが、これに「2桁の個人単位の番号」＝枝番を付記することで、「個人単位の被保険者資格管理」が可能となる。なお、後期高齢者医療制度は現状でも個人単位で付番されているので、枝番を付す必要はない。

2018年12月6日の社会保障審議会・医療保険部会において、厚労省は今後のスケジュールについて、①2020年秋頃から保険者で個人単位の枝番を付番、オンライン資格確認システムに登録、②2021年3月頃からマイナンバーカードによるオンライン資格確認を開始、同年4月頃から新規発行の保険証に2桁の枝番を追加（全保険者）、同年5月頃から被保険者証によるオンライン資格確認を開始、同年10月請求分からレセプトに枝番を入力して請求一とのスケジュールを示した。

ただし、厚労省は「当分の間、枝番を付記しないレセプト請求も認める」との考えを示している。

厚労省は被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認のメリットとして、①失効した被保険者証の利用による過誤請求や保険者の未収金が減少、②保険者における高額療養費の限度額摘要認定証の発行等を削減一を挙げている。一方、保健・医療・介護に関するデータ（レセプトや特定健診データなど）の連結を進める考えであり、注視が必要だ。

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)

※「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。

※「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。

※記載事項に「場合」と表記されているものは判断によりコメントが必要と思われるものと考えます。

(編注：変更箇所はゴチックで表示)

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
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)	変更なし	変更なし
			(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) 2 つ目の診療科の診療科名を記載する。	830100002	2 つ目の診療科 (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)	変更なし	変更なし
			(同一日に 2 回以上の再診 (電話等再診を含む) がある場合) (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) 2 つ目の診療科の診療科名を記載する。	830100003	2 つ目の診療科 (再診料)
3	A001	再診料の乳幼児加算	変更なし		
4	A002	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)	変更なし	変更なし
			(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) 2 つ目の診療科の診療科名を記載する。	830100004	2 つ目の診療科 (外来診療料)
5	A002	外来診療料の乳幼児加算	変更なし		
6	A003	オンライン診療料 112023210	(A003 オンライン診療料の留意事項通知 (3) のア又はイに該当する患者に当該診療料を算定する場合) 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、精神科在宅患者支援管理料又は在宅自己注射指導管	850100001	特定疾患療養管理料の算定を開始した年月日 (オンライン診療料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100002	小児科療養指導料の算定を開始した年月日 (オンライン診療料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"

			<p>料のうち、当該患者が算定しているものを選択して記載するとともに、当該管理料等の算定を開始した年月日を記載する。</p> <p>(A003 オンライン診療料の留意事項通知 (3) のウに該当する患者に当該診療料を算定する<u>場合</u>) 頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日</p>	850100003	てんかん指導料の算定を開始した年月日 (オンライン診療料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100004	難病外来指導管理料の算定を開始した年月日 (オンライン診療料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100005	糖尿病透析予防指導管理料の算定を開始した年月日 (オンライン診療料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100006	地域包括診療料の算定を開始した年月日 (オンライン診療料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100007	認知症地域包括診療料の算定を開始した年月日 (オンライン診療料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100008	生活習慣病管理料の算定を開始した年月日 (オンライン診療料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100009	在宅時医学総合管理料の算定を開始した年月日 (オンライン診療料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100010	精神科在宅患者支援管理料の算定を開始した年月日 (オンライン診療料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100011	在宅自己注射指導管理料の算定を開始した年月日 (オンライン診療料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100012	頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日 (オンライン診療料); (元号) yy"年"m m"月" d d"日"
63	A400-1	短期滞在手術等 基本料 1 190076710	短手 1 と表示し、算定日及び手術名を記載する。	算定日情報	(算定日)
				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
				820100529	対象手術（短手 1）：半月板切除術
				820100530	対象手術（短手 1）：関節鏡下半月板切除術
				820100531	対象手術（短手 1）：手根管開放手術
				820100532	対象手術（短手 1）：関節鏡下手根管開放手術
				820100533	対象手術（短手 1）：水晶体再建術
				820100534	対象手術（短手 1）：乳腺腫瘍摘出術
				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）
				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
				820100539	対象手術（短手 1）：経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術
				830100056	非算定理由（短手 1）；*****
				<p>（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。</p>	

			(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 <u>場合</u> ) その旨を記載する。	820100540	対象手術とは別目的で実施した検査等（短手 1）
68	B001-2	特定薬剤治療管理料 1 113000410	B001 の 2 特定薬剤治療管理料の留意事項通知 (1) のアの (イ) 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。 また、初回の算定年月を記載する。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 <u>場合</u> 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 <u>場合</u> には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。	820100046	(イ) 心疾患患者でジギタリス製剤を投与
				820100047	(ロ) てんかん患者で抗てんかん剤を投与
				820100558	(ハ) 臓器移植術を受けた患者で免疫抑制剤を投与
				820100559	(ニ) 気管支喘息等の患者でテオフィリン製剤を投与
				820100560	(ホ) 不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与
				820100561	(ヘ) 統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与
				820100562	(ト) 躁うつ病の患者でリチウム製剤を投与
				820100563	(チ) 躁うつ病又は躁病の患者でバルプロ酸ナトリウム等を投与
				820100054	(リ) 留意事項通知に規定する患者でシクロスポリンを投与
				820100564	(ヌ) 留意事項通知に規定する患者でタクロリムス水和物を投与
				820100565	(ル) 若年性関節リウマチ等の患者でサリチル酸系製剤を継続投与
				820100566	(ヲ) 悪性腫瘍の患者でメトトレキサートを投与
				820100567	(ワ) 留意事項通知に規定する患者でエベロリムスを投与
				820100568	(カ) 入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質等を数日間以上投与
				820100569	(コ) 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
70	B001-2	特定薬剤治療管理料 1 の注 9 加算 113029270	ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の実施の必要性を記載する。	830100058	ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の実施の必要性 (特定薬剤治療管理料 1) ; *****
71	B001-2	特定薬剤治療管理料 1 の注 10 加算 113029370	(エベロリムスの初回投与から 3 月の間に算定する <u>場合</u> ) 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"
72			(エベロリムスの初回投与から 3 月の間に算定する <u>場合</u> ) エベロリムスの血中濃度測定の実施の必要性	830100059	エベロリムスの血中濃度測定の実施の必要性 (特定薬剤治療管理料 1) ; *****
73	B001-3	悪性腫瘍特異物質治療管理料 113001310 113002110 113001210	行った腫瘍マーカーの検査名を記載する。	830100060	検査名 (悪性腫瘍特異物質治療管理料) ; *****
74	B001-4	小児特定疾患カウンセリング料 113000810 113000910 113029410	第 1 回目のカウンセリングを行った年月日を記載する。	850100051	第 1 回目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"
75	B001-9	外来栄養食事指導料の「注 2」の <u>場合</u> 113017510	指導した年月日	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"
81	B001-15	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 <u>場合</u> ) その必要性を記載する。	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) ; *****

		113002510	(本管理料を算定した月において、本管理料に包括されていないE001の1単純撮影(胸部を除く)及びE002の1単純撮影(胸部を除く)を算定した場合)撮影部位を記載する。 (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)	830100062	管理料に包括されていない単純撮影の撮影部位(慢性維持透析患者外来医学管理料); *****
				変更なし	変更なし
82	B001-16	喘息治療管理料1の重度喘息患者治療管理加算 113005710 113004910 113018110 113018210	当該加算に係る第1回目の治療管理を行った月日を記載する。	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
83	B001-17	慢性疼痛疾患管理料 113006510	(当該患者に対し最初に当該管理料を算定した場合)算定日を記載する。	850100059	算定年月日(慢性疼痛疾患管理料);(元号)yy年mm月dd日
84	B001-23	がん患者指導管理料のロ 113015310	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。	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
85	B001-23	がん患者指導管理料のハ 113015410	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。	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
87	B001-27	糖尿病透析予防指導管理料 113013610 113015610 113030910	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。	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)
88	B001-28	小児運動器疾患指導管理料 113024310	B001の28小児運動器疾患指導管理料の留意事項通知(6)により当該管理料を算定する場合)初診時の年月日、年齢及び状態を記載する。	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)
				850100063	初診年月日(小児運動器疾患指導管理料);(元号)yy年mm月dd日
				830100063	初診時の患者の年齢(小児運動器疾患指導管理料);*****
				830100064	初診時の患者の状態(小児運動器疾患指導管理料);*****

89	B001-29	乳腺炎重症化予防ケア・指導料 113024410 113024510	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。	842100029	乳腺炎重症化予防ケア・指導料の通算実施回数；*****
91	B0012	小児科外来診療料 113003510 113003610	(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。	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。	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
92	B0012-2	地域連携小児夜間・休日診療料 113006710 113008210	(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。	830100068	2回以上算定する理由（地域連携小児夜間・休日診療料）；*****
93	B0012-4	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。	830100069	2回以上算定する理由（地域連携夜間・休日診療料）；*****
94	B0012-7	外来リハビリテーション診療料 113013910 113014010	算定日を記載する。	算定日情報	(算定日)
96	B0012-11	小児かかりつけ診療料 113019710 113019810	(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。	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）；*****
97	B0013-2	ニコチン依存症管理料 113008310 113008410 113008510 113031610	初回の当該管理料を算定した月日を記載する。	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"
107	B005-1-3	介護保険リハビリテーション移行支援料 113016010	介護保険によるリハビリテーションを開始した日及び維持期のリハビリテーションを終了した日を記載する。	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"



123	B008-2	薬剤総合評価調整管理料 113023110	(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。	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);*****
124	B009	診療情報提供料 (I) 80016110	算定日を記載する。  (保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合) 情報提供先を記載する。	算定日情報	(算定日)
				830100080	情報提供先 (診療情報提供料 (I));*****
127	B009	診療情報提供料 (I) の療養情報提供加算 13028670	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。	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 (I)));*****
128	B010	診療情報提供料 (II) 13009510	算定日を記載する。	算定日情報	(算定日)
130	B011	診療情報提供料 (III) 13032310	(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。	820100579	妊婦 (診療情報提供料 3)
131	B012	傷病手当金意見書交付料 180000710	交付年月日を記載する。  (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。  (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。	850100089	交付年月日 (傷病手当金意見書交付料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				傷病名コード	(傷病名を表示する。)
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)

			(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。	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。)
132	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 180000710	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。	820100580	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
133	B013	療養費同意書交付料 113004310	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。	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);*****
138	C	乳幼児呼吸管理材料加算 114050170	(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。	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
139	C000	往診料等 114000110	(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。 (在宅患者訪問診療料(I)又は(II)を当該月に算定している場合)当該往診を行った日を記載する。 (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。	830100085	指示のあった在宅療養支援診療所名;*****
				850100093	往診を行った年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830100086	患者の病状の急変等往診が必要となった理由;*****
142	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	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));*****

		114001110	行った場合) その必要性、必要を認めた診療日及び当該訪問診療を行った日を記載する。	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"
		114030310		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"
		114042110		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"
		114042210		820100072	ア その診療科の医師でなければ困難な診療
		(「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。		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
		(「2」の在宅患者訪問診療料2について、 C001 在宅患者訪問診療料 (I) の留意事項通知 (7) のただし書きに該当する場合) 他の保険医療機関から求めがあった診療内容について、(7) のア又はイのうち、該当するものを記載する。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。		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、C 001 在宅患者訪問診療料 (I) の留意事項通知 (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) (当該月又はその前月に往診料を算定している場合) 当該訪問診療を行った日を記載する。		変更なし	変更なし
		850100097	訪問診療を行った年月日 (在宅患者訪問診療料 (1)); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"		
143	C001	在宅患者訪問診療料 (I) の患家診療時間加算 114001470	診療時間を記載する。	852100001	診療時間 (患家診療時間加算)
144	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	死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に行った往診又は訪問診療の日を記載する。	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"
		850100099		往診又は訪問診療年月日 (在宅ターミナルケア加算); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"	
		114018170	(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日時を記載する。	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"
		114018270		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)
		114018370			
114018470					
114042370					
114042470					
114042570					
114042670					

145	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ） （「1」に限る。）の死亡診断加算 114018670	（「情報通信機器（ICT）を用い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 <u>場合</u> ） 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。	820100624	ICTを利用した看護師との連携による死亡診断
146	C001	在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 注9の規定により算定する <u>場合</u> （患者との距離が16kmを超えた <u>場合</u> 等） 14001110 14030310 14042110 14042210	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。	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（Ⅰ））；*****
147	C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ） 114042810 114046310	（注1のイの <u>場合</u> 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 <u>場合</u> ）その必要性、必要を認めた診療日及び当該訪問診療を行った日を記載する。	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"
			（当該月又はその前月に往診料を算定している <u>場合</u> ）当該訪問診療を行った日を記載する。		—
148	C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の患家診療時間加算 114001470	診療時間を記載する。	852100001	診療時間（患家診療時間加算）
149	C001-2	在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの <u>場合</u> に限る。）の在宅	死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に行った往診又は訪問診療の日を記載する。	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"
				850100099	往診又は訪問診療年月日（在宅ターミナルケア加算）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"

		ターミナルケア 加算 114042970 114043070 114043170 114043270	(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日時を記載する。	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)
150	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 114018670	(「情報通信機器 (ICT) を用い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。	820100624	ICT を利用した看護師との連携による死亡診断
151	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日を記載する。	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"
		在医総管 (有床除く)	(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。	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); *****
		114031610 114031710 114031810 114031910 114032010 114032110 114032210 114032310 114032410 114032410	(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。		—

114032510	<p>(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<u>場合</u>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<u>場合</u>、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<u>場合</u>)</p>	変更なし	変更なし			
114032610						
114032710						
114032810						
114032910						
114033010						
114033110						
114033210						
114033310						
114033410						
114033510						
114033610						
114033710						
114033810						
114033910						
114034010						
114034110						
114034210						
施医総管(有床除く)						
114036410						
114036510						
114036610						
114036710						
114036810						
114036910						
114037010						
114037110						
114037210						
114037310						
114037410						
114037510						
114037610						
114037710						
114037810						
114037910						

		114038010 114038110 114038210 114038310 114038410 114038510 114038610 114038710 114038810 114038910 114038910 114039010			
152	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 114016070	初回の当該管理料を算定した年月日を記載する。	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”
153	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 114043870	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留意事項通知(22)に規定するものうち、該当するものを選択して記載する。なお、(22)に規定するものについては、以下のとおり。  [1 要介護 2 以上の状態又はこれに準ずる状態] 1-1 要介護 2 1-2 要介護 3 1-3 要介護 4 1-4 要介護 5 1-5 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 II b 以上]  2-1 ランク II b 2-2 ランク III a 2-3 ランク III b 2-4 ランク IV	820100625	該当する状態（包括的支援加算）：1-1 要介護 2
				820100626	該当する状態（包括的支援加算）：1-2 要介護 3
				820100627	該当する状態（包括的支援加算）：1-3 要介護 4
				820100628	該当する状態（包括的支援加算）：1-4 要介護 5
				820100629	該当する状態（包括的支援加算）：1-5 障害支援区分 2 以上
				820100630	該当する状態（包括的支援加算）：2-1 ランク 2 b
				820100631	該当する状態（包括的支援加算）：2-2 ランク 3 a
				820100632	該当する状態（包括的支援加算）：2-3 ランク 3 b

		<p>2-5 ランクM</p> <p>3 頻回の訪問看護を受けている状態</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>[6 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]</p> <p>6-1 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</p> <p>6-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者</p> <p>6-3 「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</p> <p>6-4 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</p>	<p>820100633</p> <p>820100634</p> <p>820100635</p> <p>820100636</p> <p>820100637</p> <p>820100638</p> <p>820100639</p> <p>820100640</p> <p>820100641</p>	<p>該当する状態(包括的支援加算):2-4 ランク4</p> <p>該当する状態(包括的支援加算):2-5 ランクM</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>該当する状態(包括的支援加算):6-1 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</p> <p>該当する状態(包括的支援加算):6-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者</p> <p>該当する状態(包括的支援加算):6-3 「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</p> <p>該当する状態(包括的支援加算):6-4 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</p>	
154	C002	<p>オンライン在宅管理料</p> <p>114043970</p>	<p>在宅時医学総合管理料の算定を開始した年月を記載する。</p>	<p>850100110</p>	<p>在宅時医学総合管理料の初回算定年月(オンライン在宅管理料);(元号)yy"年"mm"月"</p>
155	C003	<p>在宅がん医療総合診療料</p> <p>(有床除く)</p> <p>114019710</p> <p>114019810</p> <p>114007610</p> <p>114007710</p>	<p>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、訪問看護を行った日を記載する。</p> <p>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。</p>	<p>850100111</p> <p>850100112</p>	<p>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"</p> <p>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"</p>



157	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。	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); *****
		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); *****
		114004510	(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。	842100037	前月最終週の訪問回数 (在宅患者訪問看護・指導料); *****
		114010610		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); *****
		114004610	(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。	842100039	指導回数 (在宅患者訪問看護・指導料); *****
		114010710		842100040	指導回数 (同一建物居住者訪問看護・指導料); *****
114020110					
同一建物居住者訪問看護・指導料					
114026810					
114026910					
114027010					
114027110					
114027210					
114027310					
114027410					
158	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日、訪問看護・指導を行った日及びその必要を認めた理由を記載する。	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"
		114010870		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"
		114011370		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); *****
		114047170			
		114047270			
		114047370			
114047470					
114047570					
114047670					

159	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の長時間訪問看護・指導加算 114013470	訪問看護を実施した日を記載する。	850100115	訪問看護の実施年月日（長時間訪問看護・指導加算）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"
160	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算 114016470 114016570 114020270 114044070 114044070 114044170 114044170 114044270 114047770 114047870 114047970 114048070 114048170 114048270 114048370 114048470 114048570 114048670 114048770 114048870 114048970 114049070 114049170 114049270	訪問看護を実施した日を記載する。	850100116	訪問看護の実施年月日（複数名訪問看護・指導加算）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"

		114049370 114049470			
161	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 114013570	情報共有を行った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日を記載する。	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”
162	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 114013670	カンファレンスを実施した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日を記載する。	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”
163	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 114044370 114044470	訪問看護を実施した日時、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を記載する。	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）
164	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪	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。		—

		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 114012870			
165	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 114020470	訪問看護を実施した日時を記載する。	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）
166	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 114044570	介護職員等と同行訪問した日を記載する。	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”
167	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 114044670	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。	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）
168	C0052	在宅患者訪問点滴注射管理指導料 114011410	点滴注射を行った日を記載する。  （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。	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”
				820100642	訪点

			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 <u>場合</u> についても同様に記載する。		
169	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 114006410 114015010	訪問指導を行った日及び単位数を記載する。  (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 <u>場合</u> ) 「急性」と表示する。	820100643	—  急性
170	C007	訪問看護指示料 114008010	算定日を記載する。	算定日情報	(算定日)
171	C007	訪問看護指示料の特別訪問看護指示加算 114008370	算定日を記載する。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。なお、「その他」を選択した <u>場合</u> は、具体的な理由を記載する。	変更なし	変更なし
173	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料 114044710 114044810 114044910	(月2回以上算定した <u>場合</u> ) 算定日を記載する。	算定日情報	(算定日)
			(単一建物診療患者が2人以上の <u>場合</u> ) その人数を記載する。	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 <u>場合</u> 、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 <u>場合</u> 、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 <u>場合</u> 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を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす <u>場合</u> )	変更なし	変更なし
174	C009	在宅患者訪問栄養食事指導料 114045110 114045210 114045310 114049510 114049610 114049710	(単一建物診療患者が2人以上の <u>場合</u> ) その人数を記載する。	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 <u>場合</u> 、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 <u>場合</u> 、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 <u>場合</u> 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 <u>場合</u> )	変更なし	変更なし

175	C010	在宅患者連携指導料 114015310	情報共有を行った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日を記載する。	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”
176	C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料 114015410	カンファレンスを実施した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日を記載する。	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”
177	C012	在宅患者共同診療料 114027610 114027710 114027810	初回算定日を記載する。	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。	842100043	通算算定回数（在宅患者共同診療料）； *****

178	C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料 114028010	C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の留意事項通知 (7) 又は (8) により当該指導管理料算定する <u>場合</u> ) カンファレンスの日時、実施場所、概要、DESIGN-R による深さの評価及び本通知 C013 (2) のいずれに該当するのかを記載する。	850100130	初回カンファレンスの実施年月日 (在宅患者訪問褥瘡管理指導料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100131	2 回目のカンファレンスの実施年月日 (在宅患者訪問褥瘡管理指導料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100132	3 回目のカンファレンスの実施年月日 (在宅患者訪問褥瘡管理指導料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				820100644	DESIGN-R による深さの評価 (在宅患者訪問褥瘡管理指導料): d0 (皮膚損傷・発赤なし)
				820100645	DESIGN-R による深さの評価 (在宅患者訪問褥瘡管理指導料): d1 (持続する発赤)
				820100646	DESIGN-R による深さの評価 (在宅患者訪問褥瘡管理指導料): d2 (真皮までの損傷)
				820100647	DESIGN-R による深さの評価 (在宅患者訪問褥瘡管理指導料): D3 (皮下組織までの損傷)
				820100648	DESIGN-R による深さの評価 (在宅患者訪問褥瘡管理指導料): D4 (皮下組織を負える損傷)
				820100649	DESIGN-R による深さの評価 (在宅患者訪問褥瘡管理指導料): D5 (関節腔、体腔に至る損傷)
				820100650	DESIGN-R による深さの評価 (在宅患者訪問褥瘡管理指導料): DU (深さ判定が不能の <u>場合</u> )
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
180	C101	在宅自己注射指導管理料 114021010 114040610 114028410	(在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合) 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。		—
			(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日付を記載する。	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"
182	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料 114003510	(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)	変更なし	変更なし
			(人工腎臓又は腹膜灌流（連続携帯式腹膜灌流に限る）を算定した場合) 算定した日を記載する。	850100135	人工腎臓算定年月日（在宅自己腹膜灌流指導管理料）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100136	腹膜灌流算定年月日（在宅自己腹膜灌流指導管理料）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
			(在宅自己連続携帯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。		—
			(他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合) J 038 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）； *****
			(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）； *****
183	C102-2	在宅血液透析指導管理料 114009310	(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月日を記載するとともに、C102-2 在宅血液透析指導管理料の留意事項通知（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。	850100137	初回算定年月（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。	850100138	人工腎臓算定年月日 (在宅血液透析指導管理料); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
			(在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載する。	—	—
184	C103	在宅酸素療法指導管理料 114004110 114003710	当該月の動脈血酸素濃度分圧又は動脈血酸素飽和度を記載する。	842100072	動脈血酸素濃度分圧 (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。	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); *****
185	C103	在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算 114045470	当該指導管理料の直近の算定年月を記載する。	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"
186	C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料 114004210	変更なし		
187	C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 114004310	変更なし		
188	C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料 114021210	(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。	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) 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。	—	—

189	C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 114045510	胃瘻造設日及び初回算定日を記載する。	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）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。	—	—
			（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。	—	—
190	C106	在宅自己導尿指導管理料 114004410	変更なし		
191	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 114040710 114040810	初回の指導管理を行った月日、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフ上で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。ただし、C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の留意事項通知（3）のイに該当する場合、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフ上での所見並びに実施年月日の記載は不要である。  （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。	850100143	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）；*****
				830100099	睡眠ポリグラフ上での所見（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）；*****
				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）；*****
192	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 114045670	当該指導管理料の直近の算定年月を記載する。	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”
193	C108	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 114005610	変更なし		

194	C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 114021310	在宅悪性腫瘍等患者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。	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”
			(在宅悪性腫瘍等患者の療養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。	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）；*****
				—	—
195	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料 114005810	変更なし		
196	C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の導入期加算 114021570	植込術を行った年月日を記載する。	850100147	植込術実施年月日（導入期加算）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
197	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 114021770	植込術を行った年月日を記載する。	850100147	植込術実施年月日（導入期加算）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
198	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 114017210	変更なし		
199	C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 114021910	変更なし		
200	C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 114042050	変更なし		

201	C150	血糖自己測定器加算	血糖自己測定の回数を記載する。	842100048	血糖自己測定回数（血糖自己測定器加算）；*****
		114005910 114009910 114046010 114046110 114006010 114010010 114007410 114010110 114010210 114015610 114050210	(1型糖尿病の患者に対し算定する場合) 1型糖尿病の患者である旨を記載する。	変更なし	変更なし
202	C152-2	持続血糖測定器加算 114050210 114028770 114028870 114028970 114046550 114046650 114046750 114029070 114029170	C152-2 持続血糖測定器の留意事項通知 (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。	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）：膝全摘後の患者（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）：膝全摘後の患者（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）
		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）；*****		
203	C153-1	注入器用注射針加算の1 114010970	変更なし		

204	C157	酸素ボンベ加算 114006310 114006110	変更なし		
205	C158	酸素濃縮装置加算 114006210	変更なし		
206	C159	液化酸素装置加算 114004910 114004910	変更なし		
207	C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算 114015710	変更なし		
208	C163	特殊カテーテル加算 「2」の「イ」 親水性コーティング 14050410 14050510 14050610	C163の「特殊カテーテル加算」の留意事項通知(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。	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； *****
209	C163	特殊カテーテル加算 114050310 114041010 114050410 114050510 114050610 114041110	(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。	820100122	当月分
				820100123	翌々月分
				820100124	翌月分
				820100125	前月分
				820100126	前々月分
210	C165-1		(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合)	変更なし	変更なし

		在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 1 114041210	C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の留意事項通知(3)のア又はイの要件に該当する患者に対し算定する <u>場合</u> (3)のア又はイのうち該当するものを選択して記載する。 また、イの要件を根拠に算定する <u>場合</u> 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。	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 <u>場合</u>
				820100128	イ 留意事項通知イの心不全患者にASV療法を実施した <u>場合</u>
				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"
211	C165-2	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 2 114041310	(1月に3回分又は2回分の算定を行う <u>場合</u> )	変更なし	変更なし
212	C171	在宅酸素療法材料加算 114041510 114041610	(1月に3回分又は2回分の算定を行う <u>場合</u> )	変更なし	変更なし
213	C171-2	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 114041710	(1月に3回分又は2回分の算定を行う <u>場合</u> )	変更なし	変更なし
214	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 <u>場合</u>	変更なし		
215	C	在宅療養支援診療所、在宅	在宅療養指導管理料の留意事項通知の通則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	830100108	紹介元医療機関名；*****

		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	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。	830100109	在宅療養指導管理料の算定理由；*****
216	C	退院した患者に対して、当該退院月に、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定した場合	(退院した患者に対して、当該退院月に、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定した場合) 当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載する。	830100110	在宅療養指導管理料の算定理由；*****
217	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	変更なし		
218	D	時間外緊急院内検査加算	検査開始日時を記載する。	算定日情報	(算定日)
				851100004	検査開始時刻 (時間外緊急院内検査加算)
			(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。	820100129	引き続き入院

219	D	外来迅速検体検査加算 160177770	(外来診療料を算定した <u>場合</u> 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 <u>場合</u> ) 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。	830100111	検体検査名 (外来迅速検体検査加算); *****
			(引き続き入院した <u>場合</u> ) 引き続き入院した <u>場合</u> である旨を記載する。	820100129	引き続き入院
220	D001-19	L型脂肪酸結合蛋白 (L-F A B P) (尿) 160189250	(2回目を算定した <u>場合</u> ) 前回算定日を記載する。	850100149	前回算定年月日 (L型脂肪酸結合蛋白 (L-F A B P) (尿)); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
			(3月に2回以上算定する <u>場合</u> ) その詳細な理由を記載する。	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-F A B P) (尿)); *****
221	D001-19	好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン (NG A L) (尿) 160209650	(医学的必要性から4回以上算定する <u>場合</u> ) その詳細な理由を記載する。	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 (NG A L) (尿)); *****
222	D002	尿沈渣 (鏡検法) 160005010	(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 <u>場合</u> ) 当該検査に用いた検体の種類を記載する。	830100114	検体の種類 (尿沈渣 (鏡検法)); *****
223	D002-2	尿沈渣 (フローサイトメトリー法) 160159550	(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 <u>場合</u> ) 当該検査に用いた検体の種類を記載する。	830100115	検体の種類 (尿沈渣 (フローサイトメトリー法)); *****
224	D003-9	カルプロテクチン (糞便) 160210050	(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 <u>場合</u> ) 要旨を記載する。	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); *****
			(潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として測定する <u>場合</u> ) で医学的な必要性から1月に1回行う <u>場合</u> )	830100117	詳細理由 (カルプロテクチン (糞便)); *****
			詳細な理由及び検査結果を記載する。	830100118	検査結果 (カルプロテクチン (糞便)); *****
225	D004-2-1	悪性腫瘍組織検査 1悪性腫瘍遺伝子検査 160220610 160220710	D004-2 悪性腫瘍組織検査の留意事項 知 (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。	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 A L K 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 K-r a s 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 B R A F 遺伝子検査



160220810		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K-r a s 遺伝子検査
160220910			
160221010		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R A S 遺伝子検査
160221110			
160221210		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B R A F 遺伝子検査
160221310			
160221410		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E G F R 遺伝子検査
160221510			
160221610			
160221710		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K-r a s 遺伝子検査
160221810			
160221910			
160222010		820100671	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：大腸癌におけるマイクロサテライト不安定性検査
160222110			
160222210			
160222310		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H E R 2 遺伝子検査
160222410			
160222510		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
160222910			
160223010			
160223110		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E W S - F l i l 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T L S - C H O P 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S Y T - S S X 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 - k i t 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

				820100679	該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性黒色腫おけるBRAF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
			(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 <u>場合</u> ) マイクロサテライト不安定性検査を実施した年月日を記載する。	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"
226	D006-35	ADAMTS13 活性 160210710	(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 <u>場合</u> ) 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。	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"
227	D006-36	ADAMTS13 インヒビター 160210810	(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 <u>場合</u> ) 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。	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"
228	D006-4	遺伝学的検査 160210910 160211010 160211110 160211210 160211310 160211410 160222610 160222710 160222810	(2回以上実施する <u>場合</u> ) その医療上の必要性を記載する。	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）；*****
		D006-4 遺伝学的検査の留意事項通知 (1) のオに掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する <u>場合</u> 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。	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）；*****	
229	D006-10	CCR4タンパク（フローサイトメトリー法） 160200650	(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 <u>場合</u> ) その理由及び医学的根拠を記載する。	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））；*****

230	D006-11	F I P 1 L 1- P D G F R α 融合遺伝子検査 160209550	本検査を必要と判断した理由を記載する。	830100122	必要理由 ( F I P 1 L 1- P D G F R α 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。	830100123	再実施理由 ( F I P 1 L 1- P D G F R α 融合遺伝子検査) ; *****
231	D006-12	E G F R 遺伝子検査 (血漿) 160210250	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。	830100124	肺癌の組織検体検査が実施困難である医学的理由 ( E G F R 遺伝子検査 (血漿) ) ; *****
232	D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査 160215850	上皮内癌 ( C I S ) と診断された病理所見を記載する。	830100125	上皮内癌 ( C I S ) 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日を記載する。	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。	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"
233	D006-18	B R C A 1 / 2 遺伝子検査 160217210	その医療上の必要性を記載する。	830100126	医療上の必要性 ( B R C A 1 / 2 遺伝子検査) ; *****
234	D006-20	角膜ジストロフィー遺伝子検査 160217310	その医学的な必要性を記載する。	830100127	医学的な必要性 (角膜ジストロフィー遺伝子検査) ; *****
235	D007-8	マンガン ( M n ) 160173910	高カロリー静脈栄養法を開始した日を記載する。	850100157	高カロリー静脈栄養法の開始年月日 ( M n ) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
236	D008-19	脳性 N a 利尿ペプチド ( B N P ) 160162350	変更なし		
237	D008-19	脳性 N a 利尿ペプチド前駆体 N 端フラグメント ( N T - p r o B N P ) 160181250	変更なし		

238	D008-25	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b) 60184450	診断補助の実施日、6月以内の治療経過観察時の補助的指標の実施日又は治療方針の変更日を記載する。	850100158	診断補助の実施年月日 (TRACP-5b); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100159	治療経過観察時の補助的指標の実施年月日 (TRACP-5b); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850100160	治療方針変更日 (TRACP-5b); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
239	D008-26	低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC) 160181350	(2回目を算定した場合) 前回算定日を記載する。	850100161	前回算定年月日 (ucOC); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
240	D008-31	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (βCTX) 160181050	(2回目を算定した場合) 前回算定日を記載する。	850100162	前回算定年月日 (βCTX); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
241	D008-40	抗IA-2抗体 160176950	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。	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"
242	D008-45	心房性Na利尿ペプチド (ANP) 160116310	変更なし		
243	D009-8	前立腺特異抗原 (PSA) 160037510	(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、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載する。	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)); *****
244	D009-26	可溶性メソテリン関連ペプチド 160204750	変更なし		
245	D011-4	不規則抗体 160161410	変更なし		
246	D012-16	HIV-1, 2抗体定性		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"

		H I V-1, 2 抗体半定量 H I V-1, 2 抗原・抗体同 時測定定性 160153050 160194510 160194710	(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 <u>場合</u> ) 当該 輸血又は輸注が行われた最終日を記載する。	850100166	輸血又は輸注最終年月日 (H I V-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 (H I V-1, 2 抗 原・抗体同時測定定性); (元号) yy"年 "mm"月"dd"日"
247	D012- 17	H I V-1 抗体 160117510	(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 <u>場合</u> ) 当該 輸血又は輸注が行われた最終日を記載する。	850100168	輸血又は輸注最終年月日 (H I V-1 抗 体); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
248	D012- 18	H I V-1, 2 抗原・抗体同 時測定定量 H I V-1, 2 抗体定量 160194610 160194810	(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 <u>場合</u> ) 当該 輸血又は輸注が行われた最終日を記載する。	850100169	輸血又は輸注最終年月日 (H I V-1, 2 抗 原・抗体同時測定定量); (元号) yy"年 "mm"月"dd"日"
				850100170	輸血又は輸注最終年月日 (H I V-1, 2 抗 体定量); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
249	D012- 48	サイトメガロ ウイルス pp65 抗原定性 160163850	変更なし		
250	D014- 23	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 160181150 160197410	(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 <u>場合</u> ) 「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載する。	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); *****
			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); *****	
			(再度治療薬を選択する必要がある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 <u>場合</u> ) その医学的な必要性を記載する。		

251	D014-24	抗LKM-1抗体 160173250	抗核抗体陰性を確認した年月日を記載する。	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”
252	D014-43	抗アクアポリ ン 4抗体 160202250	(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。	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）；*****
253	D014-44	抗HLA抗体（スクリーニング検査） 160211910	(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。	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））；*****
254	D014-45	抗HLA抗体（抗体特異性同定検査） 160212010	(抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に算定した場合) その理由及び医学的な必要性を記載する。	830100132	抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に算定した医学的な必要性（抗HLA抗体（抗体特異性同定検査））；*****
255	D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 160057510 160057850 160057710	(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。	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-保温装置使用アーマーM）；*****
256	D023-8	EBウイルス核酸定量 160212710	D023 微生物核酸同定・定量検査の留意事項通知（5）のA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し、併せて、該当するものに応じ、以下の事項を記載する。  ・Aに該当する場合、臓器移植の実施年月日 ・Iに該当する場合、造血幹細胞移植の実施年月日 ・U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

				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）；*****
				830100138	慢性活動性EBウイルス感染症を疑う医学的根拠（EBウイルス核酸定量）；*****
257	D023-11	インフルエンザ核酸検出 160198010	算定した理由を記載する。	830100139	算定理由（インフルエンザ核酸検出）；*****
258	D023-14	HTLV-1核酸検出 160206710	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。	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”
259	D023-17	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 160216850	検査を実施した年月日を記載する。	850100181	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”
			D023の17ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の留意事項通知(22)のイの(ロ)に該当する場合治療内容を記載する。	830100140	検査実施年月日（ウイルス・細菌核酸多項目同時検出）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
260	D023-18	細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 160210150	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。	830100141	敗血症を疑う根拠（細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出）；*****
261	D023-19	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選択して記載する。	820100146	CIN1

		160189150		820100147	C I N2
			(当該検査の2回目を算定した場合) 前回実施日を記載する。	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"
262	D026	検体検査判断料 160061710 160218110 160061810 160061910 160062010 160062110 160062210	変更なし		
263	D026	検体検査判断料の遺伝カウンセリング加算 160182870	(BRCA1/2 遺伝子検査を行った保険医療機関と遺伝カウンセリングを行った保険医療機関と異なる場合) 遺伝カウンセリング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。	830100142	遺伝カウンセリングを行った保険医療機関名 (遺伝カウンセリング加算); *****
				850100183	遺伝カウンセリングを行った保険医療機関の受診年月日遺伝カウンセリング加算); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
264	D210-3	植込型心電図検査 160186310	心電図が記録されていた時間を記載する。	852100006	心電図が記録されていた時間 (植込型心電図検査)
265	D211-3	時間内歩行試験 160198710	過去の実施日を記載する。	850100184	過去実施年月日 (時間内歩行試験); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
266	D211-4	シヤトルウォーキングテスト 160207110	過去の実施日、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。	850100185	過去実施年月日 (シヤ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 (シヤトルウォーキングテスト); *****
267	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)	検査を行った領域を記載する。	820100681	超音波検査 (断層撮影法) (胸腹部): 消化器領域
				820100682	超音波検査 (断層撮影法) (胸腹部): 腎・泌尿器領域
				820100683	超音波検査 (断層撮影法) (胸腹部): 女性生殖器領域



		検査を除く) ロ その他の <u>場合</u> (1) 胸腹部 60072210		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）：カ 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）：キ その他
268	D215- 2 D215- 3	肝硬度測定 超音波エラス トグラフィ 160189750 160207310	(カに該当する <u>場合</u> ) 具体的な臓器又は領域を記載する。  (肝硬度測定又は超音波エラストグラフィを3月に2回以上算定する <u>場 合</u> ) その理由及び詳細な医学的根拠を算定する。  (肝硬度測定及び超音波エラストグラフィについて、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 <u>場合</u> ) その理由及び医学的根拠を詳細に記載する。	830100144	具体的な臓器又は領域；*****
				830100145	3月に2回以上算定する理由・医学的根 拠（肝硬度測定）；*****
				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）；*****
				830100147	別に算定する理由及び医学的根拠（肝硬度 測定）；*****
277	D245	鼻腔通気度検 査 160078850	当該検査に関連する手術名及び手術実施日（手術前に当該検査を実施した <u>場合</u> においては手術実施予定日）を記載する。	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）；*****
				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"
278	D258-2	網膜機能精密 電気生理検査 160187210	D258-2 網膜機能精密電気生理検査の留意事項通知(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。 (1)又は(2)を記載した <u>場合</u> は、直近の算定月日（初回であればその旨）を、 (3)を記載した <u>場合</u> は手術施行（予定を含む）月日を記載する。	850100193	手術予定年月日（鼻腔通気度検査）；（元 号）yy"年"mm"月"dd"日"
				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”
279	D258-3	黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図 160218810	（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 <u>場合</u> ）その医学的必要性を記載する。	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）；*****
280	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 160218910	（ 3 月以内に 2 回以上算定する <u>場合</u> ） その理由及び医学的根拠を詳細に記載する。	830100171	その理由及び医学的根拠（認知機能検査 1 簡易なもの）；*****
281	D310-2	小腸内視鏡検査 2 カプセル型内視鏡によるもの 160183610	当該患者の症状詳記を添付する。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；*****
282	D313-2	大腸内視鏡検査 2 カプセル型内視鏡によるもの 160202750	当該患者の症状詳記を添付する。さらに、D313 大腸内視鏡検査の留意事項通知②のイ又はロに規定するものうち、該当するものを選択して記載するとともに、イの <u>場合</u> は実施日を、ロの <u>場合</u> は実施困難な理由を記載する。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	イ 大腸ファイバースコープでは回盲部まで到達できなかった患者
				820100157	ロ 器質的異常により大腸ファイバースコープが困難と判断された患者
				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））；*****
283	D	算定回数が複数月に 1 回のみとされている検査 160004810 160181950 160169250 160210610 160189250 160210050	（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 <u>場合</u> ） 前回の実施日（初回の <u>場合</u> は初回である旨）を記載する。	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））
				850190010	前回実施年月日（ 4 型コラーゲン（尿））；（元号） yy”年”mm”月”dd”日”

160178310  
 160173910  
 160210550  
 160211850  
 160153450  
 160177350  
 160180850  
 160177250  
 160153550  
 160184250  
 160181050  
 160188550  
 160211910  
 160124550  
 160178710  
 160189750  
 160207310  
 160091310  
 160147310  
 160170410  
 160207410  
 160186910  
 160187210  
 160179610  
 160199810  
 160180410  
 160187410

820190010	初回 ( 4 型コラーゲン (尿))
850190011	前回実施年月日 (シュウ酸 (尿)); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190011	初回 (シュウ酸 (尿))
850190012	前回実施年月日 (L-FABP (尿)); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190012	初回 (L-FABP (尿))
850190013	前回実施年月日 (カルプロテクチン (糞便)); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190013	初回 (カルプロテクチン (糞便))
850190014	前回実施年月日 (免疫関連遺伝子再構成); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190014	初回 (免疫関連遺伝子再構成)
850190015	前回実施年月日 (Mn); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190015	初回 (Mn)
850190016	前回実施年月日 (遊離カルニチン); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190016	初回 (遊離カルニチン)
850190017	前回実施年月日 (総カルニチン); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190017	初回 (総カルニチン)
850190018	前回実施年月日 (リボ蛋白 (a)); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190018	初回 (リボ蛋白 (a))


850190019	前回実施年月日 (ペントシジン); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190019	初回 (ペントシジン)
850190020	前回実施年月日 (イヌリン); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190020	初回 (イヌリン)
850190021	前回実施年月日 (シスタチンC); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190021	初回 (シスタチンC)
850190022	前回実施年月日 (R L P - C); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190022	初回 (R L P - C)
850190023	前回実施年月日 (M D A - L D L); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190023	初回 (M D A - L D L)
850190024	前回実施年月日 ( $\beta$ - C T X); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190024	初回 ( $\beta$ - C T X)
850190025	前回実施年月日 (抗R N Aポリメラーゼ 3抗体); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190025	初回 (抗R N Aポリメラーゼ 3 抗体)
850190026	前回実施年月日 (抗H L A抗体 (スクリーニング検査)); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
820190026	初回 (抗H L A抗体 (スクリーニング検査))
850190027	前回実施年月日 (抗H L A抗体 (抗体特異性同定検査)); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"

				820190027	初回（抗H L A抗体（抗体特異性同定検査））
				850190028	前回実施年月日（T f）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
				820190028	初回（T f）
				850190029	前回実施年月日（H I Vジェノタイプ薬剤耐性）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
				820190029	初回（H I V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（D E X A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（D E X A法による腰椎撮影））
				850190033	前回実施年月日（骨塩定量検査（M D法、S E X A法等））；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
				820190033	初回（骨塩定量検査（M D法、S E X A法等））
				850190034	前回実施年月日（骨塩定量検査（超音波法））；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
				820190034	初回（骨塩定量検査（超音波法））
				850190035	前回実施年月日（経皮的酸素ガス分圧測定）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
				820190035	初回（経皮的酸素ガス分圧測定）

				850190036	前回実施年月日（皮下連続式グルコース測定（診療所））；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
				820190036	初回（皮下連続式グルコース測定（診療所））
				850190037	前回実施年月日（網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図））；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
				820190037	初回（網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図））
				850190038	前回実施年月日（ダーモスコピー）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
				820190038	初回（ダーモスコピー）
				850190039	前回実施年月日（イヌリンクリアランス測定）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
				820190039	初回（イヌリンクリアランス測定）
				850190040	前回実施年月日（小児食物アレルギー負荷検査）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
				820190040	初回（小児食物アレルギー負荷検査）
				850190041	前回実施年月日（内服・点滴誘発試験）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
				820190041	初回（内服・点滴誘発試験）
284	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	（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日を記載する。	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”

		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			
285	D	「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合	変更なし		
286	E	画像診断	撮影部位を記載する。 ※E001 写真診断、E200 コンピューター断層撮影、E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影は項番 288、293、297 のとおり、選択して記載する。		—
287	E	時間外緊急院内画像診断加算 170016010	撮影開始日時を記載する。	<b>算定日情報</b>	<b>(算定日)</b>
			(引き続き入院した場合) 引き続き入院した場合である旨記載する。	851100005	撮影開始時刻 (時間外緊急院内画像診断加算)
				820100129	引き続き入院
288	E001	写真診断 1 単純撮影 撮影 170000410 170000510 170001250 170001350 170001650 170001750 170022730 170022830 170021550 170023750 170024250	撮影部位を選択して記載する。 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。  なお、四肢については、左・右・両側の別を記載する。	820181000	撮影部位 (単純撮影): 頭部
			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；*****
				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））；*****
293	E200	コンピューター断層撮影	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合) それぞれ初回の算定日を記載する。	850100198	初回算定年月日（CT撮影）；(元号) yy”年”mm”月”dd”日”



		170011710 170011810 170028610 170033410 170034910 170038710 170038810 170038910 170038910 170039110 170012110 170039210 170027770 170033970 170034070	(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 <u>場合</u> ) 画診共同と表示する。	820100713	画診共同 (CT撮影)
			撮影部位を選択して記載する。 選択する撮影部位がない <u>場合</u> はその他を選択し、具体的部位を記載する。	820182000	撮影部位 (CT撮影) : 頭部
				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) ;*****
296	E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影 170033510 170035010 170039410 170039510 170020110 170039610 170015210 170039710	(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 <u>場合</u> ) それぞれ初回の算定日を記載する。	850100199	初回算定年月日 (MRI撮影) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
			(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 <u>場合</u> ) 画診共同と表示する。	820100728	画診共同 (MRI撮影)
297	E202		撮影部位を選択して記載する。	820183020	撮影部位 (MRI撮影) : 頭部 (脳)

		磁気共鳴コンピュータ断層撮影 170033510 170035010 170039410 170039510 170020110 170039610 170015210 170039710	選択する撮影部位がない <u>場合</u> はその他を選択し、具体的部位を記載する。	820183010	撮影部位 (MR I 撮影) : 頭部 (脳を除く)
				820183110	撮影部位 (MR I 撮影) : 頸部
				820183200	撮影部位 (MR I 撮影) : 肩
				820183220	撮影部位 (MR I 撮影) : 胸部 (肩を除く)
				820183300	撮影部位 (MR I 撮影) : 腹部
				820183360	撮影部位 (MR I 撮影) : 骨盤・股関節
				820183610	撮影部位 (MR I 撮影) : 四肢 (膝を除く)
				820183500	撮影部位 (MR I 撮影) : 膝
				820183120	撮影部位 (MR I 撮影) : 頸椎
				820183240	撮影部位 (MR I 撮影) : 胸椎
				820183330	撮影部位 (MR I 撮影) : 腰椎・仙骨部
				830189200	撮影部位 (MR I 撮影) (その他) ; *****
298	E203	コンピュータ断層診断 170015410 170019950	変更なし		
299	F100 F400	処方料 処方箋料	F100 処方料の留意事項通知 (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 <u>場合</u> その理由を記載する。	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 <u>場合</u> の連続した 6 か月間の <u>場合</u> ) 当該保険医療機関の初診日を記載する。	850100200	初診年月日 (処方料) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
			(向精神薬多剤投与に該当しない期間が 1 か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみ	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"

			<p>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<u>場合</u>の連続した 3 カ月間の<u>場合</u>)          薬剤の切り替えの開始日、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。</p>	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); *****
			(臨時に投与した <u>場合</u> ) 臨時の投与の開始日を記載する。	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 <u>場合</u> ) その旨を記載する。	820100741	複数診療科で処方
			(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 <u>場合</u> ) 臨時薬の投与の必要性を記載する。ただし、病名によりその必要性が判断できる <u>場合</u> は、この限りでない。	830100199	臨時薬投与の必要性 (処方料); *****
				830100200	臨時薬投与の必要性 (処方箋料); *****
300	F100 F400	処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算 2	(隔日、漸増・減等で投与する <u>場合</u> ) その旨を記載する。	820100742	隔日投与
				820100743	漸増投与
				820100744	漸減投与
302	F200 F400	薬剤等 (入院外分) 処方箋料	(ビタミン剤を投与した <u>場合</u> ) 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。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 <u>場合</u> はこの限りではない。	830100202	ビタミン剤の投与趣旨 (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 <u>場合</u> ) 臨時薬の投与の必要性を記載する。ただし、病名によりその必要性が判断できる <u>場合</u> は、この限りでない。	830100203	臨時薬の投与の必要性 (処方箋料); *****
			(湿布薬を投与した <u>場合</u> ) 所定単位当たりの薬剤名、湿布薬の枚数としての投与量を記載した上で、湿布薬の枚数としての 1 日用量又は投与日数を記載する。	830100204	湿布薬の 1 日用量又は投与日数 (処方箋料); *****

			(1回の処方において、70枚を超えて湿布薬を投与した場合)当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を記載する。	830000052	70枚を超えて湿布薬を投与した理由；
			(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、他の薬剤を処方箋により投薬した場合)その月日及び理由を記載する。	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。	830100206	長期投与理由(処方箋料)；*****
303	G004	点滴注射の血漿成分製剤加算 130010570	1回目の注射の実施日を記載する。	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
304	G005	中心静脈注射の血漿成分製剤加算 130010670	1回目の注射の実施日を記載する。	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
315	H002	運動器リハビリテーション料 180032710 180027810 180027910 180052730 180052830 180052930	算定単位数及び実施日数を記載する。		—
			疾患名及び発症月日、手術月日、急性増悪した月日又は最初に診断された月日を記載する。	830100217	疾患名(運動器リハビリテーション料)；*****
				850100224	治療開始年月日(運動器リハビリテーション料)；(元号)yy年mm月dd日
			(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306)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日又は発症月日等を記載する。	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"
316	H002	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 180030770	変更なし		
317	H002	運動器リハビリテーション料の初期加算 180033870	変更なし		
328	H007-3	認知症患者リハビリテーション料 180043110	変更なし		
329	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	変更なし		
331	I002	通院・在宅精神療法 180020410	(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) 退院日を記載する。	850100237	退院年月日 (通院・在宅精神療法) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
		180012210	(通院・在宅精神療法を初診の日に算定した場合) 診療に要した時間を記載する。	852100007	診療時間 (通院・在宅精神療法)
		180031010 180039710 180039810 180039910 180055710 180007250 180031210 180040050 180040150 180055850	(通院・在宅精神療法の「1」のロ又は「2」のロ、ハを算定した場合) 診療に要した時間を記載する。	852100008	診療に要した時間 (通院・在宅精神療法)

332	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) 180047270 180047270 180020570	当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日を記載する。	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"
335	I002-2	精神科継続外来支援・指導料 180031410	変更なし		
337	I003	標準型精神分析療法 180006810	当該診療に要した時間を記載する。	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)
338	I003-2	認知療法・認知行動療法 180056410 180047810	初回の算定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。	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);*****
339	I004	心身医学療法 180020010 180020610	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。 例「胃潰瘍(心身症)」  (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。	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。)
				852100010	診療に要した時間(心身医学療法)
340	I006-2	依存症集団療法 180047910 180058710	治療開始日を記載する。	850100245	治療開始年月日(依存症集団療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
345	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)精神科訪問看護・指導料(Ⅲ) 180008110	(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。  (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。	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);*****
				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);*****

180036510		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”
180036610			
180036710			
180036810			
180036910			
180037010			
180037110			
180058810			
180058910			
180059010			
180059110			
180059210			
180059310			
180059410			
180059510			
180040310			
180040410			
180040510			
180040610	(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。		
180040710			
180040810			
180040910			
180041010			
180041110			
180041210			
180041310			
180041410			
180041510			
180041610			
180041710			
180041810			
180059610			
180059710			
180059810			
180059910			
180060010			
180060110		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”

		180060210 180060310 180060410 180060510 180060610 180060710 180060810 180060910 180061010 180061110			
346	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 180038370 180038470	精神科訪問看護を実施した日時を記載する。	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)
347	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 180057070	介護職員等と同行訪問した日を記載する。	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"
348	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 180057170	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。	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)



349	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 180038770	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。	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）；*****
351	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。	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”
352	I015	重度認知症患者デイ・ケア料の夜間ケア加算 180039670	初回算定日及び夜間ケアに要した時間を記載する。	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）
353	I016	精神科在宅患者支援管理料 180057210 180057310 180057410 180057510 180057610 180057710 180057810 180057910 180058010 180058110 180064010 180064110	(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日、入院形態、退院日（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G A F、当該月の最初の訪問診療時におけるG A F、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、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。 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。	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G A F（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G A F（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 2 a
	820100197	認知症高齢者の日常生活自立度 2 b
	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 3 a
	820100200	認知症高齢者の日常生活自立度 3 b
	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
	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）；*****
<p>(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。</p>	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、I016精神科在宅患者支援管理料の留意事項通知(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 <u>場合</u> ) 急性増悪における状態像について記載する。	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」);*****
			(精神科在宅患者支援管理料の「1」のイ、ロ及び「2」について、保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった <u>場合</u> ) 参加できなかった理由を記載する。	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」);*****
				830100238	カンファレンス不参加理由(精神科在宅患者支援管理料);*****
354	I016	精神科オンライン在宅管理料 180058270	精神科在宅患者支援管理料の算定を開始した年月を記載する。	850100267	精神科在宅患者支援管理料の算定開始年月 (精神科オンライン在宅管理料);(元号) yy"年"mm"月"
355	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 <u>場合</u>	変更なし		
356	J001	熱傷処置 140032010 140032110 140032210 140036510 140036610	初回の処置を行った月日を記載する。	850100268	初回年月日(熱傷処置);(元号)yy"年" "mm"月"dd"日"
358	J001-10	静脈圧迫処置(慢性静脈不全に対するもの) 40059610	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 <u>場合</u> 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。	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); *****

367	J038	人工腎臓	人工腎臓を算定した日を記載する。	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 J038 人工腎臓の留意事項通知 (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。	変更なし	
			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。	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); *****
368	J038	人工腎臓の導入期加算 140058770 140058870	導入の年月日を記載する。	850100275	導入年月日 (導入期加算 (人工腎臓)); (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
369	J038	人工腎臓の障害者等加算 140033770	J038 人工腎臓の留意事項通知 (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。	変更なし	
381	J054-2	皮膚レーザー照射療法 150275410 140053010 140053110 140053210 140053310	前回の治療開始日を記載する。	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"
382	J070-2	干渉低周波による膀胱等刺激法 140038810	治療開始日を記載する。	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"
383	J070-3	冷却痔処置 140037350	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。	820100242	重症度 1 度
				820100243	重症度 2 度
384	J070-4	磁気による膀胱等刺激法 140055110	当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施日を記載する。	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	通算実施日数 (磁気による膀胱等刺激法); *****

387	K	手術	算定日を記載する。 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。	算定日情報	(算定日)
389	K 通則 12	通則 12 時間外等加算 1	変更なし		
398	K268	緑内障手術 6 水晶体再建 術併用眼内ド レーン挿入術 150395150	症状詳記を添付する。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））；*****
399	K280- 2	網膜付着組織 を含む硝子体 切除術 150356110	当該術式を選択した理由を詳細に記載する。	830100284	選択理由（網膜付着組織を含む硝子体切除 術）；*****
400	K282	水晶体再建術 の注の加算 150385170 150412670	症状詳記を添付する。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（水晶体囊拡張リング使用加算 （水晶体再建術））；*****
431	-	特定保険医療 材料	「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 10 号）I の 2 の 006 の(1)のウ、008、009 の(3)、010、011 の(2)、013 の(3)、013 の(4)、I の 3 の 010 の(2)、021 の(4)、031 の(4)、033 の(2)、040（I の 2 の 006 の(1)のウと同様）、061 の(1)、065、066 の(2)、069、070、071、094 の(2)、129 の(1)のイ、129 の(2)のイ、133 の(2)のイ、133 の(7)のア、133 の(8)のア、133 の(12)のア、146 の(1)、146 の(2)、146 の(3)、146 の(5)、149 の(3)、150 の(1)のア、150 の(2)のウ、150 の(3)のア、150 の(3)のウ、152 の(2)、152 の(5)、153 の(2)、153 の(5)、155 の 159 の(3)、159 の(4)、174 の(3)、187 の 189 の(2)、190 の(2)、191 の(2)、191 の(5)、195 の(2)、200 の(1)のウ、202 の(3)、203 の(5)、204 の(1)、205 の(1)、206 の(2)に該当する場合は、所定の事項を「摘要」欄に記載する。また、同通知のIVに規定する略称を使用しても差し支えない。なお、I の 3 の 133 の(2)のイ、144 の(2)、150 の(1)のエ、150 の(2)のウ、150 の(3)のウ、150 の(4)のエ、186 の(4)、191 の(5)については、症状詳記を添付する。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。また、I の 3 の 153（動脈管内留置型を使用する場合はに限る。）については、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写し及び関連学会より認定された医師であることを証する文書の写しを、193 については、関連学会により発行される実施施設証明書の写し		-

			を、196 については、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、204、205については、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写し及び医師の所定の研修修了を証する文書の写しを添付する。		
432	L	麻酔	算定日を記載する。	算定日情報	(算定日)
436	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)); *****
437	L101	神経ブロック (神経破壊剤 又は高周波凝 固法使用)	(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 又は高周波凝固法使用)); *****
444	N006	病理診断料	変更なし		
446	N007	病理判断料	変更なし		