

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）

項番	区分等	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	別表Ⅰ・Ⅱ	重複するレセプト電算処理システム用コード	令和6年6月1日適用
1	D009の9	前立腺特異抗原(PSA)	(前立腺癌の確定診断がつかず2回以上算定する場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値を記載すること。	880100012	検査実施年月日及び検査結果(前立腺特異抗原(PSA)):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	I	850100164	
2	D007の25	フェリチン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100013	検査実施年月日及び検査結果(フェリチン):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			
3	D005の5	末梢血球一般	(同一日に2回以上の算定の場合) 当該検査(Hb測定に限る)の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100014	検査実施年月日及び検査結果(末梢血球一般(Hb測定)):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			
4	D006の15	Dダイマー	(同一月に3回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100015	検査実施年月日及び検査結果(Dダイマー):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			
5	D015010	β <sub>2</sub> -マイクログロブリン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100016	検査実施年月日及び検査結果(β <sub>2</sub> -マイクログロブリン):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			
6	J039	血漿交換療法	(血栓性血小板減少性紫斑病の算定可の場合) 検査の実施年月日及び血小板値を記載すること。	880100017	検査実施年月日及び血小板値(血漿交換療法):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	I	842100059	
7	医薬品	解凍赤血球液-LRF日赤 赤血球液-LRF日赤 洗浄赤血球液-LRF日赤 照射赤血球液-LRF日赤 照射解凍赤血球液-LRF日赤 照射洗浄赤血球液-LRF日赤	本製剤を投与するにあたってHb値を測定した場合は、投与の直前に測定したHb値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100018	検査実施年月日及びHb値(人赤血球液等):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			
8	医薬品	照射洗浄血小板-LRF日赤 照射濃厚血小板-LRF日赤 濃厚血小板-LRF日赤 照射洗浄血小板HLA-LRF日赤 照射濃厚血小板HLA-LRF日赤 濃厚血小板HLA-LRF日赤	本製剤を投与するにあたって血小板値を測定した場合は、投与の直前に測定した血小板値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100025	検査実施年月日及び血小板値(人血小板濃厚液等):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			
9	医薬品	新鮮凍結血漿-LRF日赤J120 新鮮凍結血漿-LRF日赤J240 新鮮凍結血漿-LRF日赤J480	本製剤を投与するにあたってプロトロンビン時間(PT)及びフィブリノゲン値を測定した場合は、投与の直前に測定したPT(INR又は%)及びフィブリノゲン値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100092	検査実施年月日及びプロトロンビン時間(INR)(新鮮凍結人血漿):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			※
				880100093	検査実施年月日及びプロトロンビン時間(%) (新鮮凍結人血漿):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			※
				880100091	検査実施年月日及びフィブリノゲン値(新鮮凍結人血漿):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			
10	医薬品	ファイバ静注用1000	本製剤を投与するにあたって、投与以前に血液凝固第Ⅳ因子又は第Ⅴ因子に対するインヒビター力価を測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100041	検査実施年月日及びインヒビター力価(ファイバ静注用1000):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	II	830600130 850600150	
11	医薬品	パイクロト配合静注用	本製剤を投与するにあたって、投与以前に血液凝固第Ⅳ因子又は第Ⅴ因子に対するインヒビター力価を測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100044	検査実施年月日及びインヒビター力価(パイクロト配合静注用):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	II	830600129 850600147	
12	医薬品	サイラムザ点滴静注液100mg サイラムザ点滴静注液500mg	(本製剤を投与するにあたって、投与以前に血清AFP値を測定した場合) 測定結果が陽性であった旨(+)を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100082	検査実施年月日及び血清AFP測定結果(+)(サイラムザ点滴静注液100mg等):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	II	830600033 850600032	
13	医薬品	ノボセプンH静注用1mg シリンジ ノボセプンH静注用2mg シリンジ ノボセプンH静注用5mg シリンジ	本製剤を投与するにあたって、投与以前に血液凝固第Ⅳ因子又は第Ⅴ因子に対するインヒビター力価を測定した場合は測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100046	検査実施年月日及びインヒビター力価(ノボセプンH静注用1mg シリンジ等):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	II	830600128 850600146	
			(血小板に対する同種抗体を保有し、血小板凝集不応状態が過去又は現在みられるグラマンツァン血小板無力症患者の出血傾向の抑制の場合) 製剤を投与するにあたって、投与以前に抗血小板抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100049	検査実施年月日及び抗血小板抗体検査値(ノボセプンH静注用1mg シリンジ等):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			
14	医薬品	ソリリス点滴静注300mg	(全身型重症筋無力症(免疫グロブリン大量静注療法又は血液浄化療法による症状の管理が困難な場合に限る)の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前に抗アセチルコリン受容体抗体検査を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100050	検査実施年月日及び抗アセチルコリン受容体抗体検査値(ソリリス点滴静注300mg):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			
15	医薬品	キムリア点滴静注	(視神経脊髄炎スペクトラム障害(視神経脊髄炎を含む)の再発予防の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100090	検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(ソリリス点滴静注300mg):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			
15	医薬品	キムリア点滴静注	(再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性慢性リンパ芽球性白血病の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD19抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100054	検査実施年月日及びCD19抗原検査値(キムリア点滴静注):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	II	850600025	
16	医薬品	ユプリズナ点滴静注100mg	本製剤を投与するにあたって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100083	検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(ユプリズナ点滴静注100mg):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			
17	医薬品	ゼヴァリン イットリウム(90Y)静注用セット	本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100084	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(ゼヴァリン イットリウム(90Y)静注用セット):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			
18	医薬品	エンスプリング皮下注120mgシリンジ	本製剤を投与するにあたって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100085	検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(エンスプリング皮下注120mgシリンジ):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			
19	医薬品	ベスポナ点滴静注用1mg	本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD22抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100086	検査実施年月日及びCD22抗原検査値(ベスポナ点滴静注用1mg):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	II	850600078 850600079	
20	医薬品	クルースピータ皮下注10mg クルースピータ皮下注20mg クルースピータ皮下注30mg	本製剤を投与するにあたって、投与以前にFGF23を測定した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100087	検査実施年月日及びFGF23検査値(クルースピータ皮下注10mg等):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	II	850600026 850600027	
21	医薬品	アドセリス点滴静注50mg	本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD30抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100088	検査実施年月日及びCD30抗原検査値(アドセリス点滴静注50mg):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	II	850600003 850600004	
22	医薬品	ガザイバ点滴静注1000mg	本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100089	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(ガザイバ点滴静注1000mg):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	II	850600023 850600024	
23	医薬品	ボテリジオ点滴静注20mg	(CCR4陽性の成人T細胞白血病リンパ腫)又は「再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫」の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前にCCR4抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100065	検査実施年月日及びCCR4抗原検査値(ボテリジオ点滴静注20mg):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	II	850600083 850600084	
24	医薬品	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」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100067	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキサン点滴静注100mg等):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	II	850600096 850600097	
25	医薬品	リツキシマBS点滴静注100mg[KHK] リツキシマBS点滴静注500mg[KHK]	(CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫)又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100070	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキシマBS点滴静注100mg[KHK]等):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	II	850600098 850600152	
26	医薬品	リツキシマBS点滴静注100mg「ファイザー」 リツキシマ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)又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100073	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキシマBS点滴静注100mg「ファイザー」等):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****	II	850600099 850600100	
27	医薬品	エルカルチンFF錠100mg エルカルチンFF錠250mg エルカルチンFF錠1000mgシリンジ エルカルチンFF内注液10% エルカルチンFF内注液10%分包装10mL エルカルチンFF内注液10%分包装5mL	本製剤を投与するにあたって、投与以前に実施した遊離カルチニンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100076	検査実施年月日及び遊離カルチニンの測定結果(エルカルチンFF錠100mg等):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			
28	医薬品	レボカルチンFF錠100mg「トーワ」 レボカルチンFF錠250mg「トーワ」 レボカルチンFF錠1000mgシリンジ「トーワ」 レボカルチンFF内注液10%「トーワ」 レボカルチンFF内注液10%分包装5mL「トーワ」 レボカルチンFF内注液10%分包装10mL「トーワ」	本製剤を投与するにあたって、投与以前に実施した遊離カルチニンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100094	検査実施年月日及び遊離カルチニンの測定結果(レボカルチンFF錠100mg「トーワ」等):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			※
29	医薬品	レボカルチンFF静注1000mgシリンジ「フジ」	本製剤を投与するにあたって、投与以前に実施した遊離カルチニンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100095	検査実施年月日及び遊離カルチニンの測定結果(レボカルチンFF静注1000mgシリンジ「フジ」):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			※
30	医薬品	レボカルチンFF静注1000mgシリンジ「ニプロ」	本製剤を投与するにあたって、投与以前に実施した遊離カルチニンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100096	検査実施年月日及び遊離カルチニンの測定結果(レボカルチンFF静注1000mgシリンジ「ニプロ」):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			※
31	医薬品	レボカルチンFF錠100mg「アメル」 レボカルチンFF錠250mg「アメル」 レボカルチンFF内注液10%「アメル」 レボカルチンFF内注液10%分包装5mL「アメル」 レボカルチンFF内注液10%分包装10mL「アメル」	本製剤を投与するにあたって、投与以前に実施した遊離カルチニンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100097	検査実施年月日及び遊離カルチニンの測定結果(レボカルチンFF錠100mg「アメル」等):(元号)yy年mm月dd日 検査値:*****			※

項番	区分等	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	別表 Ⅰ・Ⅱ	重複する レセプト電算処理 システム用コード	令和6年 6月1日 適用
32	医薬品	エボジン注シリンジ1500 エボジン注シリンジ3000 エボジン皮下注シリンジ24000	(貯血量が800ml以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与前にHb濃度を測定した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100081	検査実施年月日及びHb濃度値(エボジン注シリンジ1500等):(元号)yy"年"mm"月 dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	830600018	

※「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。

※「区分等」欄に医薬品と記載しているものについて、一般名処方による場合は、一般的名称、剤形及び含量が同一のいずれかの医薬品のコードを用いて記載することで差し支えないこと。

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって「別表Ⅰ・Ⅱ」欄にⅠ又はⅡと記載しているものについては、別表Ⅰ又は別表Ⅱに掲げる記載事項と重複しているため、別表Ⅲを用いた記載がされていればよく、別表Ⅰ又は別表Ⅱに掲げるコードを用いた記載は省略して差し支えないこと。