

保医発0326第2号
平成24年3月26日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
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）長

} 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

「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

標記について、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成24年厚生労働省告示第76号）等が公布され、平成24年4月1日より適用されることに伴い、下記の通知の一部を別添1から別添3のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

記

別添1 「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）の一部改正について

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）の一部改正について

別添3 「訪問看護療養費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0330008号）の一部改正について

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年 8 月 7 日保険発第82号）

別紙 1

診療報酬請求書等の記載要領

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」（平成24年厚生労働省告示第159号）により改正のあった様式については、平成24年5月1日（4月診療分）から新様式により扱うものとし、平成24年3月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。
- 2 診療報酬請求書等の用紙の大きさは日本工業規格A列4番とすること。
ただし、電子計算機により作成する場合は、A列4番と±6mm（縦方向）、+6mm、-4mm（横方向）の差は差し支えないものであること。
- 3 診療報酬請求書等は、別添1「診療報酬請求書等一覧表」の区分によるものであること。
- 4 診療報酬請求書等においては、単に保険医療機関又は保険薬局とのみ表示しているが、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養の給付（以下「後期高齢者医療」という。）又は公費負担医療に係るもの（後期高齢者医療のうち保険医療機関におけるものを除く。）については「保険医療機関」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医療機関」と、「保険薬局」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当薬局」と読み替え、また、「保険医氏名」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものであること。
- 5 診療報酬請求書及び診療報酬明細書に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載すること。
なお、診療報酬請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用すること。
- 6 「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

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 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。したがって、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成すること。なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

2 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「保険者番号 公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領」（以下「設定要領」という。）の第4を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例） 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名、印」欄について

- （1） 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えないこと。
- （2） 「印」については、当該様式に、予め保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には捺印として取り扱うものであること。また、保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労をはぶくため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「入・外」欄について

入院・外来については、入院・外来別にそれぞれ請求することとしたことに伴い入院に係る分は「入」の文字を、入院外に係る分は「外」の文字を○で囲むこと。なお、「入」又は「外」のみを印刷した様式を用いても差し支えないこと。

なお、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は、入院に係るものとして取り扱うこと。

7 「医療保険」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 入院分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「負担金額」の項の合計を記載すること。

「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険の食事療養及び生活療養に係る件数の合計を、「回数」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に記載されている回数の合計を、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項に記載されている金額の合計を、「標準負担額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額の合計を記載すること。

- (3) 入院外分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載すること。

- (4) 「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄、「医保単独（本人）」欄の「小計」欄、「医保単独（家族）」欄の「小計」欄、「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

- (5) 「①合計」欄には、「医保（七〇以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上一般・低所得」欄の「小計」欄と、「医保（七〇以上七割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（六歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

- (6) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある

場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）による結核患者の適正医療と障害者自立支援法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

9 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。公費負担医療が2種の場合、例えば生活保護法に係る分と感染症法に

よる結核患者の適正医療に係る分とを併せて請求する場合には

「	12 (生保)	」
10 (感37の2)		

欄に記載す

ることとし、これ以外の公費負担医療の組合せについて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書並びに食事療養及び生活療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、1枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、2件ないし3件となること。

- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法に係る点数は「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数をも合計して記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄の記載方法は、8の(4)と同様であること。
- (5) 「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る記載を省略した明細書については、「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法に係る金額は明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の金額を合計して記載すること。

10 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書並びに食事療養及び生活療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、公費負担医療制度ごとに明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「一部負担金額」の項の金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載されている金額をそれぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

11 「②合計」欄について

「公費と医保の併用」、「公費と公費の併用」及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

12 「総件数①+②」欄について

「①合計」欄及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

13 「備考」欄について

- (1) 定数超過入院に該当する保険医療機関にあつては、**超過**（略称の口囲みについては、○囲みでもよいこと。以下同じ。）と記載すること。
- (2) 医療法の人員標準を満たさない保険医療機関にあつては、**標欠**と記載すること。

第2 診療報酬請求書（医科・入院外）に関する事項（様式第1（2））

診療報酬請求書（医科・入院外）の記載要領については、第1の例によること。この場合において、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあつては、入院外分の記載に係る例によること。

第2の2 診療報酬請求書（医科・歯科）に関する事項（様式第8）

診療報酬請求書（医科・歯科）の記載要領については、次に掲げる事項を除き、第1の例によること。なお、「3 「別記 殿」欄については、各広域連合殿と読み替えるものであること。

1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 療養の給付の「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄、食事療養・生活療養の「件数」欄、「回数」欄、「金額」欄及び「標準負担額」欄については、第1の7の(2)及び(3)と同様であること。この場合、「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料（災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。）」とあるのは「高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき減額された一部負担金」と読み替えるものであること。
- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「後期高齢九割」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）による結核患者の適正医療と

障害者自立支援法)の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。

- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (4) 「一部負担金」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

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) 明細書は、白色紙黒色刷りとすること。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 同一の被保険者等が2以上の傷病について診療を受けた場合においても、1枚の明細書に併せて記載すること。
- (4) 同一月に同一患者につき、入院診療と入院外診療とが継続してある場合には、入院、入院外についてそれぞれ別個の明細書に記載すること。
なお、初診から直ちに入院した場合は、入院分のみの明細書に記載すること。
- (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）」を記載すること。ただし、特定入院料、一般病棟入院

基本料（療養病棟入院基本料 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除く入院基本料を 15% 減算する場合若しくは特定入院料、一般病棟入院基本料（療養病棟入院基本料 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 15%、30% 又は 55% 減算する場合には、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こと。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こと。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）」を記載すること。

また、入院中の患者（DPC 算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。）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、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、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こと。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に 他 とそれぞれ記載すること。

- (6) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。

- (7) 同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。

- (8) 短期滞在手術基本料 1 を算定する場合は、入院外の明細書（様式第 2（2））を使用すること。

- (9) 電子計算機の場合は、以下によること。

ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えないこと。

イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

ウ 用紙下端の空白部分は、OCR 処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。

エ 電子計算機用の OCR 関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成 9 年 8 月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。

オ 記載する文字は、JIS X 0 2 0 8 において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

- (1) 「平成 年 月分」欄について
診療年月を記載すること。
- (2) 「都道府県番号」欄について
別添2「設定要領」の別表2に掲げる都道府県番号表に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載すること。
- (3) 「医療機関コード」欄について
それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。

(4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

ア 「保険種別1」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。）	1 社・国
公費負担医療（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職者医療との併用の場合を除く。）	2 公費
後期高齢者医療	3 後期
退職者医療	4 退職

（注） 退職者医療には、健康保険法（大正11年法律第70号）附則第3条に規定する特定健保組合に係るものは該当しないこと。

イ 「保険種別2」欄については、「保険種別1」欄のそれぞれについて、以下の左の別に応じ、右の番号を○で囲むこと。

単独	1 単独
1種の公費負担医療との併用	2 2併
2種以上の公費負担医療との併用	3 3併

（注） 公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。）を含むこと。

ウ ア及びイについては、○で囲むことを省略しても差し支えないこと。

エ 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、未就学者である患者（6歳に達する日以後最初の3月31日以前の患者をいう。以下同じ。）は「3」又は「4」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「7」、「8」、「9」又は「0」を○で囲むこととし、また、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「1」又は「2」、被保険者（その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。））は「5」又は「6」を○で囲むこととし、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、入院の場合は、「1 本入」（若しくは「1 本」）、「3 六入」（若しくは「3 六」）、「5 家入」（若しくは「5 家」）、「7 高入一」（若しくは「7 高一」）又は「9 高入7」

(若しくは「9 高7」)、外来の場合は、「2 本外」(若しくは「2 本」)、「4 六外」(若しくは「4 六」)、「6 家外」(若しくは「6 家」)、「8 高外一」(若しくは「8 高一」)又は「0 高外7」(若しくは「0 高7」)の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

1 本人入院	1 本入
2 本人外来	2 本外
3 未就学者入院	3 六入
4 未就学者外来	4 六外
5 家族入院	5 家入
6 家族外来	6 家外
7 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院	7 高入一
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来	8 高外一
9 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院	9 高入7
0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来	0 高外7

オ 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

(ア) 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

(イ) 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

(5) 「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号8桁(国民健康保険については6桁)を記載すること(別添2「設定要領」の第1を参照)。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

イ 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合(以下「公費負担医療のみの場合」という。)は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

(6) 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、()の中に給付割合を記載すること。ただし、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

(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の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。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」を記載すること。

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こと。また、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こと。

なお、被保険者が、月の途中において、記号・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・番号を記載すること。

(8) 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

- ア 医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記載すること（別添2「設定要領」の第2を参照）。
- イ 別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療を「第1公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担医療を「第2公費」という。）記載すること。
- ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第2公費として取り扱うものとする。

(9) 「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について
医療券等に記入されている受給者番号7桁を、第1公費については「公費負担医療の受給者番号①」欄に、第2公費については「公費負担医療の受給者番号②」欄に記載すること（別添2「設定要領」の第3を参照）。

(10) 「区分」欄について

当該患者が入院している病院又は病棟の種類に応じ、該当する文字を○で囲むこと。また、月の途中において病棟を移った場合は、そのすべてに○を付すこと。

なお、電子計算機の場合は、コードと名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

01精神（精神病棟）、02結核（結核病棟）、07療養（療養病棟）

(11) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ 性別は該当するものを○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「1 男」、「2 女」と記載しても差し支えないこと。

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こと。

(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」と記載すること。

(12) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「1 職務上」、「2 下船後3月以内」又は「3 通勤災害」のうち該当するものを○で囲むこと。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」については、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲むこと。

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分についてはそれぞれ1枚、入院分については、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として1枚の診療報酬明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略号を記載することとしても差し支えないこと。

- 1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(13) 「特記事項」欄について

記載する略号をまとめると、以下のとおりであること。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載すること。

コード	略号	内 容
01	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和48年10月30日付保発第42号、庁保発第26号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第42条及び高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第15条に規定する金額を超える場合
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
03	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（CAPD）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方せんのみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
04	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合
05	(削除)	(削除)
07	老併	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
08	老健	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
09	施	平成18年3月31日保医発第0331002号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。）
10	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合

1 1	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第1条第2号の規定に基づく薬事法に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
1 2	器治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく薬事法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
1 3	先進	地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合（この場合にあつては、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
1 4	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であつて「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）の第7号の5に規定する診療（以下「制限回数を超えて行う診療」という。）に係る診療報酬の請求である場合（この場合にあつては、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「摘要」欄へ記載すること。）
1 5	削除	（削除）
1 6	長2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第2号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であつて、現物給付化することが困難な場合を除く。）
1 7	上位	以下のいずれかに該当する場合 ① 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証が提示された場合 ② 「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「22」に該当する場合を除く。）
1 8	一般	以下のいずれかに該当する場合 ① 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証が提示された場合 ② 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「23」に該当する場合を除く。）
1 9	低所	以下のいずれかに該当する場合 ① 高齢受給者（後期高齢者医療の被保険者を含む。）以外で、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「24」に該当する場合を除く。）
2 0	二割	平成20年2月21日保発第0221003号の別紙「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の4の特例措置対象被保険者等が、特例措置にかかわらず、自らが受けた療養に係る2（4）に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合
2 1	高半	月の初日以外の日により75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であつた者又は月の初日以外の日により75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の

		組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が75歳に到達した月に療養を受けた者（以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。）の場合
2 2	多上	「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患治療研究事業又は小児慢性特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近12か月間において4月目以上である場合（以下「特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。）
2 3	多一	「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
2 4	多低	「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
2 5	出産	平成21年5月29日保発第0529005号から第0529010号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」に基づき、直接支払制度を利用する者の出産に係る診療報酬請求である場合

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

なお、外来診療料を算定する場合は、「（床）」の欄に、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（以下「許可病床」という。）のうち一般病床に係るものの数を記載すること。また、特定疾患療養管理料を算定する場合、病院である保険医療機関にあつては、「（床）」の欄に、許可病床の数を記載すること。また、月の途中において当該病床数に変更した場合は、当該欄には変更後の病床数（以下「病床数」という。）を記載し、「摘要」欄に変更日と変更前の病床数を記載すること。

(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22年4月27日付保発0427第1号）別添3に規定する傷病名を用いること。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」（平成24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こと。

イ 主傷病、副傷病の順に記載すること。主傷病については原則として1つ、副傷病については

主なものについて記載することとし、主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。

ウ 薬剤料に係る所定単位当たりの薬価が175円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、イに基づき記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとする。ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りでないこと。

エ 傷病名が4以上ある場合には、「傷病名」欄の余白に順次番号を付し、傷病名を記載し、又は当該欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に順次番号を付して記載し、最終行の下に実線を引いてその他の記載事項と区別し、記載した傷病名に対応する診療開始日を、傷病名の右側（傷病名の右側に余白がない場合は、当該傷病名の次の行の行末）に記載すること。

オ 心身医学療法を算定する場合にあっては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「(心身症)」と記載すること。

(16) 「診療開始日」欄について

ア 当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載すること。ただし、「傷病名」欄が単一病名の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月中に治ゆ又は死亡したのものについては、記載を省略しても差し支えないこと。

イ 同月中に保険種別等の変更があった場合には、その変更があった日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

ウ 同一の患者に対する診療継続中に、当該保険医療機関において、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該保険医療機関の診療内容の継続性が認められて継続して保険医療機関の指定を受けた場合を除き、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

(17) 「転帰」欄について

治ゆした場合には「治ゆ」の字句を、死亡した場合には「死亡」の字句を、中止又は転医の場合には「中止」の字句をそれぞれ○で囲むこと。

なお、2以上の傷病にわたる場合は「傷病名」欄の番号を付して「転帰」欄に区分して記載すること。

電子計算機の場合は、それぞれの傷病名と同じ行に「治ゆ」、「死亡」又は「中止」の字句を記載することとしても差し支えないこと。

(18) 「診療実日数」欄について

ア 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第1公費及び第2公費に係る診療実日数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の診療実日数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る診療実日数を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る診療実日数が第1公費に係る診療実日数と同じ場合は、第2公費に係る診療実日数の記

載を省略しても差し支えないこと。

イ 入院外分については、診療を行った日数（小児科外来診療料、開放型病院共同指導料（I）、退院時共同指導料1及びハイリスク妊産婦共同管理料（I）を行った日数並びに外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した患者に対する、疾患別リハビリテーション又は放射線照射に係る初診料、再診料又は外来診療料が算定できない期間に行われた疾患別リハビリテーション又は放射線照射の日数を含む。）を記載すること。

ウ 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合（以下「電話等再診」という。）の実日数は1日として数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

エ 同一日に初診及び再診（電話等再診を含む。）が2回以上行われた場合の実日数は、1日として数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

オ 入院分については、入院日数を記載すること。

なお、入退院日は、それぞれ1日として数えること。

カ (16)のAのただし書きの場合、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、この場合においても、診療実日数は記載するものであること。

キ 同一日に複数科を受診した場合の初診料・再診料・外来診療料を算定しない科に係る診療実日数については、初診料・再診料・外来診療料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載するものとする。

ク 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、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、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・指導料又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こと。

ケ 初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げるような場合は、当該行為を行った日は実日数として数えないこと。

(ア) 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを後日聞きに来た場合

(イ) 往診等の後に薬剤のみを後日取りに来た場合

(ウ) 初診又は再診の際検査、画像診断等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後日検査、画像診断等を受けに来た場合

(19) 「点数」欄について

ア 項目名又は略称、所定点数、回数及び合計点数を記載すること。「×」がない場合及び「×」があっても算定した所定点数が複数の場合は、所定点数及び回数の記載は省略して差し支えないこと。なお、「回」、「単位」又は「日間」がない場合は合計点数のみとすること。

イ 「点数」欄に記載すべき項目名又は略称、回数、所定点数その他の事項を欄内に書ききれない等の場合は、それらの事項を「摘要」欄に記載すること。なお、それ以外の場合も、それらの事項を「摘要」欄に記載することは差し支えないこと。

ウ 公費負担医療のみの場合であっても、当月診療に係るすべての回数及び点数を記載すること。感染症法と生活保護法との併用の場合は、生活保護法に係る診療内容が該当するものであるこ

と。

(20) 「初診」欄について

ア 診療時間内の初診の場合（初診料の注2に規定する紹介率等が低い保険医療機関において、他の保険医療機関等からの文書による紹介がない初診の場合は、「摘要」欄に「初減」と表示すること。）には回数及び点数を記載し、時間外、休日又は深夜に該当する場合は、該当する文字を○で囲み、その回数及び点数を記載し、初診料の注3のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合は、「摘要」欄に「複初」（初診料の注2に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合は、「複初減。」）と表示し、当該診療科名及び当該点数を記載すること。

また、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に「特」と、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、通常の時間外、休日又は深夜加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に「特夜」、「特休」又は「特深」と、夜間・早朝等加算を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に「夜早」と表示すること。

なお、電子計算機の場合は、「初減」、「複初」、「複初減」、「特」、「特夜」、「特休」、「特深」、「夜早」の□に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないものであること。以下、「複初」等の略号を使用する場合も同様であること。

イ 6歳未満の乳幼児に対し初診を行った場合は、当該加算を加算した点数を記載し、乳幼児加算等の表示は必要がないこと。

ウ 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は、「摘要」欄に「前月算定」と表示すること。

(21) 「再診」欄について

ア 外来診療料については、本欄に所要の事項を記載すること。

イ 再診（外来診療料の注2に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合は、「摘要」欄に「外診減」と表示すること。）及び外来管理加算の項には、回数及び合計点数を記載し、再診料の注2又は外来診療料の注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は、「摘要」欄に「複再」又は「複外診」（外来診療料の注2に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合は、「複外診減。」）と表示し、当該診療科名及び当該点数を記載すること。なお、同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ウ 時間外、休日、深夜の項には、それぞれの回数及び加算点数を別掲すること。また、時間外加算の特例を算定した場合は通常の時間外加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に「特」と、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、通常の時間外、休日又は深夜加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に「特夜」、「特休」又は「特深」と、夜間・早朝等加算を算定した場合は通常の時間外と同様に記載するとともに、「摘要」欄に「夜早」と表示すること。

エ 乳幼児加算を算定した場合は、再診の項に再診料に当該加算を加算した点数を記載し、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

なお、月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

オ 時間外対応加算を算定した場合には、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」

欄に「時外1」、「時外2」又は「時外3」と表示すること。

カ 明細書発行体制等加算を算定した場合には、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「明」と表示すること。

キ 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は、「摘要」欄に「前月算定」と表示すること。

(22) 「医学管理」欄について

ア 特定疾患療養管理料を算定した場合は、「特」と表示して所定点数を記載すること。

イ 入院外分についてウイルス疾患指導料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、心臓ペースメーカー指導管理料、慢性維持透析患者外来医学管理料、糖尿病合併症管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料1・2、がん患者カウンセリング料、外来緩和ケア管理料、移植後患者指導管理料の臓器移植後の場合、移植後患者指導管理料の造血幹細胞移植後の場合、植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、ニコチン依存症管理料、手術前医学管理料、リンパ浮腫指導管理料、救急救命管理料又は医療機器安全管理料を算定した場合は、「ウ、薬、悪、外栄、集栄、ベ、慢透、糖、耳鼻、がん1、がん2、カウ、外緩、臓移、造移、植ホ、透予、トリ、救搬、三コ、手前、リ、救」及び「医機安」と表示してそれぞれの所定点数を記載すること。なお、特定薬剤治療管理料を算定した場合は、血中濃度を測定している薬剤名及び初回の算定年月を「摘要」欄に記載し、臓器移植加算を算定した場合は、当該臓器移植を行った月日を「摘要」欄に記載すること（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。）。

心臓ペースメーカー指導管理料又は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を算定した場合は、「導入期」と表示し、心臓ペースメーカー指導管理料については、ペースメーカー移植術を行った月日を、「イ 遠隔モニタリングによる場合」を算定した場合は、直近の算定年月を、植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料については、植込術を行った月日を「摘要」欄に記載すること。また、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、行った腫瘍マーカーの検査名を、ニコチン依存症管理料を算定した場合は、初回の当該管理料を算定した月日を「摘要」欄に記載すること。

リンパ浮腫指導管理料を退院後に再度算定した場合は、退院日及び実施した手術名を「摘要」欄に記載すること。また、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は、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。

がん性疼痛緩和指導管理料又は外来緩和ケア管理料を算定している患者に対して、小児加算を算定した場合には、「摘要」欄に「小児」と表示すること。

糖尿病透析予防指導管理料を算定する場合には、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「摘要」欄に記載すること。

ウ 小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料(I)、皮膚科特定疾患指導管理料(II)、在宅療養指導料、高度難聴

指導管理料、喘息治療管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、地域連携小児夜間・休日診療料又は地域連携夜間・休日診療料を算定した場合は、「小児特定、小児療養、てんかん、難病、皮膚(I)、皮膚(II)、在宅指導、高度難聴、喘息、疼痛、小児悪腫、地域小児又は地域夜休」と表示して所定点数を記載すること。なお、小児特定疾患カウンセリング料を算定した場合は、第1回目のカウンセリングを行った年月日を、高度難聴指導管理料のイを算定した場合は、人工内耳植込術を行った月日を、喘息治療管理料の加算を算定した場合は、当該加算に係る第1回目の治療管理を行った月日を、慢性疼痛疾患管理料を算定した場合は、当該患者に対し最初に当該管理料を算定した場合に限る。は、算定日を「摘要」欄に記載すること。

エ 小児科外来診療料、乳幼児育児栄養指導料又は生活習慣病管理料を算定した場合は、「児外初、児外再、児内初、児内再、乳栄、生外又は生内」と表示して所定点数を記載すること。また、初診料、再診料又は外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例若しくは小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄には「外」、「休」、「深」、「特」、「特夜」、「特休」又は「特深」と表示するとともに、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例の場合は、回数を併せて記載すること。なお、小児科外来診療料を算定している患者のうち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は、その理由を「摘要」欄に記載すること。

オ 入院分についてウイルス疾患指導料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、高度難聴指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料1・2、がん患者カウンセリング料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、手術前医学管理料、手術後医学管理料、肺血栓栓症予防管理料、リンパ浮腫指導管理料、地域連携診療計画管理料、肝炎インターフェロン治療計画料、救急救命管理料、医療機器安全管理料又は退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、「ウ」、「薬」、「悪」、「高難」、「がん1」、「がん2」、「カウ」、「トリ」、「救搬」、「手前」、「手後」、「肺予」、「リ」、「地連管」、「肝計」、「救」、「医機安」又は「退薬」と表示して、それぞれの点数を記載すること。

なお、特定薬剤治療管理料を算定した場合は、血中濃度を測定している薬剤及び初回の算定年月を、臓器移植加算を算定した場合は、当該臓器移植を行った月日を、リンパ浮腫指導管理料を算定した場合は、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）を「摘要」欄に記載すること。

（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。）

また、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、行った腫瘍マーカーの検査名を、高度難聴指導管理料のイを算定した場合は、人工内耳植込術を行った月日を「摘要」欄に記載すること。がん性疼痛緩和指導管理料を算定している患者に対して、小児加算を算定した場合には、「摘要」欄に「小児」と表示すること。

地域連携診療計画退院時指導料（I）を算定した場合は、「地連I」と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に退院日を記載すること。また、地域連携診療計画退院計画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、「地連I加」と表示すること。

がん治療連携計画策定料の「1」を算定した場合は、**がん策1**と表示して、所定点数を記載すること。また、がん治療連携計画策定料の「2」を算定した場合は、**がん策2**と表示して、所定点数を記載すること。

認知症専門診断管理料の「1」を算定した場合は、**認管1**と表示して、所定点数を記載すること。また、認知症専門診断管理料の「2」を算定した場合は、**認管2**と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に前回算定日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。

認知症療養指導料を算定した場合は、**認指**と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に認知症療養計画に基づく最初の治療を行った月日を記載すること。

薬剤管理指導料の「1」、「2」又は「3」を算定した場合は、**薬管1**、**薬管2**又は**薬管3**と表示して、それぞれの点数を記載するとともに、当該算定の対象となった指導を行った日を、薬剤管理指導料の「2」を算定した場合は、薬剤名を「摘要」欄にそれぞれ記載すること。また、麻薬管理指導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」欄に指導を行った日を記載するとともに、**薬管1**、**薬管2**又は**薬管3**に併せて**麻加**と表示すること。

カ 入院外分について開放型病院共同指導料（I）、退院時共同指導料1又はハイリスク妊産婦共同管理料（I）を算定した場合は、**開I**、**退共1**又は**ハイI**と表示して、当該項目の回数及び合計点数を記載すること。なお、「摘要」欄に入院日を記載すること。また、退院時共同指導料1を算定している患者に対して、特別管理指導加算を算定した場合には、「摘要」欄に**特管**と表示するとともに、その算定日を記載すること。

がん治療連携計画策定料の「1」を算定した場合は、**がん策1**と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に退院日を記載すること。また、がん治療連携計画策定料の「2」を算定した場合は、**がん策2**と表示して、所定点数を記載すること。

がん治療連携指導料、がん治療連携管理料又は肝炎インターフェロン治療計画料を算定した場合は、**がん指**、**がん管**、**肝計**と表示して所定点数を記載すること。

地域連携診療計画退院時指導料（II）を算定した場合は、**地連II**と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に地域連携診療計画退院時指導料（I）を算定した保険医療機関からの退院日を記載すること。

認知症専門診断管理料の「1」を算定した場合は、**認管1**と表示して、所定点数を記載すること。また、認知症専門診断管理料の「2」を算定した場合は、**認管2**と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に前回算定日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。

認知症療養指導料を算定した場合は、**認指**と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に治療を行った月日を記載すること。

外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した場合は、**外リ1**、**外リ2**、**外放**と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄にその算定日を記載すること。また、外来放射線照射診療料において、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は、**外放減**と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄にその算定日を記載すること。外来放射線照射診療料について、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、又は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修了する場合には、「摘要」欄に治療を継続する医学的な理由を記載すること。

キ 診療情報提供料（I）又は（II）を算定した場合は、**情I**又は**情II**と表示して、点数を

記載し、「摘要」欄にその算定日を記載すること。また、診療情報提供料（Ⅰ）の「注7」に規定する加算、「注8」に規定する加算、「注9」に規定する加算、認知症専門医療機関連携加算、精神科医連携加算又は肝炎インターフェロン治療連携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、併せて「情Ⅰ退」、「情Ⅰ妊」、「情Ⅰ認紹」、「情Ⅰ認連」、「情Ⅰ精」又は「情Ⅰ肝」と表示すること。なお、「注7」に規定する加算を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載すること。

また、保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合は、「摘要」欄にその情報提供先を記載すること。

ク 薬剤情報提供料を算定した場合は、「薬情」と表示して、回数及び点数を記載すること。また、手帳記載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「薬情」に併せて「手帳」と表示すること。

ケ 退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載すること。

コ 傷病手当金意見書交付料又は療養費同意書交付料を算定した場合は、「傷」又は「療」と表示して、点数を記載すること。また、「摘要」欄にその交付年月日を記載すること。

なお、傷病手当金意見書交付料について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には、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。また、遺族等に対して意見書を交付した場合は、当該遺族等の診療報酬明細書の「摘要」欄に「相続」と表示し、「傷病名」欄には、遺族等が他に療養の給付を受けていない場合は、意見書の対象となった傷病名を、他に療養の給付を受けている場合は、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記載すること。

サ 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場合は、その旨及び点数を記載すること。

シ 入院分について入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料、開放型病院共同指導料（Ⅱ）、介護支援連携指導料又はハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）を算定した場合は、それぞれ「入栄」、「集栄」、「退リハ」、「退前」、「開Ⅱ」、「介連」又は「ハイⅡ」と表示して、回数及び点数を記載すること。開放型病院共同指導料（Ⅱ）を算定した場合には、「摘要」欄に共同指導を行った日を記載し、介護支援連携指導料を算定した場合には、「摘要」欄にその算定日を記載（当該入院中に既に算定している場合は、初回算定日を併せて記載）すること。

入院栄養食事指導料又は集団栄養食事指導料を算定した場合は、「摘要」欄にその算定日を記載すること。

退院前訪問指導料を2回算定した場合は、「摘要」欄に各々の訪問指導日を記載すること。

退院時共同指導料2を算定した場合は「退共」2と、退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して指導を行った場合は「2者共」と、退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合は「4者共」と表示するとともに、共同指導を行った日を記載し、それぞれの回数及び点数を記載すること。

(23) 「在宅」欄について

ア 往診の項、夜間の項又は深夜・緊急の項については、それぞれ普通の、緊急、夜間又は深夜の往診の回数と点数を記載し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が行った往診については、「摘要」欄に「在支援」又は「在支病」と表示すること。

また、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を行った場合は、「摘要」欄に「支援」と表示し、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。

なお、在宅患者訪問診療料を当該月に算定している場合は、「摘要」欄に当該往診を行った日を記載し、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は、「摘要」欄に「急性」と表示して、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こと。また、在宅患者訪問診療料を算定した日と同一日に往診料を算定した場合は、患者の病状の急変等往診が必要となった理由を「摘要」欄に記載すること。

イ 患家診療時間加算がある場合には、その旨及び時間を「摘要」欄に記載すること。

ウ 特別往診料を算定する場合には、往診の字句の左に「特」、その内訳の最後尾に「波浪」、「滞在」又は「波浪・滞在」と記載し、所定点数（往診料の項に定める基本点数に「注1」、「注2」及び「注3」の点数を加算した点数）と特別加算点数（波浪及び滞在对する加算点数）とを併記すること。また、「摘要」欄には往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間を記載すること。

エ 在宅患者訪問診療の項については、回数及び総点数を記載するほか、次によること。なお、厚生労働大臣が定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合は「難病」と表示すること。

(ア) 「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問診療を行った場合は、「摘要」欄に「在宅」と、「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問診療を行った場合であって、「イ」の特定施設等に入居する者の場合は、「摘要」欄に「特施」と表示し、「ロ」のイ以外の場合は、「摘要」欄に「同一」と表示すること。なお、同一の患者について、同一月内に「1」及び「2」の患者に該当する場合には、在宅患者訪問診療の項には総点数を記載し、「摘要」欄にその内訳（「1」及び「2」の回数及び総点数）を記載すること。また、乳幼児加算又は幼児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」欄に併せて「乳」又は「幼」と表示すること。

(イ) 患家診療時間加算がある場合には、その旨及び時間を「摘要」欄に記載すること。

(ウ) 在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「在宅患者訪問診療」の字句の次に「夕」と表示すること。なお、「摘要」欄に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及び当該患者が在宅以外で死亡した場合は死亡前24時間以内に行った訪問診療の日時を記載すること。また、看取り加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「摘要」欄に「看取」と表示すること。

(エ) 患家との直線距離が16kmを超えた場合又は海路の場合であって、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料を算定する場合には、在宅患者訪問診療の字句の左に「特」、その内訳の最後尾に「波浪」、「滞在」又は「波浪・滞在」と記載し、所定点数に在宅患者訪問診療料の項に定める「注4」、「注5」、「注6」及び「注7」の点数を加算した点数と特別加算点数（波浪及び滞在对する加算点数）とを併記すること。また、「摘要」欄には訪問地域（距離）、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間を記載すること。

(オ) 当該月又はその前月に往診料を算定している場合には、当該訪問診療を行った日を「摘

要」欄に記載すること。

オ 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定した場合は、その他の項に、処方せんを交付した場合には「在医総管外」又は「特医総管外」と、処方せんを交付していない場合には「在医総管内」又は「特医総管内」と表示して点数を記載し、当該月において往診又は訪問診療を行った日を「摘要」欄に記載すること。なお、重症者加算を算定した場合は、その他の項に「重症加算」と表示して点数を記載すること。また、在宅移行早期加算を算定した場合は、初回の当該管理料を算定した年月日を「摘要」欄に記載し、その他の項に「在宅移行」と表示して点数を記載すること。

カ 在宅がん医療総合診療料を算定した場合は、その他の項に「在医総」と表示して日数及び点数を記載すること。また、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「摘要」欄に記載すること。（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。）

キ 患者において死亡診断を行った場合の加算を算定した場合は、「摘要」欄にその旨記載すること。

ク 救急搬送診療料、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、特別訪問看護指示加算、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、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した場合は、その他の項に「搬送診療」、「訪問点滴」、「訪問リハ」、「訪問指示」、「特別指示」、「喀痰指示」、「訪問薬剤」、「訪問栄養」、「在宅連携」又は「在宅緊急」と表示し、回数（単位数）及び総点数を記載すること。

在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合は、「訪問看護」又は「訪問看護（同一）」、厚生労働大臣の定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合は、「訪問看護 難病」又は「訪問看護 難病（同一）」、急性増悪等により頻回な訪問看護を必要とする患者に対して行った場合は、「訪問看護 急性」又は「訪問看護 急性（同一）」、悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合、「訪問看護 専門」又は「訪問看護 専門（同一）」、緊急訪問看護加算を算定する場合は、「訪問看護 緊急」又は「訪問看護 緊急（同一）」、長時間訪問看護・指導加算を算定する場合は、「訪問看護 長時」又は「訪問看護 長時（同一）」、乳幼児加算又は幼児加算を算定する場合は、「訪問看護 乳」若しくは「訪問看護 乳（同一）」又は「訪問看護 幼」若しくは「訪問看護 幼（同一）」、複数名訪問看護加算を算定する場合は「訪問看護 複訪看看」若しくは「訪問看護 複訪看看（同一）」又は「訪問看護 複訪看准」若しくは「訪問看護 複訪看准（同一）」又は「訪問看護 複訪看補」若しくは「訪問看護 複訪看補（同一）」、在宅患者連携指導加算又は同一建物居住者連携指導加算を算定する場合は、「訪問看護 連携」又は「訪問看護 連携（同一）」、在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算を算定する場合は、「訪問看護 カン」又は「訪問看護 カン（同一）」と表示し、回数及び総点数を記載すること。また、長時間訪問看護・指導加算を算定した場合には、訪問看護を実施した日を、複数名訪問看護加算を算定した場合には、訪問看護を実施した日を、在宅患者連携指導加算又は同一建物居住者連携指導加算を算定した場合には、情報共有を行った日、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、在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合には、カンファレンスを実施した日、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それぞれ「摘要」

欄に記載すること。

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は、「摘要」欄に「支援」と表示し、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。

患者の急性増悪等により頻回な、1日に2回又は3回以上、在宅患者訪問看護・指導を行った場合は、「摘要」欄にその必要を認めた診療日又は在宅療養支援診療所から指示のあった日、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こと。また、特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄にその必要を認めた理由を記載すること。

なお、月の初日が週の途中にある場合は、前月の最終の週における訪問回数を（ ）書きで「摘要」欄に記載するほか、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・指導を行った場合は、それぞれの回数を「摘要」欄に記載すること。

難病等複数回訪問加算、在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「訪問看護」の字句の次にそれぞれ「複」、「夕」又は「同夕」と表示するとともに、訪問看護を実施した日時、患者が死亡した場所及び日時を「摘要」欄に記載すること。

在宅移行管理加算又は在宅移行管理重症者加算を算定した場合は、所定点数に当該加算を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に「移」又は「移重症」と表示するとともに、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「摘要」欄に記載すること。また、訪問看護指示料及び特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を記載すること。

夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算を算定した場合は、所定点数に当該加算を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に「夜早」又は「深」と表示するとともに、訪問看護を実施した日時を「摘要」欄に記載すること。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定した場合は、点滴注射を行った日を「摘要」欄に記載すること。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は、「注射」欄に(25)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。

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定した場合は、訪問指導を行った日及び単位数を「摘要」欄に記載するとともに、「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問リハビリテーションを行った場合は「在宅」と、「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問リハビリテーションを行った場合は「同一」と併せて表示すること。また、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は、「摘要」欄に「急性」と表示すること。

介護職員等喀痰吸引等指示料を算定した場合は、前回の指示書を交付した日（初回の場合は初回である旨）を「摘要」欄に記載すること。

在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、訪問薬剤管理指導を行った日を「摘要」欄に記載するとともに、「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合は「在宅」と、「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合は「同一」と併せて表示すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は「訪問薬剤」に併せて「麻加」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

在宅患者訪問栄養食事指導料を算定した場合は、訪問栄養食事指導を行った日を「摘要」欄に記載するとともに、「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問栄養食事指導を行った場合は「在宅」と、「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問栄養食事指導を行った場合は「同一」と併せて表示すること。

在宅患者連携指導料を算定した場合は、情報共有を行った日、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「摘要」欄に記載すること。

在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した場合は、カンファレンスを実施した日、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「摘要」欄に記載すること。

救急搬送診療料の長時間加算を算定した場合は、診療に要した時間を「摘要」欄に記載するとともに、「搬送診療長」と併せて表示すること。

ケ 医科点数表第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又は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は、「摘要」欄に紹介元医療機関名と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。

コ 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は、「摘要」欄に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。

サ 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「注」と表示して所定点数を記載し、注入器用注射針加算（1の加算に限る。）を算定した場合は、「摘要」欄に当該加算を算定した理由を記載すること。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「注糖」、「入」、「間」又は「針」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は、「摘要」欄に血糖自己測定の回数及び1型糖尿病である場合は1型糖尿病であることを記載すること。在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給単位数、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。

シ 在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に「在小血糖」と表示して所定点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は、「注糖」と表示して当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に血糖自己測定の回数を記載すること。

ス 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に「在妊糖」と表示して所定点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は、「注糖」と表示して当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に血糖自己測定の回数を記載すること。

セ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、その他の項に「灌」と表示して点数を記載すること。また、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は、「摘要」欄に回数及び必要と認めた理由を記載し、紫外線殺菌器加算又は自動腹膜灌流装置加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「紫」又は「自腹」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。人工腎臓又は腹膜灌流（連続携行式腹膜灌流に限る。）を算定した場合は、「摘要」欄に算定した日を記載すること。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は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。

ソ 在宅血液透析指導管理料を算定した場合は、その他の項に「在透」と表示して点数を記載すること。また、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は、「摘要」欄に回数及

び2回以上の在宅血液透析指導管理が必要と認めた理由を記載し、透析液供給装置加算を算定した場合は、併せて「透液」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、初回の指導管理を行った月日を「摘要」欄に記載すること。人工腎臓を算定した場合は、「摘要」欄に算定した日を記載すること。在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、支給日数、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。

タ 在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「酸」と表示して点数を記載すること。この場合、「摘要」欄に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し、慢性心不全で適用になった患者にあっては、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の実施日及び無呼吸低呼吸指数も併せて記載すること。

なお、酸素ポンペ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算又は呼吸同調式デマンドバルブ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「ポ」、「濃」、「液」又は「呼」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。また、酸素ポンペ加算及び液化酸素装置加算について携帯用又は携帯型を用いた場合は、併せて、「携」と表示すること。

チ 在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「中」と表示して点数を記載すること。在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「輸」又は「注ポ」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。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は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、支給日数、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。

ツ 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「経」と表示して点数を記載すること。在宅経管栄養法用栄養管セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「管」又は「注ポ」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載すること。

テ 在宅小児経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「小経」と表示して点数を記載すること。在宅経管栄養法用栄養管セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「管」又は「注ポ」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅小児経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載すること。

ト 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「尿」と表示して点数を記載すること。間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算を算定した場合は、併せて「カ」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載すること。

ナ 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「人」と表示して点数を記載すること。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「陽呼」、「鼻呼」又は「陰呼」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。また、排痰補助装置加算を算定した場合は併せて「排痰」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

- ニ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「**持呼**」と表示して点数を記載し、「摘要」欄に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ィ上在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並びに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はその理由を記載すること。経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算を算定した場合は、併せて「**経呼**」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。
- ヌ 在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定した場合は、その他の項に「**在悪**」又は「**在悪共**」と表示して点数を記載すること。携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「**携ポ**」又は「**悪ポ**」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅悪性腫瘍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は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。また、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に在宅悪性腫瘍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こと。
- ネ 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に「**寝**」と表示して点数を記載すること。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は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。
- ノ 在宅自己疼痛管理指導管理料を算定した場合は、その他の項に「**疼**」と表示して点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、「**疼信**」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- ハ 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料を算定した場合は、その他の項に「**振**」と表示して点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、「**疼信**」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。導入期加算を算定した場合は、「**導入期**」と表示し、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に植込術を行った年月日を記載すること。
- ヒ 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料を算定した場合は、その他の項に「**迷**」と表示して点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、「**疼信**」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。導入期加算を算定した場合は、「**導入期**」と表示し、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に植込術を行った年月日を記載すること。
- フ 在宅肺高血圧症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に「**肺**」と表示して点数を記載すること。また、携帯型精密輸液ポンプ加算を算定した場合は、「**肺ポ**」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- ヘ 在宅気管切開患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に「**気**」と表示して点数を記載すること。また、気管切開患者用人工鼻加算を算定した場合は、「**気鼻**」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- ホ 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に「**難皮**」と表示して点数を記載すること。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は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、支給日数、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。
- マ 在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料又は在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）

指導管理料を算定した場合は、その他の項に植心拍又は植心非拍と表示して点数を記載すること。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は、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。

ミ 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。）は、特定保険医療材料の総点数、名称、セット数及び支給日数を記載すること。

ム 在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて他の在宅療養指導管理材料加算のみを算定した場合は、その他の項にサからヌまで及びノからへに掲げる当該加算の表示を記載し、当該加算点数を記載すること。

メ 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合は、前と表示して点数を記載すること。また、乳幼児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」欄に併せて乳幼と表示すること。なお、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は、その点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。

モ 入院中の患者に対して、救急搬送診療料を算定した場合は、クの例により記載すること。また、入院中の患者に対して退院の日在宅療養指導管理料を算定した場合は、「退院時在宅指導」と記載した上でコからヒまでの例により記載すること。

ヤ 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料を算定した場合は、「在宅」欄に灌薬と表示して、総点数を記載し、「摘要」欄に、総投与量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数、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。

ユ 緊急時施設治療管理料を算定した場合は、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はその日時及び対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨を「摘要」欄に記載すること。

(24) 「投薬」欄について

ア 入院分について

(ア) 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の項にそれぞれの調剤単位数及び薬剤料の総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

また、調剤料を算定する場合は、調剤の項に日数及び点数を記載すること。

(イ) 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関（以下「届出保険医療機関」という。）については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

(ウ) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に日数及び点数を記載すること。

(エ) 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。なお、院内製

剤加算を算定した場合は、調基の項に **院** と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

(オ) 入院患者に対し退院時に投薬を行った場合は、「退院時 日分投薬」と「摘要」欄に記載すること。

(カ) 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は、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「摘要」欄に記載すること。

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。

イ 入院外分について

(ア) 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の「薬剤」の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の「薬剤」の項にそれぞれの薬剤料の所定単位による総投与単位数と総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

(イ) 内服の「調剤」の項には内服薬、浸煎薬及び屯服薬の投与回数及び点数を、外用の「調剤」の項には、外用薬の投与回数及び点数を記載すること。

(ウ) 処方箋の項は、処方せんを交付しない場合において処方回数及び点数を記載すること。

なお、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は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

(エ) 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

(オ) 常態として、内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に **減** と表示すること。

(カ) 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は、臨時薬の投与の必要性を「摘要」欄に記載すること。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。

(キ) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に処方回数及び点数を記載すること。

(ク) 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。

(ケ) 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であって14日を超えて投与した場合は、当該長期投与の理由を「摘要」欄に記載すること。

(コ) 乳幼児加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

(サ) 特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、

「摘要」欄に処方期間が28日以上の場合は「特処方」、それ以外の場合は「特処」と表示し、回数及び点数を記載すること。なお、処方期間が28日以上であって、隔日及び漸増・減等で投与する場合はその旨を併せて「摘要」欄に記載すること。

(シ) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「抗悪」と表示すること。

(ス) 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は、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「摘要」欄に記載すること。

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。

ウ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合は、次の例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

〔記載例〕

ラシックス錠20mg	1錠	
アルダクトンA錠25mg	1錠	3×5
リピトール錠10mg	1錠	11×5

(薬評)

エフピーOD錠2.5

(25) 「注射」欄について

ア 外来化学療法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」欄に外来化学療法加算1の外来化学療法加算Aを算定する場合は「化1A」、外来化学療法加算Bを算定する場合は「化1B」と、外来化学療法加算2の外来化学療法加算Aを算定する場合は「化2A」、外来化学療法加算Bを算定する場合は「化2B」と表示するとともに、算定回数を記載すること。

イ 皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射を行った場合は、皮下筋肉内及び静脈内の項に、その他の注射を行った場合は、その他の項に、注射の種類を記して、それぞれ回数及び点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所要単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。

ウ 点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤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「血漿」と表示して、1回目の注射の実施日を記載すること。

エ 皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射等については、入院外分はそれぞれ1回分ごとに、入院分はそれぞれ1日分ごとに、点滴注射及び中心静脈注射等については1日分ごとに、使用した薬名、規格単位(％、mL又はmg等)及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、注射の各手技料の算定単位(1回又は1日)当たりの薬価が175円以下の場合は、使用薬剤の薬名、使用量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

オ 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1

年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数が上限点数を超える場合は、当該上限点数から合算点数を控除して得た点数を「注射」欄のその他の項の「摘要」欄に「その他薬剤」と表示して△書きにより記載し、その合計点数をその他の項に記載すること。

カ 特定保険医療材料を使用した場合は、(26)のイの例により「摘要」欄に記載すること。

キ 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は、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「摘要」欄に記載すること。

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。

ク 乳幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

ケ 無菌製剤処理料の「1」又は「2」を算定した場合は、「摘要」欄にそれぞれ ㊦1又は ㊦2と表示するとともに、算定回数を記載すること。閉鎖式接続器具を使用した場合には、㊦1器具と記載すること。

コ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合は、(24)のウの例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(26) 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

ア 処置又は手術については、処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を、麻酔については、麻酔の種類、麻酔日、回数及び点数を記載すること。麻酔を処置又は検査・画像診断に伴って行った場合は、当該処置又は検査・画像診断の種類を「摘要」欄に記載すること。対称器官の両側に対し、処置又は手術（ともに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、左右別にそれぞれ処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を記載すること。デブリードマンを繰り返し算定する場合は、植皮の範囲（全身に占める割合）を「摘要」欄に記載すること。

イ 麻酔等（麻酔に伴う前処置を含む。）に伴って薬剤を使用した場合は、それぞれ使用した薬剤総量の薬価が15円を超えるものについては、個々の処置、手術又は麻酔ごとに、当該薬価から15円を控除して算定した点数を薬剤の項に記載し、使用した薬剤の薬名、規格単位（%、mL又はmg等）及び使用量を個々の処置、手術及び麻酔別に「摘要」欄に記載すること。ただし、神経破壊剤については、薬価にかかわらず使用した薬剤の薬名及び規格単位を「摘要」欄に記載すること。神経ブロックについて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は、その医学的必要性を「摘要」欄に記載すること。なお麻酔中のショック等に対する治療等に伴う薬剤については、注射等当該治療等の該当欄に記載すること。また、処置等に伴って使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方厚生（支）局長に届け出た単価（単位 円・銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位 リットル）を「摘要」欄に、手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、「摘要」欄にそれぞれ以下のように記載すること（酸素について、複数の単価で請求する場合は、単価ごとに、単価及び使用量を記載すること。）。

a 手術、処置、検査等の名称は告示名又は通知名を使用する。

b 手術、処置、検査等の手技料については、必ず点数を明記する。

c 材料は商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順で記載する。

なお、告示の名称又は通知の名称については（ ）書きとすること。

d 保険医療機関における購入価格によるとなっているものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格で請求すること。

e 処置、手術等の名称、手技の加算、処置（手術）医療機器等加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に処置、手術等ごとに記載すること。

〔記載例〕

例1 手術以外に使用された特定保険医療材料等

①処置名	人工腎臓	3	その他の場合	
手技の加算	導入期加算			1, 880 × 1
②薬剤料	使用薬剤			点数 × 1
③特定保険医療材料〔商品名〕	ホローファイバー型高機能ダイライザー	1. 4	m ²	
	(ホローファイバー型及び積層型(キール型)(1.5m ² 未満(Ⅱ))	1, 660	円)	1個
				166 × 1

例2 手術に使用された特定保険医療材料

(1)	③特定保険医療材料〔商品名〕	〇〇〇〇		
	(ペースメーカー(デュアルチャンバ(Ⅳ型))	1, 000, 000	円)	1個
				100, 000 × 1
(2)	③特定保険医療材料〔商品名〕	△△△△		
	(輸血用血液フィルター(微小凝集塊除去用))	2, 390	円)	1個
				239 × 1

f 「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24年3月5日保医発0305第5号) Iの3の(8)のAのただし書きに該当する場合にはその旨を、同3の(29)のA、同3の(41)、同3の(64)のウ、同3の(73)のイ、同3の(75)のA又はイ、同3の(78)のエ、同3の(79)のイ及び同3の(84)のウ又はエに該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。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こと。

g 酸素の費用に係る請求については、地方厚生(支)局長に届け出た液化酸素(CE、LGC)、酸素ポンプ(大型、小型)の酸素区分、当該請求に係る単価及び使用量並びに補正率を以下の例により記載すること。

〔記載例(単価0. 18円の場合の酸素購入価格)〕

処置名	酸素吸入			65 × 1
酸素の加算(液化酸素CE)				7 × 1
(請求単価)	(使用量)	(補正率)		

$(0. 18 \text{円} \times 300 \frac{\text{リットル}}{\text{分}} \times 1. 3) \div 10 = 7 \text{点}$

(注) () において端数整理を行った後、10円で除して再度端数整理を行うこと。

ウ 処置の手技料を包括する点数を算定するに当たって併せて当該処置に係る材料、薬剤等の費用を算定する場合は、「処置」欄及び「摘要」欄にイの例により記載すること。

エ 輸血を行った場合は、回数、点数、その他必要な事項を記載すること。なお、輸血に当たって使用した生血、自己血、保存血の別に1日の使用量及び原材料として使用した血液の総量並びに薬剤について、その薬名、使用量の内訳及び加算点数を「摘要」欄に記載すること。自己

血貯血を行った場合は、貯血量、手術予定日（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。）、6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合においては患者の体重をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合は、患者の体重及び輸血量を「摘要」欄に記載すること。輸血に当たって、血液交叉試験等の加算を行った場合にも「摘要」欄にその旨を記載すること。輸血管理料を算定した場合は、「摘要」欄に **輸管Ⅰ** 又は **輸管Ⅱ** と表示すること。

オ 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は、患者の体重及び出血量を「摘要」欄に記載すること。

カ 時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例である旨の **外**、**休**、**深** 又は **特外** を表示すること。

キ 処置の新生児・乳児・乳幼児（6歳未満）加算、麻酔の未熟児・新生児・乳児・幼児（1歳以上3歳未満）加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児加算又は乳幼児加算である旨の **未**、**新**、**乳**、**幼** 又は **乳幼** を表示すること。

ク 手術の1,500グラム未満の児・新生児（1,500グラム未満の児を除く。以下この項において同じ。）・乳幼児（3歳未満）・幼児（3歳以上6歳未満）加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に1,500グラム未満の児加算、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算である旨の **未満**、**新**、**乳幼** 又は **幼** を表示すること。なお、1,500グラム未満の児加算及び新生児加算を算定した場合は、それぞれ手術時体重を「摘要」欄に記載すること。

ケ HIV抗体陽性の患者に対して観血的手術を行った場合は、観血的加算を算定した旨の表示は省略すること。

コ 局所陰圧閉鎖処置を算定した場合は、初回加算を算定した日と算定した区分を「摘要」欄に記載すること。また、創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合は、併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置の対象部位をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。

[記載例]

* 算定日 27日

局所陰圧閉鎖処置初回加算（100cm²未満） 1,690×1

サ 人工腎臓について慢性維持透析及び慢性維持透析濾過（複雑なもの）以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合は、その理由を「摘要」欄に記載すること。

また、人工腎臓を算定した日を「摘要」欄に記載することとし、人工腎臓について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に導入の年月日を記載すること。

障害者加算又は透析液水質確保加算1若しくは2を算定した場合は、「摘要」欄に **障** 又は **水1**若しくは**水2** と表示の上、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載し、障害者加算

を算定した場合においては、「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」（平成24年3月5日保医発0305第1号）別添1第2章第9部J038人工腎臓の(17)のAからツまでに規定するもののうち、該当するものを記載すること。

シ 持続緩徐式血液濾過を算定した場合は、「摘要」欄に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。）、1回毎の実施時間数（当該月に実施されたものに限る。）、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「摘要」欄に記載すること。また、障害者加算を算定した場合は、上記サの人工腎臓の例により記載すること。

ス 一酸化窒素吸入療法を算定した場合は、開始日時、終了日時及び通算時間を、また、96時間を超えて算定する場合は、その理由及び医学的根拠を「摘要」欄に記載すること。

セ 生体腎移植術を行った場合は、「手術・麻酔」欄の余白に「腎」と、生体部分肺移植術を行った場合は「肺」と表示して腎提供者又は肺提供者の療養上の費用に係る点数及び食事に要した費用の額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を四捨五入して得た点数を合算した点数を記載すること。

この場合、食事に要した費用の額については、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」による額とすること。

なお、腎提供者又は肺提供者の療養上の費用に係る点数を記載した明細書（氏名、保険者番号及び被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号を除いたもの）を「摘要」欄に添付すること。造血幹細胞移植のうち同種移植を行った場合又は皮膚移植術（生体・培養）若しくは生体部分肝移植を行った場合においては、「手術・麻酔」欄の余白にそれぞれ「造」又は「膚」若しくは「肝」と表示するほか、生体腎の移植と同様に記載し、明細書の添付を行うこと。

ソ 連続携行式腹膜灌流について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に導入の年月日を記載すること。

タ 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には、「摘要」欄にその理由を詳細に記載すること。

チ 四肢（手足を含む。）の骨折観血的手術を実施した後、3週間を超えて超音波骨折治療法を行った場合には、「摘要」欄にその理由を詳細に記載すること。

ツ 体外衝撃波疼痛治療術を行った場合には、「摘要」欄に保存療法の開始日とその治療内容、本治療を選択した理由及び医学的根拠並びに2回目以降算定する場合は前回算定日及びその理由を記載すること。

テ 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者であって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は、「処置」欄に「洗淨」と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。また、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）については、「摘要」欄に、「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）におけるランクを記載すること。

ト 「複数手術に係る費用の特例」（平成24年厚生労働省告示第138号）に規定する複数手術を同時に行った場合は、「摘要」欄に従たる手術の名称を「（併施）」を付して記載し、所定点数の1

00分の50に相当する点数を記載すること。

- ナ 熱傷処置を算定した場合には、「摘要」欄に初回の処置を行った月日を記載すること。
- ニ 熱傷温浴療法を算定した場合には、「摘要」欄に受傷日を記載すること。
- ヌ 冷却痔処置を算定した場合には、「摘要」欄に内痔核の重症度を記載すること。
- ネ 干渉低周波による膀胱等刺激法を算定した場合には治療開始日を、皮膚レーザー照射療法の色素レーザー照射療法又はQスイッチ付レーザー照射療法を算定した場合には前回の治療開始日を「摘要」欄に記載すること。
- ノ 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算定した場合には、明細書に症状詳記を添付すること。
- ハ 麻酔管理料（Ⅰ）又は麻酔管理料（Ⅱ）を算定した場合は、「摘要」欄に 麻管Ⅰ 又は 麻管Ⅱ と表示すること。
- ヒ マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した場合には、各区分ごとの麻酔時間を「摘要」欄に記載すること。
- フ 血漿交換療法又は血球成分除去療法を算定した場合は、「摘要」欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）、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。
- ヘ 局所灌流及び吸着式血液浄化法を算定した場合は、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。
- ホ 網膜付着組織を含む硝子体切除術を算定した場合には、当該術式を選択した理由について、「摘要」欄に詳細を記載すること。
- マ 心臓弁再置換術加算を算定した場合には、前回手術日と術式を「摘要」欄に記載すること。
- ミ 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には、前回算定日を「摘要」欄に記載すること。

(27) 「検査・病理」欄について

- ア 検査・病理診断名、回数及び点数を記載すること。所定点数の100分の90に相当する点数により算定する場合は、検査名の右に 減 と表示し、他と分けて記載すること。検査に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

また、特定保険医療材料を使用した場合は、(26)のイの例により「摘要」欄に記載すること。

- 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 緊検 と表示し、検査開始日時を記載すること。引き続き入院した場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。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、狭帯域光強調加算、粘膜点墨法加算、ガイドシース加算又はCT透視下気管支鏡検査加算を算定した場合は、それぞれ 特染、嫌培、血超、血光断、冠血予、血内、心超、超内、腿撮、広眼、狭光、墨、カ又はCT気 と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- 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 外迅検 と表示すること。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 **外迅検** と表示し、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。なお、引き続き入院した場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

エ 検体検査判断料、病理診断料又は病理判断料を算定した場合には、判断料等の区分名、所定点数を「点数」欄に記載すること。区分名としては **判** と「尿」、「血」、「生Ⅰ」、「生Ⅱ」、「免」、「微」、「基」、「組診」、「細診」又は「病判」とをそれぞれ組み合わせて表示すること。入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において判断料等を算定しない場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。また、生体検査料の各判断料を算定した場合は、検体検査判断料と同様に記載すること。区分名としては **判** と「呼」、「脳」、「神」又は「ラ」とをそれぞれ組み合わせて表示すること。

オ 出血・凝固検査、血液化学検査、内分泌学的検査、腫瘍マーカーに掲げる検査（「制限回数を超えて行う診療」に係るものを除く。）、肝炎ウイルス関連検査又は自己抗体検査（これらの所定点数を準用する場合を含む。）をそれぞれ多項目の包括の規定を適用して算定した場合であっても、回数と点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄にそれらの検査名又は略称を他の検査と区別して記載すること。これらの所定点数を準用する場合は、準用した旨を記載し、当該項目数を内訳として示すこと。例えば尿と血液を用いてそれぞれ生化学的検査（Ⅰ）に掲げる項目について検査を行った場合は、判断料については「**判**生Ⅰ」と表示し、「摘要」欄に項目名、項目数を尿を用いて行った検査、血液を用いて行った検査に分けて記載し、合計項目数も記載すること。

カ 基本的検体検査実施料を算定した場合は、**基検** と表示し、入院日数（外泊期間を除く。）及び点数を次の例により「点数」欄に記載すること。

〔記載例〕

基検	（15日）	2, 100
判	基	604

キ 慢性維持透析患者外来医学管理料を算定した場合に、これに含まれる検査以外の検体検査又はこれ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は、その必要性を「摘要」欄に記載すること。

ク マンガン（Mn）を算定した場合は、「摘要」欄に高カロリー静脈栄養法を開始した日を記載すること。

ケ 脳性Na利尿ペプチド（BNP）を算定した場合は、「摘要」欄に本検査の実施日（脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）又は心房性Na利尿ペプチド（ANP）を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日）を記載すること。

コ I型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体（β-CTX）（尿）又はI型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体（β-CTX）の2回目を算定した場合は、前回算定日を「摘要」欄に記載すること。

サ 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は、「摘要」欄に **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こと。

シ 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 **検管Ⅰ**、**検管Ⅱ**、**検管Ⅲ** 又は **検管Ⅳ** と表示すること。また、遺伝カウンセリング加算又は骨髄像診断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 **遺伝**又は**骨診** と表示すること。

- ス 赤血球不規則抗体検査を算定した場合にあっては、輸血歴又は妊娠歴がある旨を「摘要」欄に記載すること。例えば輸血歴がある場合においては、「輸血歴あり」と記載すること。
- セ 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について、HIV-1抗体、HIV-1、2抗体定性、半定量又は定量又はHIV-1、2抗原・抗体同時測定定性又は定量の測定が行われた場合は、「摘要」欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載すること。
- ソ 算定回数が複数月に1回のみとされている検査を実施した場合は、「摘要」欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。
- タ 植込型心電図検査を算定した場合は、「摘要」欄に心電図が記録されていた時間を記載すること。
- チ 超音波検査の「3」心臓超音波検査の「ニ」胎児心エコー法を算定した場合は、算定した日の胎児の週数を「摘要」欄に記載すること。
- ツ 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を算定した場合は、「摘要」欄に算定開始月日を記載すること。
- テ 皮下連続式グルコース測定を算定した場合は、「摘要」欄に「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、該当するものを記載すること。
- ト 光トポグラフィーを算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術実施予定日を記載し、手術が行われなかった場合は、「摘要」欄にその理由を記載すること。
- ナ 脳磁図を算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術実施予定日を記載し、鑑別診断等を目的として行ったため手術が行われなかった場合は、「摘要」欄にその理由を記載すること。
- ニ 筋電図検査の「2」誘発筋電図を算定した場合は、「摘要」欄に検査を行った神経名を記載すること。
- ヌ 網膜機能精密電気生理検査を算定した場合は、「摘要」欄に「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D258-2網膜機能精密電気生理検査のアからウに規定するもののうち、該当するものを記載すること。また、ア及びイについては、直近の算定月日又は初回であればその旨を、ウについては手術施行（予定を含む。）月日を「摘要」欄に記載すること。
- ネ 鼻腔通気度検査を算定した場合は、「摘要」欄に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場合には手術実施予定日）を記載すること。
- ノ 悪性腫瘍遺伝子検査を算定した場合は、「摘要」欄にその目的、結果及び選択した治療法を記載すること。
- ハ 抗IA-2抗体を算定した場合は、「摘要」欄にその理由及び医学的根拠を記載すること。
- ヒ 抗LKM-1抗体を算定した場合は、「摘要」欄に抗核抗体陰性である旨を記載すること。
- フ 「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合は、次の例により「摘要」欄に「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)

A F P 1, 150円×1

- ヘ 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は、「摘要」欄に「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こと。
- ホ 小腸ファイバースコープの「2」を算定した場合には、当該患者の症状詳記を添付すること。
- マ 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製について、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に、「摘要」欄に「4免」と表示し、対象疾患名と染色抗体数を記載すること。
- ミ インフルエンザ核酸検出を算定した場合には、「摘要」欄にその理由を記載すること。
- ム 時間内歩行試験を算定した場合は、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「摘要」欄に記載すること。
- メ 病理診断管理加算1又は2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「病管1」又は「病管2」と表示すること。
- モ 肝硬度検査を3月に2回以上算定する場合は、「摘要」欄に「複肝」と表示し、その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
- ヤ 高度細胞性免疫不全の患者に対して、サイトメガロウイルスpp65抗原を算定した場合は、当該検査が必要であった理由を「摘要」欄に記載すること。
- ユ L型脂肪酸結合蛋白（L-FABP）（尿）の2回目を算定した場合は前回算定日を、3月に2回以上算定する場合はその詳細な理由を「摘要」欄に記載すること。
- ヨ HPVジェノタイプ判定を算定した場合には、あらかじめ行われた組織診断の結果及び組織診断の実施日及び当該検査によって選択した治療法を「摘要」欄に記載すること。また、当該検査の2回目を算定した場合は、前回実施日及び前回選択した治療（その後通常の検診となった場合はその旨）を記載すること。

(28) 「画像診断」欄について

- ア 画像診断の種類（撮影部位を含む）、回数及び点数を記載すること。
- イ 時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数として得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に「緊画」と表示し、撮影開始日時を記載すること。引き続き入院した場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。
- ウ 写真診断に係る場合は、写真の部位、種類、回数及び点数を記載すること。
- エ 電子画像管理加算（エックス線診断料、核医学診断料又はコンピューター断層撮影診断料）を算定した場合には、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「電画」と表示すること。
- オ 画像診断に当たって、特定保険医療材料を使用した場合は、(26)のイの例により「摘要」欄に記載すること。
- カ フィルムを使用した場合にあっては、フィルムの種類、枚数及び大きさを記載すること。
- キ 画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬剤名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。
- ク 核医学診断又はコンピューター断層診断について、入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において当該点数を算定しないときは、その旨を「摘要」欄に記載すること。
- ケ 基本的エックス線診断料を算定した場合は、「基工」と表示し、入院日数（外泊期間を除く。）

及び点数を次の例により「点数」欄に記載すること。

〔記載例〕

基工 (15日) 825

コ 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は、それぞれ初回の実施日を「摘要」欄に記載すること。また、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は、「摘要」欄に「画診共同」と表示すること。

サ 写真診断、基本的エックス線診断、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算1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「写画1」、「基画1」、「核画1」、「コ画1」と表示すること。また、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算2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「核画2」又は「コ画2」と表示すること。

(29) 「その他」欄について

ア 短期滞在手術基本料1を算定した場合は、「摘要」欄に「短手1」と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること。

短期滞在手術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には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

短期滞在手術基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術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には、短期滞在手術基本料を算定しない理由を「摘要」欄に記載すること。

イ 外来患者に対し処方せんを交付した場合は、処方せんの項に回数及び点数を記載し、その内訳を「摘要」欄に記載すること。

なお、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は、「摘要」欄にその月日及び理由を記載すること。乳幼児加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。また、特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に処方期間が28日以上の場合は「特処長」、それ以外の場合は「特処」と表示し、回数及び点数を記載すること。なお、隔日及び漸増・減等で投与する場合はその旨を併せて「摘要」欄に記載すること。また、抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「抗悪」と表示すること。薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付し加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載するとともに、「摘要」欄に「一般」と表示すること。

なお、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は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ウ リハビリテーションを算定した場合は、当該項目、回数・算定単位数及び合計点数を記載するとともに、「摘要」欄に実施日数を記載すること。心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料については、疾患名及び治療開始日を、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料については、疾

患者名及び、発症月日、手術月日又は急性増悪した月日を、障害児（者）リハビリテーション料については、疾患名及び発症月日を、摂食機能療法については疾患名及び当該疾患の治療開始日を、がん患者リハビリテーション料については、がんの種類及び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当該入院中に提供した治療の種類をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。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、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を実施している患者であって、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）は、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、以下この部において「FIM」という。）、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下この部において「BI」という。）、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「摘要」欄に記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあつては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を「摘要」欄に記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えないこと。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、2008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、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2009年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超えるが、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。

また、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には、新たな疾患名及び、治療開始日又は発症月日等を「摘要」欄に記載すること。治療開始日から3月以内の患者について摂食機能療法を算定した場合は、「摘要」欄に治療開始日を記載すること。

エ 早期リハビリテーション加算を算定した場合は、「摘要」欄に **早リ加** と表示して、点数を記載すること。

オ 初期加算を算定した場合は、「摘要」欄に **初期** と表示して、点数を記載すること。

カ リハビリテーション総合計画評価料を算定した場合は、「摘要」欄に **リハ総評** と表示して、点数を記載すること。

キ 短期集中リハビリテーション実施加算を算定した場合は、「摘要」欄に **短リ加** と表示して、点数及び退院日を記載すること。

ク 精神科専門療法を算定した場合は、当該項目、回数及び合計点数を記載すること。ただし、抗精神病特定薬剤治療指導管理料の持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合は、**持精** と表示し、治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定した場合は、**治統** と表示すること。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は退院日を、標

準型精神分析療法を算定した場合は当該診療に要した時間を、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・ケアを算定した場合は当該療法のうち最初に算定した年月日を「摘要」欄に記載すること。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。また、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・ケアの早期加算を算定した場合は、「摘要」欄に「早」と表示し、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。精神科デイ・ナイト・ケアの疾患別等診療計画加算を算定した場合は、「摘要」欄に「疾計」と表示すること。

通院・在宅精神療法の「1」を算定した場合には、診療に要した時間を「摘要」欄に記載すること。

認知療法・認知行動療法を算定した場合は、初回の算定月日と一連の治療における算定回数の合計を「摘要」欄に記載すること。

精神科継続外来支援・指導料の療養生活環境を整備するための加算を算定した場合は、「摘要」欄に「精外療加」と記載すること。また、1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合の減算により算定した場合は、「摘要」欄に「精継減」と表示すること。

通院・在宅精神療法又は精神科継続外来支援・指導料の特定薬剤副作用評価加算を算定する場合は、「摘要」欄に「副評」と表示すること。

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は、「摘要」欄に「他精シ」又は「他精デ」と表示するとともに、算定日を記載すること。

精神科地域移行支援加算を算定した場合は、「摘要」欄に「精移行」と記載すること。

精神科退院前訪問指導料を2回以上算定した場合は、各々の訪問指導日を「摘要」欄に記載し、必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合は「複職」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

精神科訪問看護・指導料(I)又は精神科訪問看護・指導料(III)を算定した場合は、「精訪看I」又は「精訪看III」、急性増悪により頻回な精神科訪問看護を必要とする患者に対して行った場合は、「精訪看I急性」又は「精訪看III急性」、複数の保健師、看護師等により精神科訪問看護が行われた場合の加算を算定した場合は、「精訪看I複訪看看」若しくは「精訪看III複訪看看」又は「精訪看I複訪看准」若しくは「精訪看III複訪看准」又は「精訪看I複訪看補」若しくは「精訪看III複訪看補」、長時間精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、「精訪看I長時」又は「精訪看III長時」、精神科緊急訪問看護加算を算定した場合は、「精訪看I緊急」又は「精訪看III緊急」と「摘要」欄に表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。精神科訪問看護・指導料(I)又は精神科訪問看護・指導料(III)を算定した場合には、退院日を「摘要」欄に記載すること。夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算を算定した場合は、「精訪看I夜早」若しくは「精訪看III夜早」又は「精訪看I深」若しくは「精訪看III深」と「摘要」欄に表示し、精神科訪問看護を実施した日時を記載すること。

精神科訪問看護・指導料(II)を算定した場合は、「摘要」欄に「精訪看II」と表示すること。また、精神科訪問看護・指導料(II)の長時間加算を算定した場合は、「摘要」欄に「精訪看II長時」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

精神科訪問看護指示料を算定した場合は、「摘要」欄に「精訪指示」と表示すること。また、精神科特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄に「精特指示」と表示し、その必要性を認めた理由を記載すること。

医療保護入院等診療料を算定した場合は、患者の該当する入院形態（例：（措置入院））を記載すること。また、初診の日に通院・在宅精神療法又は心身医学療法を算定した場合は、当該診療に要した時間を「摘要」欄に記載すること。

家族等に対する入院精神療法、通院・在宅精神療法又は精神科退院指導料を算定した場合は、「摘要」欄に「家族」と表示すること。

重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、「認デイ」と表示し、回数及び合計点数を記載すること。また、重度認知症患者デイ・ケア料の早期加算を算定した場合は、「摘要」欄に「早」と表示し、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し、夜間ケア加算を算定した場合は、「摘要」欄に「夜ケ」と表示するとともに、初回算定日及び夜間ケアに要した時間を記載すること。

ケ リハビリテーション及び精神科専門療法に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬剤名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

コ 放射線治療管理料を算定した場合は、「放管」と表示して、所定点数を記載すること。

サ 放射性同位元素内用療法管理料を算定した場合は、「摘要」欄に「放内」と表示して、当該管理を開始した月日を記載すること。

シ 画像誘導放射線治療加算又は体外照射呼吸性移動対策加算を算定した場合は、「摘要」欄に「画誘」又は「体呼」と表示して、点数を記載すること。

ス 放射線治療料を算定した場合は、「放」と表示して、照射部位、回数及び点数を記載すること。

なお、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は、「摘要」欄に当該名称及び使用量を記載すること。

セ 密封小線源治療に当たって、気管・気管支用アプリケータ又は食道アプリケータを使用した場合は、「摘要」欄に「気アプ」又は「食アプ」と表示すること。

ソ 小児放射線治療加算を算定した場合は、新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児の区分について、「摘要」欄に「新」、「乳幼」、「幼児」、「小児」を表示して、点数を記載すること。

タ 定位放射線治療呼吸性移動対策加算を算定した場合は、「摘要」欄に「定呼」と表示して、点数を記載すること。

チ 施設入所者共同指導料を算定した場合は、「施設指導」と表示して、点数を記載すること。

ツ 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合における療養担当手当を算定した場合は、「その他」欄に合算して記載すること。なお、医療法の一部を改正する法律（平成9年法律第125号）による改正前の医療法（昭和23年法律第205号）第4条の規定による承認を受けている病院である保険医療機関（以下「旧総合病院」という。）の入院外診療分については、当分の間、従前どおり、次表に掲げる各診療科（平成20年4月以降において医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、次表に定める診療科以外の診療科名がある場合には、最も近似する次表に定める診療科）ごとに療養担当手当を算定できるものであるため、次表に掲げる診療科のうち複数診療科を受診した患者の場合には、「摘要」欄に受診した診療科名を記載すること。

診療科		
内科	心臓血管外科	心療内科
精神科	小児外科	アレルギー科

神 経 科	皮 膚 泌 尿 器 科	リウマチ科
神 経 内 科	皮 膚 科	リハビリテーション科
呼 吸 器 科	泌 尿 器 科	/
消 化 器 科	性 病 科	
胃 腸 科	こ う 門 科	
循 環 器 科	産 婦 人 科	
小 児 科	産 科	
外 科	婦 人 科	
整 形 外 科	眼 科	
形 成 外 科	耳 鼻 い ん こ う 科	
美 容 外 科	気 管 食 道 科	
脳 神 経 外 科	放 射 線 科	
呼 吸 器 外 科	麻 酔 科	

テ 「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーション又は精神科専門療法を実施した場合は、次の例により「摘要」欄に「リハ選」又は「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リハビリテーション又は精神科専門療法と区別して記載すること。

〔記載例 1〕

運動器リハビリテーション料 (I) 175 × 18

実施日数 3日

(リハ選)

運動器リハビリテーション料 1,750円 × 1

〔記載例 2〕

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

(30) 「入院」欄について

ア 病院・診療所別の該当する文字を○で囲み、入院基本料について、該当する入院基本料の種類別を病院・診療所別欄の下の空欄（以下「入院基本料種別欄」という。）に次に掲げる略号を用いて記載すること。なお、入院基本料種別欄に書ききれない場合は「摘要」欄に記載し、また、電子計算機で該当する文字のみを印字する場合は、様式の区分、配字等を変更することとして差し支えないこと。

一般7、一般10、一般13、一般15（一般病棟入院基本料）、一般特別、一特7、一特10（一般病棟入院基本料の特別入院基本料等）、療1A、療1B、療1C、療1D、療1E、療1F、療1G、療1H、療1I、療2A、療2B、療2C、療2D、療2E、療2F、療2G、療2H、療2I、（療養病棟入院基本料）、療特（療養病棟入院基本料の特別入院基本料）、結7、結10、結13、結15、結18、結20（結核病棟入院基本料）、結特、結特7、結特10（結核病棟入院基本料の特別入院基本料等）、精10、精13、精15、精18、精20（精神病棟入院基本料）、精特、精特10（精神病棟入院基本料の特別入院

基本料等)、特一 7、特一 10 (特定機能病院入院基本料の一般病棟)、特結 7、特結 10、特結 13、特結 15 (特定機能病院入院基本料の結核病棟)、特精 7、特精 10、特精 13、特精 15 (特定機能病院入院基本料の精神病棟)、専 7、専 10、専 13 (専門病院入院基本料)、障 7、障 10、障 13、障 15 (障害者施設等入院基本料)、診 1、診 2、診 3 (有床診療所入院基本料)、診療 A、診療 B、診療 C、診療 D、診療 E (有床診療所療養病床入院基本料)、診療特 (有床診療所療養病床入院基本料の特別入院基本料)

イ 7対1入院基本料の経過措置又は管理栄養士の配置について基準を満たさない場合の経過措置に該当する場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に経措と記載すること。

ウ 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、退院が特定の時間帯に集中している又は入院日及び退院日が特定の日に集中していることにより、減算された入院基本料を算定した場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に午前減又は土日減と記載すること。

エ 一般病棟入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、療養病棟入院基本料 1 の例により算定する入院料を算定した場合は、入院基本料種別欄に記載する略号に代えて、療 1 例 A、療 1 例 B、療 1 例 C、療 1 例 D、療 1 例 E、療 1 例 F、療 1 例 G、療 1 例 H、療 1 例 I の略号を記載すること。

オ 「入院年月日」の項は、当該医療機関における入院基本料の起算日としての入院年月日を記載すること。

カ 療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟又は病床で、必要があつて患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合は、その医療上の必要性について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

キ 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つて、療養病棟入院基本料の入院基本料 I を算定した場合、又は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つて、有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料 E を算定した場合は、その医療上の必要性について、回復期リハビリテーション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基本料 I を算定する場合は、非該当患者である旨について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

ク 療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定した場合にあつては、次の例により、当該入院基本料を算定する病棟又は病床に入院する患者について、該当する日ごとの入院基本料の区分、及び当該区分に係る全ての疾患又は状態等並びに ADL 区分等を「摘要」欄に記載すること。また、これらの記載については、診療報酬明細書に「医療区分・ADL 区分に係る評価票」を添付することにより代えることができる。なお、「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」により請求を行う病院の場合にあつては、原則として、電子レセプトに記録すること。ただし、有床診療所療養病床入院基本料を算定した場合で、入院基本料の区分に係る全ての疾患又は状態等の記載が困難な場合にあつては、主となる疾患又は状態等の記載であっても差し支えないものであること。

[記載例 1]

- * 療養病棟入院基本料（入院基本料A） 1, 769 × 17
- * 療養病棟入院基本料（入院基本料D） 1, 380 × 8
- * 療養病棟入院期間01日～25日
 - 35 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態
 - ADL a ベッド上の可動性 6点
 - ADL b 移乗ベッド上の可動性 6点
 - ADL c 食事 6点
 - ADL d トイレの使用 6点
- * 療養病棟入院期間01日～17日
 - 1 24時間を持続して点滴を実施
- * 療養病棟入院期間01日～20日
 - 30 肺炎に対する治療を実施
- * 療養病棟入院期間10～20日
 - 31 褥瘡に対する治療を実施している状態
- * 療養病棟入院期間01日～10日
 - 91 身体抑制を実施している
- * 療養病棟入院期間12日～15日
 - 91 身体抑制を実施している

[記載例2]

- 有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料C） 775 × 12
- 療養病床入院期間 01日～12日
 - 30 肺炎に対する治療を実施, ADL 10点
 - 35 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態
- ※) 疾患又は状態等については、「医療区分・ADL区分に係る評価票」において該当する番号の記載のみでもよい。

ケ 療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定した場合であって、当該入院基本料を算定する病棟又は病床に入院する患者が外泊した場合には、該当する日に限り、入院基本料の区分等の「摘要」欄への記載、「医療区分・ADL区分に係る評価票」の該当欄への記載の必要はない。

コ 「入院基本料・加算」の項について

(ア) 入院基本料・加算の項には、入院基本料に係る1日当たりの所定点数（入院基本料及び入院基本料等加算の合計）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に当該所定点数の内訳を記載すること。ただし、入院基本料が月の途中で変更した場合は、同項において行を改めて、それぞれの入院基本料について同様に記載し、「摘要」欄に、変更の前後に分けて、当該所定点数の内訳を記載すること。

なお、入院基本料と入院基本料等加算を区分して、同項において行を改めて、同様に記載することも差し支えない。

(イ) 総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算15・20・25・30・40・50・75

・100、急性期看護補助体制加算25対1（看護補助者5割以上）、25対1（看護補助者5割未満）、50対1、75対1、夜間50対1、夜間100対1、看護職員夜間配置加算、特殊疾患入院施設管理加算、看護配置加算、看護補助加算、療養環境加算、重症者等療養環境特別加算、療養病棟療養環境加算、療養病棟療養環境改善加算、診療所療養病床療養環境加算、診療所療養病床療養環境改善加算、重症皮膚潰瘍管理加算、緩和ケア診療加算、有床診療所緩和ケア診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神病棟入院時医学管理加算、精神科地域移行実施加算、精神科身体合併症管理加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算1・2、感染防止対策加算1・2、感染防止対策地域連携加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、退院調整加算、地域連携計画加算、新生児特定集中治療室退院調整加算1、新生児特定集中治療室退院調整加算2（退院支援計画作成加算、退院加算）、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、地域連携認知症支援加算、地域連携認知症集中治療加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算1・2、病棟薬剤業務実施加算、データ提出加算1・2を算定した場合は、入院基本料種別欄に、総入体、臨修、超急、妊搬、録管、医15、医20、医25、医30、医40、医50、医75、医100、急25上、急25、急50、急75、夜50、夜100、看職夜、特疾、看配、補1（看護補助加算1）、補2（看護補助加算2）、補3（看護補助加算3）、環境、重境、療環1（療養病棟療養環境加算1）、療環2（療養病棟療養環境加算2）、療改1（療養病棟療養環境改善加算1）、療改2（療養病棟療養環境改善加算2）、診環（診療所療養病床療養環境加算）、診環改（診療所療養病床療養環境改善加算）、重皮潰、緩和、小緩和、診緩和、精応、精医管、精移、精身、精リエ、強行、重アル、摂障、がん診、栄サ、安全1、安全2、感防1、感防2、感防連、患サポ、褥ハイ、ハイ妊娠、ハイ分娩、退調、退連計、新退、新退計、新退加、救紹、救受、精救紹、精救受、地認支、地認治、総評、呼ケア、後使1、後使2、病薬実、デ提1、デ提2と表示すること。

なお、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、精神科応急入院施設管理加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算又は褥瘡ハイリスク患者ケア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は、当該加算を算定した入院年月日を、摂食障害入院医療管理加算の算定を開始した場合は、入院時のBMIの値を、強度行動障害入院医療管理加算を算定した場合は、強度行動障害スコア及び医療度判定スコアの値を、精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、呼吸ケアチーム加算又は病棟薬剤業務実施加算を算定した場合は、算定日を、新生児治療回復室入院医療管理料を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は、出生時体重を、重症皮膚潰瘍管理加算を算定した場合は、患者の皮膚潰瘍に係るSheaの分類を、地域連携認知症支援加算又は地域連携認知症集中治療加算を算定した場合は転院日を、「摘要」欄に記載し、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合は、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4第2項に基づく精神病院の管理者から都道府県知事に対する届出の書面の写しを添付すること。

(ウ) 地域医療支援病院入院診療加算、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、乳幼児加算、幼児加算、難病等特別入院診療加算、二類感染症患者入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算、準超重症児（者）入院診療加算、救急・在宅重症児（者）受入加算、H I V感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算の個室加算若しくは陰圧室加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、精神科措置入院診療加算又は精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に、「地入診」、「救医」、「乳救医（救急医療管理加算の乳幼児加算）」、「小救医（救急医療管理加算の小児加算）」、「在緊」、「乳」、「幼」、「難入」、「二感入」、「超重症」、「準超重症」、「救在重受」、「感染特」、「個室」、「陰圧」、「小環特」、「無菌1（無菌治療室管理加算1）」、「無菌2（無菌治療室管理加算2）」、「放室」、「精措」又は「精隔」と表示すること。

なお、地域医療支援病院入院診療加算、救急医療管理加算又は在宅患者緊急入院診療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は、当該加算を算定した入院年月日を記載し、また、救急医療管理加算については、「摘要」欄に「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1章第2部A205救急医療管理加算の（2）のアからコに規定するもののうち、該当するものを記載すること。この場合、コの状態については具体的に記載すること。また、小児療養環境特別加算を算定した場合は、「摘要」欄に個室での管理が必要な旨及び当該患者の病態の概要を、精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を記載すること。

(エ) 医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された緩和ケア診療加算又は栄養サポートチーム加算を算定した場合は、「摘要」欄に「緩和地域」、「栄サ地域」と表示すること。

(オ) 一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料の13対1入院基本料を算定する病棟で、一般病棟看護必要度評価加算を算定した場合は、それぞれ「一看評」、「専看評」と表示すること。

(カ) 褥瘡評価実施加算又は重度認知症加算を算定した場合は、「摘要」欄に「褥評」又は「重認」と表示し、当該加算を算定した日数を記載するとともに、当該加算を当月に算定した根拠となる評価（当該加算の基準に基づくADL得点又はランク）及び評価日を記載すること。なお、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。

(キ) 有床診療所入院基本料を算定している患者について、有床診療所一般病床初期加算、夜間の緊急体制確保、医師配置又は看護配置に応じた加算がある場合は、「摘要」欄に「有一初」、「有緊」、「有医1」、「有医2」、「有看1」、「有看2」、「有夜看1」又は「有夜看2」と表示すること。

(ク) 一般病棟入院基本料を算定している患者について、救急・在宅等支援病床初期加算を算定した場合は、「摘要」欄に「病初」と、療養病棟入院基本料を算定している患者について、救急・在宅等支援療養病床初期加算を算定した場合は、「摘要」欄に「療初」と、有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、救急・在宅等支援療養病床初期加算を算定した場合は、「摘要」欄に「有療初」と表示すること。救急・在宅等支援病床初期加算又は救急・在宅等支援療養病床初期加算を算定した患者については、入院元を「摘要」欄に記載すること。入院元が急性期医療を担う病院である場合には、当該加算の算定対象である旨及び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）。また、入院元が介護保険施設、居住系施設等又は自宅である場合には、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1]

入院元であるXXX病院は13：1一般病棟入院基本料を算定しており、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）。

[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。

- (ケ) 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、重症児（者）受入連携加算を算定した場合は、「摘要」欄に「**重受連**」と表示すること。
- (コ) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算定している患者について、看護必要度加算1又は看護必要度加算2を算定した場合は、「摘要」欄に「**看必1**」又は「**看必2**」と表示すること。
- (サ) 精神病棟入院基本料を算定している患者について、救急支援精神病棟初期加算を算定した場合は、「摘要」欄に「**精初**」と表示すること。
- (シ) 有床診療所入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、看取り加算を算定した場合は、「摘要」欄に「**看取**」と記載すること。また、在宅療養支援診療所の場合には、「摘要」欄に「**看取在支**」と表示すること。
- サ 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」欄に外泊した日を記載すること。
- 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こと。
- シ 入院患者について、専門的な診療が必要となり、他医療機関において外来を受診した場合の記載は、第3の1の(5)によること。
- ス 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者について、「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」第九のいずれにも該当しない場合は、「摘要」欄に「**選**」と記載し、いずれかに該当する場合は、「摘要」欄に「**選外**」と記載し、その理由を簡潔に記載すること。また、月の途中で通算対象入院料を算定する期間が180日を超えた場合は、行を改めて減額された通算対象入院料の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。
- セ 特別の関係にある保険医療機関等に入院又は入所していたことのある患者であって、入院期間を当該保険医療機関等の初回入院日を起算日として計算する場合は、「摘要」欄に「**特別**」と表示すること。
- ソ 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）」に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の1日当たり点数（特定入院基本料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び一般病棟入院基本料の療養病棟入院基本料1の例により算定する入院基本料の場合は所定点数に100分の90を乗じて得た点数、それ以外の入院基本料の場合は所定点数に100分の80を乗じて得た点数）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に「**超過**」と表示すること。
- タ 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する医師等の員数の基準に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の

1日当たりの所定点数（離島等所在保険医療機関以外の場合は所定点数に100分の90又は100分の85を乗じて得た点数を、離島等所在保険医療機関の場合は所定点数から所定点数に100分の98又は100分の97を乗じて得た点数）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に「標欠7」、「標欠5」と表示すること。

チ 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院する患者であって、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について」（平成24年3月19日保医発0319第2号）（以下「DPC留意事項通知」という。）別添第1の4（1）に規定するDPC対象患者（別添第1の4（2）に規定する患者を除く）以外の患者については、「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）を参考とし、「摘要」欄に診断群分類に該当しない旨及びその理由等を記載すること。

ツ 「特定入院料・その他」の項について

（ア） 特定入院料については、算定した特定入院料の種別を次の略号を用いて記載し、それぞれの日数及び合計点数（①地域加算該当施設である場合、②離島加算該当施設である場合、③救命救急入院料を算定している患者について加算がある場合、④特定集中治療室管理料を算定している患者について加算がある場合又は⑤特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料若しくは特定一般病棟入院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、それぞれの加算を加えた点数）を記載すること。

救命1、救命2、救命3、救命4、救命3熱、救命4熱（救命救急入院料1、2、3、4、救命救急入院料3の広範囲熱傷特定集中治療管理料、救命救急入院料4の広範囲熱傷特定集中治療管理料）、特集1、特集2、特集2熱（特定集中治療室管理料1、2、特定集中治療室管理料2の広範囲熱傷特定集中治療管理料）、ハイ（ハイケアユニット入院医療管理料）、脳ケア（脳卒中ケアユニット入院医療管理料）、小特集（小児特定集中治療室管理料）、新集1、新集2（新生児特定集中治療室管理料1、2）、産集母、産集新（総合周産期特定集中治療室管理料）、新治回（新生児治療回復室入院医療管理料）、感入管（一類感染症患者入院医療管理料）、特入管（特殊疾患入院医療管理料）、小入管1、小入管2、小入管3、小入管4、小入管5（小児入院医療管理料1～5）、復り入1、復り入2、復り入3（回復期リハビリテーション病棟入院料1～3）、亜入1、亜入2（亜急性期入院医療管理料1、2）、特疾1、特疾2（特殊疾患病棟入院料1、2）、緩和（緩和ケア病棟入院料）、精救1、精救2（精神科救急入院料1、2）、精急1、精急2（精神科急性期治療病棟入院料1、2）、精合（精神科救急・合併症入院料）、児春（児童・思春期精神科入院医療管理料）、精療（精神療養病棟入院料）、認知1、認知2（認知症治療病棟入院料1、2）、特般1、特般2（特定一般病棟入院料1、2）

（イ） 特定一般病棟入院料を算定している患者について、必要があって亜急性期入院医療管理が行われた場合又は脳血管疾患等リハビリテーション料若しくは運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について、必要があって亜急性期入院医療管理が行われた場合には、特定入院料の種別の略号の後に亜1又は亜2と記載し、所定点数を記載すること。また、亜急性期入院医療管理を行う病室に入室した月日を「摘要」欄に記載し、必要

- があって患者を他の病棟等へ移動した場合は、その医療上の必要性を「摘要」欄に詳細に記載すること。リハビリテーション提供体制加算を算定する場合は、「摘要」欄に「リハ提」と表示すること。
- (ウ) 特定一般病棟入院料を算定している患者について、療養病棟入院基本料1の例により算定する入院料を算定した場合は、特定入院料の種別の略号に代えて、療1例A、療1例B、療1例C、療1例D、療1例E、療1例F、療1例G、療1例H、療1例Iと略号を記載すること。
- (エ) 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は、救命救急入院料の算定に係る入院年月日を「摘要」欄に記載すること。また、自殺企図等による重篤な患者に対して当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合の加算を算定した場合、救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階A若しくはBである場合、高度救命救急センターである場合、急性薬毒物中毒に係る加算を算定した場合又は小児加算を算定した場合は、「摘要」欄に、それぞれ、「精診初」、「A救」、「B救」、「高救」、「薬救」又は「小児」と表示すること。また、特定集中治療室管理料を算定している患者に対して、小児加算を算定した場合には、「摘要」欄に、「小児」と表示すること。
- (オ) 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は、死亡を確認した場所及び死亡年月日を記載すること。
- (カ) 新生児特定集中治療室管理料を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又は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を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は、出生時体重を「摘要」欄に記載すること。
- (キ) 特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定している患者について、必要があって患者を他の病棟等へ移動した場合は、その医療上の必要性を「摘要」欄に詳細に記載すること。また、回復期リハビリテーション病棟入院料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を算定する場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。
- (ク) 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は特定一般病棟入院料を算定する患者について、重症児（者）受入連携加算を算定した場合には、「摘要」欄に、「重受連」と表示すること。
- (ケ) 医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であって、施設基準の要件が緩和された亜急性期入院医療管理料1・2を算定した場合は、「摘要」欄に「亜入1地域」、「亜入2地域」と表示すること。
- (ケ) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者については、対象となる疾患の発症日、手術日又は損傷日を記載すること。また、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には、当該日数を「摘要」欄に記載すること。回復期リハビリテーション病棟入院基本料を算定する患者について、休日リハビリテーション提供体制加算又はリハビリテーション充実加算

- を算定した場合には、「摘要」欄に、**休リハ** 又は **充リハ** と表示すること。また、亜急性期入院医療管理料を算定する患者について、リハビリテーション提供体制加算を算定している場合には、「摘要」欄に **リハ提** と表示すること。
- (コ) 精神科救急入院料、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した場合は、当該点数の算定を開始した日を「摘要」欄に記載し、転棟患者等の場合は、転棟の必要性について併せて記載すること。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を「摘要」欄に記載すること。また、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料又は精神療養病棟入院料において、統合失調症の患者に対して非定型抗精神病薬加算1を算定する場合は、**非精1** と表示し、非定型、定型を含めて投与している向精神病薬を全て「摘要」欄に記載すること。非定型抗精神病薬加算2を算定する場合は、**非精2** と表示し、投与している非定型抗精神病薬を「摘要」欄に記載すること。精神療養病棟入院料において、重症者加算1又は重症者加算2を算定する場合は、**重症1** 又は **重症2** と表示し、算定した日を「摘要」欄に記載すること。
- (サ) 精神科療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定する患者について、退院調整加算を算定した場合には、「摘要」欄に、**精療退調** 又は **認退調** と表示すること。
- (シ) 認知症治療病棟入院料を算定する患者について、認知症夜間対応加算を算定した場合には、「摘要」欄に、**認夜** と表示すること。
- (ス) 特定一般病棟入院料を算定する患者について、救急・在宅等支援病床初期加算又は一般病棟看護必要度評価加算を算定する場合は、「摘要」欄に **病初**、**一看評** と表示すること。救急・在宅等支援病床初期加算を算定する患者については、入院元を「摘要」欄に記載すること。
- (セ) 短期滞在手術基本料2又は3を算定した場合は、「摘要」欄に **短手2** 又は **短手3** と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること。
- (31) 90日を超える期間一般病棟に入院している患者であって特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの（平成20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者）のうち、同別表第四の第七号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は、「処置」欄に **洗淨** と、同別表第四の第八号に該当する患者について喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出を算定した場合は、「処置」欄に **頻回** と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。また、同別表第四の第三号（重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等）に該当する場合には **重** と記載し、該当する疾患名等を「摘要」欄に記載すること。同別表第四の第十二号に該当するものとして退院支援状況報告書の届出を行っている場合については、**退支** と表示すること。
- (32) 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」に該当する場合は、「摘要」欄に「特」と記載し、該当しない場合は、「摘要」欄に「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。

(33) 「療養の給付」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費の療養の給付（医療の給付を含む。以下同じ。）に係る合計点数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る記載を省略しても差し支えないこと。

イ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示があつた者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア） 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載すること。ただし、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。

（イ） 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示があつた者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア） 「負担金額」の項は、一部負担金の支払いを受けた場合にはその金額を記載すること。なお、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

（イ） 「一部負担金額」の項は、高額療養費が現物給付された者に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

- (ウ) 健康保険法施行令第43条第1項並びに同条第5項、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の4第1項並びに同条第3項又は高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第16条第1項並びに同条第3項の規定が適用される者の場合は、「負担金額」及び「一部負担金額」の項には、これらの規定により算定した額（この額に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。
- (エ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ニ、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号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号ニ及び同令附則第6条第1項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」と記載すること。
- (オ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ハ及び同令附則第2条第7項に掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号ハ及び同令附則第2条第8項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号ハ及び同令附則第2条第5項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」と記載すること。
- (カ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。
また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。
- (キ) 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」の単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。
- エ 「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものについては、公費でないものとみなして記載すること。
- オ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合はウの（ア）又は（イ）により記載した額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）を、金額の記載を要しないもの場合は10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）を記載すること。ただし、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額（一部負担金）については、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含まない額とすること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であつて限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額

認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。)と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合(入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合に限る。)には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額(即ち、窓口で徴収した額)を記載すること。また、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険(高齢受給者に係るものに限る。)と障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療との併用の場合(入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合に限る。)には、10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、後期高齢者医療又は医療保険(高齢受給者に係るものに限る。)と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合(入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合を除く。)及び医療保険(高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。)と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の2割相当(食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。)の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該2割相当(「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合は、10円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないもの場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の額。特定疾患治療研究事業については食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。)の額を記載すること。

(34) 「食事・生活」欄について

ア 「基準」の項には、入院時食事療養費に係る食事療養について算定した項目について次の略号を用いて記載すること。

Ⅰ(入院時食事療養Ⅰ)、Ⅱ(入院時食事療養Ⅱ)

イ 「基準」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養について1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別」の項の右の項に1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

ウ 「食堂」の項の右の項には、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に係る食堂加算を算定した場合に、1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

エ 「環境」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

オ 「基準(生)」の項には、入院時生活療養費に係る生活療養について算定した項目を次の略号を用いて記載すること。

Ⅰ(入院時生活療養Ⅰ)、Ⅱ(入院時生活療養Ⅱ)

カ 「基準（生）」の項の右の項には、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に係る1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別（生）」の項の右の項に1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

キ 後期高齢者医療に係る食事療養又は生活療養の内容が公費負担医療に係る食事療養又は生活療養の内容と異なる場合には、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

ク 月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合又は公費負担医療に係る食事療養の給付若しくは生活療養の給付の内容が医療保険（後期高齢者医療を除く。）と異なる場合は、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

(35) 「食事・生活療養」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る食事療養又は生活療養の食事の提供たる療養を行った回数及び当該食事療養又は生活療養に係る金額合計を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の金額合計は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る食事療養又は生活療養が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る「請求」の項の記載を省略して差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る請求金額が第1公費に係る請求金額と同じ場合は、第2公費に係る「請求」の項の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「0」と記載すること。

イ 「標準負担額」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（生活療養標準負担額を記載した場合には、生活療養の食事の提供たる療養に係る負担額と生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る負担額の内訳を「摘要」欄に記載すること。）を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の負担額は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る負担額が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る負担額が第1公費に係る負担額と同じ場合は、第2公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「0」と記載すること。

ウ 健康保険法施行令第42条第3項第4号、国民健康保険法施行令第29条の3第4項第4号に掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第15条第1項第4号及び同令附則第6条第1項に掲げる者の場合は、(33)のウの(エ)と同様とする。ただし、高齢者医療確保法施行令第15条第1項第4号に掲げる者のうち、同令第14条第6項に規定する老齢福祉年金の受給者であって、かつ、生活療養を受ける者の場合は、「摘要」欄に、「老福」と記載すること。

エ 健康保険法施行令第42条第3項第3号、国民健康保険法施行令第29条の3第4項第3号及び同令附則第2条第8項又は高齢者医療確保法施行令第15条第1項第3号及び同令附則第5条第1項に掲げる者の場合は、(33)のウの(オ)と同様とする。なお、入院日数が90日を超えた場合の特例の対象となる場合は、併せて「3月超」の字句を○で囲むこと。

(36) 「摘要」欄について

ア 介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に「介」と記載すること。また、介護保険の適用病床において、患者の急性増悪等により、緊急に診療を行った場合についても、同様とし、この場合においては、介護保険適用の病床において、医療保険からの給付が必要となった理由（急性肺炎の治療のためなど）を簡潔に記載すること。

イ 特別養護老人ホームの入所者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）について、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が看取り、死亡日から遡って30日間に行われた診療行為に限り医療保険からの給付する場合には、「摘要」欄に死亡日を記載すること。

ウ 内訳を記載するに当たっては、項目との対応関係が明らかになるような形で記載すること。なお、診療項目名に代えて項目の番号を用いて差し支えないこと。この場合、「摘要」欄の左側点線内に当該番号を記載すること。

エ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例；1社・国 1単独 1本入）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

オ 同一明細書において医療保険と公費負担医療の給付の内容が異なる場合又は医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合は、「摘要」欄に記載された内訳のうち、公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様であること。

なお、医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合において、「公費分点数」欄との対応が明らかである場合はアンダーラインを省略しても差し支えないこと。

カ レセプト作成作業を電算化していない保険医療機関が、高齢受給者の一般所得者及び低所得者に係る特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業の公費負担医療の請求を行う場合には、医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。

(37) 「公費分点数」欄について

「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る請求点数を記載することとするが、併用する公費負担医療に係る請求点数が「初診」欄から「入院」欄のすべてに係る請求点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格に変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が「点数」欄に係る給付と異なる場合は、併用する公費負担医療に係る請求点数が「点数」欄に係る請求点数と異なることとなるので、この場合には「公費分点数」欄に当該公費負担医療に係る請求点数を必ず記載すること。この場合において、「点数」欄に係る請求点数と異なる公費負担医療が2種以上あるときは、「公費分点数」欄を縦に区分し、左から順次「第1公費」、「第2公費」の順で当該公費に係る請求点数を記載すること。

ただし、「点数」欄に係る請求点数と第1公費又は第2公費の請求点数が同じ場合は、縦に区分すること及び当該第1公費又は第2公費の請求点数を記載することを省略しても差し支えない

こと。

(38) その他

ア 3種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について

特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号順等によらず、次の記載要領によること。

(ア) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者自立支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

(イ) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。

(ウ) 生活保護法に係る診療実日数は「診療実日数」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

なお、感染症法による結核患者の適正医療又は障害者自立支援法に係る診療実日数が、生活保護法に係る診療実日数と同じ場合は、当該診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

(エ) 「初診」欄から「入院」欄には生活保護法に係る回数及び点数を記載すること。

(オ) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者自立支援法に係る請求点数を記載することとするが、生活保護法に係る請求点数と同じ請求点数の公費負担医療がある場合は、縦に2区分すること及び当該請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(カ) 生活保護法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

イ 医療保険と3種の公費負担医療の併用の者に係る記載要領の特例について

別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第1公費」とし、後順位の公費負担医療を順次「第2公費」、「第3公費」として、第3公費に係る公費負担者番号、受給者番号及び診療実日数を、「摘要」欄に「第3公費」と表示して、次の略称を用いて記載すること。また、第3公費に係る療養の給付の合計点数、負担金額、食事療養及び生活療養を行った日数及び当該療養に係る金額の合計額並びに標準負担額は、「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項をそれぞれ上下に区分し、上欄には第2公費に係る事項を、下欄には第3公費に係る事項を記載すること。

なお、4種以上の公費負担医療の併用の場合においても、これに準じて記載すること。

公3（公費負担者番号）、受（受給者番号）、実（診療実日数）

ウ 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

エ 当該患者のうち慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（CAPD）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方せんのみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合にあつては、「特記事項」欄に「長処」と記載すること。

オ 平成18年3月31日保医発第0331002号通知に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と記載すること。

なお、当該診療が同通知に規定する配置医師による場合は、「摘要」欄に「配」と表示して回数を記載すること。

また、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

カ 患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

キ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第2号の規定に基づく薬事法に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求については、次に掲げる方法によること。

(ア) 1月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は1枚として請求すること。

(イ) 「特記事項」欄に「薬治」と記載すること。

(ウ) 治験依頼者の依頼による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

- a 治験の依頼者の氏名及び連絡先
- b 治験薬等の名称及び予定される効能効果
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

(エ) 自ら治験を実施する者による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

- a 治験責任医師の氏名及び連絡先
- b 治験薬等の名称及び予定される効能効果
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

(オ) 上記(ア)の場合であつて、治験依頼者の依頼による治験においては、治験期間外に実施し請求の対象となる検査、画像診断、投薬及び注射（投薬及び注射については、当該治験の対象とされる薬物の予定されている効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係るものに限る。）について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

(カ) 上記(ア)の場合であつて、自ら治験を実施する者による治験においては、治験期間外に実施し請求の対象となる投薬及び注射（当該治験の対象とされる薬物の予定されている効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係るものに限る。）について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

- (キ) 特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。
- ク 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく薬事法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬請求については、次に掲げる方法によること。
- (ア) 1月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は1枚として請求すること。
- (イ) 「特記事項」欄に「器治」と記載すること。
- (ウ) 治験依頼者の依頼による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。
- なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。
- a 治験の依頼者の氏名及び連絡先
- b 治験機械器具等の名称
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機械器具等を用いた手術又は処置が行われた日
- (エ) 自ら治験を実施する者による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。
- なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。
- a 治験責任医師の氏名及び連絡先
- b 治験機械器具等の名称
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機械器具等を用いた手術又は処置が行われた日
- (オ) 上記(ア)の場合であって、治験依頼者の依頼による治験の場合においては、請求の対象となる検査、画像診断、処置及び手術について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。
- (カ) 治験依頼者の依頼による治験の場合であって、特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。
- ケ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第5号又は第7号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「器評」と記載し、当該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。
- コ 地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。
- サ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。また、実施した検査、リハビリテーション又は精神科専門療法ごとに、「摘要」欄に「検選」、「リハ選」又は「精選」と記載し、併せて当該「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記載すること。
- シ 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がAであるもの）が提示された場合又は「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がA又はIVであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。
- ス 「上位所得者の世帯」若しくは「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証（適用区分がBであるもの）が提示された場合又は「上位所得者の世帯」若しくは「低所得者の世帯」以外の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がB又はIIIであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。
- セ 高齢受給者（後期高齢者医療の被保険者を含む。）以外で、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がCであるもの）若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が低所得であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がC又はI若しくはIIであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。
- ソ 特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置にかかわらず、「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の2(4)に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合には、「特記事項」欄に「二割」と記載すること。
- タ 自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。
- チ 「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多上」と記載すること。
- ツ 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多一」と記載すること。
- テ 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多低」と記載すること。
- ト 平成21年5月29日保発第0529005号から第0529010号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」（以下単に「実施要領」という。）に基づき直接支払制度を利用する者に関する診療報酬請求であって、かつ、実施要領に定める専用請求書中「一部負担金等」の欄に記入する金額の一部又は全部に相当する診療報酬請求である場合には、「特記事項」欄に「出産」と記載すること。
- ナ 救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、医師の診察等の結果、緊急に入院した場合には、「摘要」欄に「緊入」と記載すること。

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こと。

(39) 後期高齢者医療におけるその他

ア 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に「長」と表示すること。ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

イ 介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合は「老併」と、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合は「老健」と「特記事項」欄に記載すること。

なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と、介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。

ウ 後期高齢者医療の対象者において、公費負担医療のみの場合は、「特記事項」欄に「後保」と表示すること。

エ 高齢者医療確保法第50条第2号に該当する者（65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が75歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が2分の1とならない場合）には、「摘要」欄に「障害」と表示すること。

オ その他は、(38)のア、イ、オからセまで及びチ、ナ、ニと同様であること。

Ⅲ 歯科診療に係る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）の記載要領（様式第1（1））

Ⅱの第1の例によること。

第2 診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載要領（様式第1（3））

1 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。

また、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成すること。なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りでないこと。

2 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例） 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名、印」欄について

（1） 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合には、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

（2） 印については、当該様式に、予め保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取り扱うこと。

また、保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名、印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「医療保険」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりであること。
- (2) 「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「合計」欄の点数の合計を記載すること。
また、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載すること。
なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。
- (3) 「①合計」欄には、「医保（七〇以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（七〇以上七割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（六歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（2種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書については、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「区分」欄の「②計」欄には、「公費と医保の併用」欄の件数を合計して記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、生活保護法以外の公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「区分」欄の「③計」欄には、「公費単独」欄の件数を合計して記載すること。

9 公費負担医療のみで2種の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る分については、「備考」欄に公費負担医療制度ごとに制度の法別番号を記載し、それぞれについて、件数、点数及び控除額を合計して記載すること。

10 「総件数①+②+③」欄について

「①合計」、「②計」及び「③計」欄の請求件数を合計して記載すること。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合には「備考」欄に記載した件数を合計すること。

11 「明細書枚数①+③」欄について

「①合計」及び「③計」欄の請求件数を合計した明細書の枚数を記載すること。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合には当該明細書の枚数を合計すること。

第2の2 診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要領(様式第8)

診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要領については、次に掲げる事項を除き、第1の例によること。なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合と読み替えること。

1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄については、6の(2)と同様であること。この場合、6の(2)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料(災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。）」とあるのは「高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づく一部負担金の減額」と読み替えること。

- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「後期高齢九割」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（2種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書については、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (4) 「一部負担金」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第3）

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとすること。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があつた場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があつた場合も、同様とすること。
なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。
- (4) 所定点数を予め印刷しておき、算定回数が月に1回と限られた項目を算定した場合には、当該項目の略称を○で囲み、複数回算定できる項目を算定した場合には、算定した回数を記載することも差し支えないこと。
また、予め印刷する点数を乳幼児加算、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加算の加

算後の点数としても差し支えないが、この場合、「特記事項」欄に「50/100」と記載するか、予め印刷しておくこと。

(5) 電子計算機の場合は、次によること。

ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。

また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えなく、記載しない欄については「×」を省略して差し支えないこと。

イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

ウ 用紙下端の空白部分は、OCR処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。

エ 電子計算機用のOCR関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成9年8月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。

オ 記載する文字は、JIS X 0208において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(1) 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。

(2) 「都道府県番号」欄について

別添2の別表2「都道府県番号表」に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載すること。

(3) 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。

(4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

ア 「保険種別1」欄については、次の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。）

1 社・国

公費負担医療（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職者医療との併用の場合を除く。）

2 公費

後期高齢者医療

3 後期

退職者医療

4 退職

（注）退職者医療には、健康保険法附則第3条に規定する特定健保組合に係るものは該当しないこと。

イ 「保険種別2」欄については、「保険種別1」欄のそれぞれについて、次の左の別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

単独

1 単独

1種の公費負担医療との併用

2 2併

2種以上の公費負担医療との併用

3 3併

（注）公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ医療

費を請求するものに限る。)を含むこと。

ウ 「本人・家族」欄については、次の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。未就学者である患者は「4」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこと。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。))は「2」、被保険者（その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。))は「6」を○で囲むこととし、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。))はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「2 本外」（若しくは「2 本」）、「4 六外」（若しくは「4 六」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外一」（若しくは「8 高一」）又は「0 高外7」（若しくは「0 高7」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

2 本人外来	2 本外
4 未就学者外来	4 六外
6 家族外来	6 家外
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得外来	8 高外一
0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来	0 高外7

エ 電子計算機の場合は、次のいずれかの方法によること。

(ア) 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

(イ) 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

(5) 「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号8桁（国民健康保険については6桁）を記載すること（別添2「設定要領」の第1を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

イ 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療のみの場合は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

(6) 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、()の中に給付割合を記載すること。

ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

(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の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。

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」を記載すること。

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こと。

また、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こと。なお、被保険者が、月の途中において、記号・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・番号を記載すること。

(8) 「公費負担者番号」欄について

ア 医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記載すること（別添2「設定要領」の第2を参照）。

イ 別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」の順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号」の項に（以下「公費負担者番号」の項に記載される公費負担医療を「第1公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「摘要」欄に（以下「摘要」欄に記載される公費負担医療を「第2公費」という。）記載すること。

ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第2公費として取り扱うものとする。

(9) 「公費負担医療の受給者番号」欄について

医療券等に記入されている受給者番号7桁を、第1公費については「公費負担医療の受給者番号」の項に、第2公費については「摘要」欄に記載すること（別添2「設定要領」の第3を参照）。

(10) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ 性別は該当するものを○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「1 男」、「2 女」と記載しても差し支えないこと。

ウ 生年月日は次によること。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載すること。

(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」と記載すること。

(11) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「1 職務上」、「2 下船後3月以内」又は「3 通勤災害」のうち該当するものを○で囲むこと。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」については、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲むこと。なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分についてはそれぞれ1枚、入院分については、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として1枚の明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載することも差し支えないこと。

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(12) 「特記事項」欄について

次に掲げるもののほかは、Ⅱの第3の2の(13)と同様とすること。

40	50/100	乳幼児加算（6歳未満）、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加算のいずれかを算定している明細書の場合
----	--------	--

(13) 「届出」欄について

クラウン・ブリッジ維持管理料の算定を選択している保険医療機関は、「維持管」又は「補管」の字句を、在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている保険医療機関は、「歯援診」を、歯科外来診療環境体制加算の届出を行っている保険医療機関は、「外来環」を、歯周組織再生誘導手術の届出を行っている保険医療機関は、「GTR」を、歯科治療総合医療管理料の届出を行っている保険医療機関は、「医管」を、在宅患者歯科治療総合医療管理料の届出を行っている保険医療機関は、「在歯管」を、う蝕歯無痛の窩洞形成加算の届出を行っている保険医療機関は、「う蝕無痛」を、歯科診療特別対応連携加算の届出を行っている保険医療機関は「特連」を、手術時歯根面レーザー応用加算の届出を行っている保険医療機関は、「手術歯根」を、歯科技工加算の届出を行っている保険医療機関は、「歯技工」を、明細書発行体制等加算の届出を行っている保険医療機関は、「明細」を、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の届出を行っている保険医療機関は、「特イ術」をそれぞれ○で囲むこと。なお、電子計算機の場合、○に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないこと。以下、字句を○で囲む場合及び○付きの略号を使用する場合も同様であること。

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生(支)局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいこと。

(15) 「傷病名部位」欄について

ア 病名を同じくする歯又は部位を単位として記載すること。

イ ブリッジの病名の記載に当たっては、部位は支台歯も含めた部位を、病名は欠損と記載し、支台歯を○で囲むこと。したがって、支台歯がう蝕症等に罹患している場合には部位は重複して傷病名を記載すること。

また、健全歯を支台としてブリッジを製作するに当たりなんらかの理由により、健全歯に対し、抜髄処置を必要とした場合には、当該歯を◎で囲むこと。

ウ 歯冠修復により隙を補綴した場合は、当該歯冠修復歯に△を付記すること。

また、欠損でない1歯相当の間隙のある場合に補綴を行った場合は、間隙を欠損とみなした傷病名とし、当該部位に△を記載すること。

エ 歯科矯正の病名の記載に当たっては、主要な咬合異常の状態を記載すること。

オ う蝕多発傾向者の病名の記載に当たっては、病名はC管理中と記載し、歯冠修復治療を行った部位を記載すること。なお、歯式については、乳歯及び永久歯について、それぞれ記載すること。

カ う蝕に罹患している患者の指導管理に係る保険外併用療養費を支給する患者の病名の記載に当たっては、病名はC選療と記載すること。

キ 心身医学療法を算定する場合にあっては、「傷病名部位」欄に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。

ク クラウン・ブリッジ維持管理料を算定している保険医療機関において、クラウン・ブリッジ維持管理料を算定した補綴物の再製作等(再装着、充填を含む。)を行う場合は、傷病名を「傷病名部位」欄に記載し、当該部位に対してクラウン・ブリッジ維持管理料を算定した年月日及び補綴物の種類等を「摘要」欄に記載すること。

ケ 傷病名の記載に当たり、傷病名が当該欄に書ききれない場合は、「摘要」欄に記載すること。

コ 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22年4月27日付保発0427第1号)別添3に規定する傷病名を用いること。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」(平成24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こと。

(16) 「診療開始日」欄について

- ア 当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載すること。ただし、「傷病名部位」欄が単一部位の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月中に治ゆ又は死亡したものについては、記載を省略しても差し支えないこと。
- イ 同月中に保険種別等の変更があった場合には、その変更があった日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。
- ウ 同一の患者に対する診療継続中に、当該保険医療機関において、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該保険医療機関の診療内容の継続性が認められて継続して保険医療機関の指定を受けた場合を除き、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

(17) 「診療実日数」欄について

- ア 括弧外、括弧内及び「摘要」欄に、それぞれ医療保険(健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。)、第1公費及び第2公費に係る診療実日数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の診療実日数は、括弧内に記載すること。
ただし、第1公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る診療実日数を省略しても差し支えないこと。
また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る診療実日数が第1公費に係る診療実日数と同じ場合は、第2公費に係る診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。
- イ 入院外分については、診療を行った日数(開放型病院共同指導(I)を行った日数を含む。)を記載すること。
- ウ 電話等再診の実日数は1日として数えること。なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。
- エ 同一日に初診及び再診(電話等再診を含む。)が2回以上行われた場合の実日数は1日として数えること。なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。
- オ (16)のアのただし書の場合、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、この場合においても、診療実日数は記載すること。
- カ 同一日に複数科を受診した場合の初診料・再診料を算定しない科に係る診療実日数については、初診料・再診料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載すること。
- キ 傷病手当金意見書交付料、訪問歯科衛生指導料等同一日に歯科医師の診療が行われない場合は、実日数として数えないこと。

(18) 「転帰」欄について

治ゆした場合には「治ゆ」の字句を、死亡した場合には「死亡」の字句を、中止又は転医の場合には「中止」の字句をそれぞれ○で囲むこと。

(19) 「初診」欄について

- ア 診療時間内の初診の場合には点数のみを記載し、時間外、休日又は深夜の場合は該当文字を○で囲み当該加算点数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の時

間外加算と同様に記載し、「時間外」の字句の上に「特」と表示すること。

また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に「特」と表示し、点数を記載することとして差し支えないこと。以下、字句の上に略号を記載する場合について同様であること。

イ 初診時において乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科診療特別対応地域支援加算又は歯科外来診療環境体制加算を算定した場合は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特」、「特導」、「特連」、「特地」又は「外来環」の項に当該加算点数を記載すること。

(20) 「再診」欄について

ア 再診があった場合には「再診」の項に点数及び回数を記載すること。なお、同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合には、「摘要」欄にその旨を記載すること。なお、電子計算機の場合は、その旨を「摘要」欄に記載することとして差し支えないこと。以下、余白に記載する場合について同様であること。

イ 時間外、休日又は深夜の場合は、該当文字を○で囲み、当該加算点数及び回数を記載すること。

また、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の間外加算と同様に記載し、「時間外」の字句の上に「特」と表示すること。

ウ 乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科診療特別対応加算又は再診時歯科外来診療環境体制加算を算定した場合は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特」又は「再外来環」の項に当該加算点数及び回数を記載すること。なお、月の途中から乳幼児加算等を算定しなくなった場合は、「摘要」欄にその旨を記載すること。

エ 明細書発行体制等加算を算定した場合は、再診料と当該加算を加算した合計点数を記載すること。

(21) 「管理」欄について

ア 歯科疾患管理料を算定した場合には、「歯管」の項に所定点数を記載すること。

また、歯科疾患管理料におけるフッ化物局所応用加算については「F局」の項に当該加算点数を、フッ化物洗口指導加算については「F洗」の項に当該加算点数を記載すること。

イ 歯科疾患管理料を算定した患者であって、治療計画に基づく一連の治療が終了した日から起算して2月を超えた場合であって、再度、初診料を算定する場合には、「摘要」欄に当該患者の前回治療終了年月日を記載すること。

ウ 歯科衛生実地指導料1又は2を算定した場合には、「実地指」の項に所定点数を記載すること。

エ 新製有床義歯管理料、有床義歯管理料又は有床義歯長期管理料を算定した場合には、「義管」の項にそれぞれの所定点数を記載し、咬合機能回復が困難な者に対する加算を算定した場合は、「+ ×」の項に加算点数及び回数を記載すること。なお、傷病名の部位から、咬合機能回復が困難な者であることが判断できない場合は「摘要」欄にその内容（例：「すれちがいが咬合」）を記載すること。有床義歯調整管理料を算定した場合は、「義管」の右欄に所定点数及び回数を記載すること。

また、自院で新製有床義歯を装着後、有床義歯管理料又は有床義歯長期管理料を算定する場合は、「摘要」欄に新製有床義歯の装着年月を記載すること。

オ 歯科治療総合医療管理料を算定した場合には、「医管」の項に、点数を記載すること。なお、算定に当たっては、主病に係る治療を行っている紹介元の保険医療機関の名称を「摘要」欄に記載すること。

(22) 「投薬・注射」欄について

ア 内服薬を投与した場合は「内」の文字を、屯服薬を投与した場合は「屯」の文字を、外用薬を投与した場合は「外」の文字を、注射を行った場合は「注」の文字を、それぞれ○で囲み、使用薬剤の点数及び単位数又は回数を記載することとするが、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、使用薬剤の点数及び単位数又は回数は「摘要」欄に記載しても差し支えないこと。

また、皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合は、「注」欄に点数及び回数をそれぞれ記載し、その他の注射を行った場合は、全体の「その他」欄に注射の種類、点数及び回数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に注射の種類別、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「投薬・注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。

イ 血漿成分製剤加算を算定した場合は、加算点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に 血漿 と表示して、1回目の注射の実施日を記載すること。

ウ 調剤料は、内服、屯服又は外用ごとに「調」の項にそれぞれ点数及び回数を記載し、「処方」の項は処方せんを交付しない場合において処方の点数及び回数を記載すること。

エ 使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL又はmg等）及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、投薬にあつては薬剤料に掲げる所定単位の、注射のうち皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈注射であつて入院中の患者以外の患者に対するものにあつては1回当たりの、それ以外の注射にあつては1日当たりの薬価がそれぞれ175円以下の場合は、使用薬剤の医薬品名・使用量等を記載する必要はないものとする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

オ 入院患者に対し退院時に投薬を行った場合には、「退院時 日分投薬」と余白に記載すること。

カ 調剤技術基本料を算定する場合は、全体の「その他」欄に「調基」と表示して点数を記載すること。なお、院内製剤加算を算定した場合は、院 を表示して当該加算後の点数を記載すること。

キ 7種類以上の内服薬の投薬に係る処方せんを発行した場合は、余白に「処方せん」と表示して「処」欄にその点数及び回数を、その他の場合には、「処」欄にその点数及び回数を記載すること。また、一般的名称による処方せんを交付した場合は、全体の「その他」欄に「一般名処方加算」と表示し、所定点数及び回数を記載すること。

ク 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方又は調剤した場合は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載すること。

ケ 常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄に当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きによ

り記載し、その区分の前に「減」と表示すること。

コ 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は、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「摘要」欄に記載すること。

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。

サ 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であって14日を超えて投与した場合は、当該長期投与の理由を「摘要」欄に記載すること。

シ 無菌製剤処理料の「1」又は「2」を算定した場合は、「摘要」欄にそれぞれ「菌1」又は「菌2」と表示するとともに、所定点数及び算定回数を記載すること。閉鎖式接続器具を使用した場合には、「菌1器具」と記載すること。

ス 処方料又は処方せん料において、乳幼児加算を算定した場合は、それぞれの「+ ×」欄にその加算点数及び回数を記載すること。

セ 薬剤情報提供料を算定した場合は、「情」の項に点数及び回数を記載することとするが、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、点数及び回数は「摘要」欄に記載しても差し支えないこと。また、手帳加算を算定した場合は、当該加算を算定した点数及び回数を記載すること。

ソ 退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載すること。

タ 注射に当たって特定保険医療材料を使用した場合は、(24)の二の(ウ)の例により全体の「その他」欄に記載すること。

チ 特定疾患処方管理加算を算定した場合は、疾患名、加算点数及び回数を全体の「その他」欄に記載し、処方期間が28日以上の場合は「特処方」、それ以外の場合は「特処」と表示すること。

ツ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のウの例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

テ 外来化学療法加算を算定した場合は、当該点数を加算した点数を記載し、「摘要」欄に外来化学療法加算1の外来化学療法加算A及び外来化学療法加算B、外来化学療法加算2の外来化学療法加算A及び外来化学療法加算Bを算定した場合はそれぞれ「化1A」、「化1B」、「化2A」、「化2B」を表示するとともに、算定回数を記載すること。

(23) 「X線・検査」欄について

ア 全顎撮影（アナログ撮影）を行った場合は「全顎」の項にフィルム使用枚数及びその合計点数を記載し、全顎撮影以外で標準型フィルムを使用して撮影を行った場合は「標」の項のうち所定点数を算定した場合は左欄に、症状の確認を行った場合は右欄にそれぞれ点数及び回数を記載し、パノラマX線撮影を行った「パ」の項のうちオルソパントモ型フィルムであって、15センチメートル×30センチメートルの場合は左欄に、20.3センチメートル×30.5センチメートルの場合は右欄にそれぞれの点数及び回数を記載すること。

イ カラー写真等により、歯周疾患の状態を患者に示した場合は、「写」の項に所定点数及び枚数を記載すること。

ウ 電氣的根管長測定検査は、「EMR」の項にそれぞれ左から単根管、2根管、3根管、4根管の順に所定点数及び回数を記載すること。

エ 歯内療法における細菌簡易培養検査は「S培」の項に、所定点数及び回数を記載すること。

- オ 顎運動関連検査を算定した場合は、「顎運動」の欄に所定点数を記載すること。なお、少数歯欠損症例において、顎運動関連検査を実施し、当該検査に係る費用を算定する場合は、患者の咬合状態等当該検査の必要性を「摘要」欄に記載すること。
- カ ブリッジにおける平行測定は、「平測」の項のうち、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合は右欄に、それぞれの点数及び回数を記載すること。
- キ 歯周病検査における歯周基本検査及び歯周精密検査を算定した場合には、それぞれ「基本検査」欄及び「精密検査」欄のうち、左欄の上から1歯以上10歯未満、10歯以上20歯未満、20歯以上の順にそれぞれ所定点数及び回数を記載すること。また、混合歯列期歯周病検査を算定した場合には、「P混検」欄に点数及び回数を記載し、歯周病部分的再評価検査を算定した場合には、「P部検」欄に点数及び回数を記載のうえ「その他」欄に部位を記載すること。歯周病検査を2回以上行った場合は、2回目以後の混合歯列期歯周病検査については、「P混検」欄に算定した点数及び回数を記載し、その他の歯周病検査については、それぞれ該当する検査欄のうち右欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた所定点数及び回数を、下段に2回以上行った場合の2回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載することとして差し支えないこと。
- ク 「その他」欄について
- (ア) 標準型以外のフィルムを使用して撮影（アナログ撮影）を行った場合は、使用フィルムの種類、点数及び回数を、診断のみの場合は点数及び回数をそれぞれ記載すること。その他の画像診断については、画像診断の種類、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。
 - (イ) 全顎撮影（デジタル撮影）の場合は 全デジ と表示し、枚数及びその合計点数を記載すること。歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）の場合は 単デジ、歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）の場合は パデジ と表示し、点数及び回数を記載すること。歯科用3次元エックス線断層撮影の場合は 歯CT と表示し、点数及び回数を記載すること。その他の画像診断については、画像診断の種類、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。なお、電子画像管理加算を算定したデジタル撮影については、(ク)の電子画像管理加算に係る規定により記載すること。
 - (ウ) 歯科画像診断管理加算1又は歯科画像診断管理加算2を算定した場合は、「画診加1」又は「画診加2」と表示し所定点数を記載すること。
 - (エ) 遠隔画像診断を行った場合は、「遠画診」と表示し所定点数を記載すること。
 - (オ) 新生児又は3歳未満の乳幼児加算を算定した場合は、(ア)にかかわらず画像診断の種類、当該加算後の点数及び回数を記載すること。
 - (カ) 記載の欄が示されていない各種の検査は、当該欄に名称、点数及び回数を記載すること。検査に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。
 - (キ) 時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、「緊画」と表示し、加算点数を記載し、撮影開始日時を「摘要」欄に記載すること。また、引き続き入院した場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

(ク) 電子画像管理加算を算定した場合は、歯科エックス線撮影の場合は「電」、歯科パノラマ断層撮影の場合は「パ電」、歯科用3次元エックス線断層撮影の場合は「CT電」、その他の場合は「他電」と表示し、それぞれ加算点数を所定点数に合算した点数及び回数を記載すること。

(ケ) 基本的エックス線診断料を算定した場合は、「基工」と表示し、入院日数及び点数を次の例により記載すること。

〔記載例〕

「基工」 (15日) 825

(コ) 顎運動関連検査を算定する場合は、実施した検査名を記載すること。

(サ) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、合計点数のみを「その他」欄に記載し、それ以外は「摘要」欄に記載することとして差し支えないこと。以下「その他」欄において同様とすること。

(24) 「処置・手術」欄について

ア う蝕処置は、「う蝕」欄に所定点数及び回数を記載すること。

イ 歯髄保護処置のうち、歯髄温存療法を行った場合は、「保護処置」欄の左欄に、直接歯髄保護処置を行った場合は「保護処置」欄の中欄に、間接歯髄保護処置を行った場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

ウ 初期う蝕早期充填処置は「填塞」欄に材料料を合算した点数及び回数を記載すること。

エ 歯冠修復物又は補綴物の除去のうち簡単なものを行った場合は「除去」欄の左欄に、困難なものを行った場合は中欄に、根管内ポストを有する鑄造体の除去を行った場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。なお、歯冠修復物及び補綴物の除去を算定する場合は、「摘要」欄に除去した歯冠修復物及び補綴物の部位及び種類を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から除去した部位が明らかに特定できる場合にあっては、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。

オ 知覚過敏処置は「知覚過敏」欄のうち3歯までの場合は左欄に、4歯以上の場合は右欄にそれぞれの所定点数及び回数を記載すること。

カ 歯周炎において咬合調整を行った場合は、1歯から10歯未満の場合は「咬調」欄の左欄に、10歯以上の場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。歯周炎以外の理由で咬合調整を行った場合は「その他」欄に、内容、所定点数及び回数を記載すること。

キ 残根削合を行った場合は、「その他」欄に項目名、所定点数及び回数を記載すること。

ク 抜髄は、「抜髄」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に所定点数及び回数を記載すること。

また、歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内又は直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に実施した場合は、「その他」欄にそれぞれ「抜非」、「抜直」と表示して、算定する点数及び回数を記載すること。

ケ 感染根管処置は「感根処」欄に、根管貼薬処置は「根貼薬」欄に、根管充填は「根充」欄に、それぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に所定点数及び回数を記載すること。なお、抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合又は抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合は、「その他」欄に「消炎拡大」又は「根貼」と表示し、所定点数及び部位を記載すること。ただし、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合にあっては、「その他」欄への部位の記載を省略して差

- し支えない。
- コ 抜髄及び根管充填を同時に行った場合は、「その他」欄に「抜髄即充」と表示して各所定点数を合算した点数及び回数を記載し、感染根管処置と根管充填を同時に行った場合は、「その他」欄に「感根即充」と表示して各所定点数の合算点数及び回数を記載すること。
- サ 加圧根管充填加算については、「加圧根充」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に、加算点数及び回数を記載すること。
- シ 生活歯髄切断は、「生切」の項の上欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、乳歯及び永久歯の歯根完成期以前の歯髄の場合には、所定点数と加算点数を合計した点数及び回数を下欄に記載すること。
- ス 失活歯髄切断は、「その他」欄に「失切」と表示し、所定点数及び回数を記載すること。
- セ 機械的歯面清掃処置を実施した場合は、「歯清」の項に当該点数を記載すること。なお、当該処置の算定が2回目以降の場合においては、「摘要」欄にその旨を記載するとともに、前回行った機械的歯面清掃の月を記載すること。
- ソ 歯周基本治療におけるスケーリングは、「SC」欄に所定点数及び回数を記載し、同時に3分の1額を超えて行った場合は、「+ ×」欄に3分の1額を増すごとの加算点数及び回数を記載すること。
- また、2回目以降は右欄に100分の50に相当する点数及び回数を記載し、同時に3分の1額を超えて行う場合は「+ ×」欄に3分の1額を増すごとの加算点数の100分の50に相当する点数及び回数を記載すること。
- タ 歯周疾患処置は、「P処」欄に点数及び回数を記載すること。
- また、「その他」欄に部位及び使用した薬剤の名称を記載すること。なお、特定薬剤を算定した場合においては、部位のみの記載でよいこと。
- チ 歯周基本治療におけるスケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬は、それぞれ「SRP」欄及び「PCur」欄のうち、「前」欄に前歯、「小」欄に小臼歯、「大」欄に大臼歯の順に所定点数及び回数を記載し、同一部位に対して2回以上歯周基本治療を行った場合は、2回目以降は右欄に前歯、小臼歯及び大臼歯の順に100分の50に相当する点数及び回数を記載すること。
- ツ 歯周病安定期治療を算定した場合は、「SPT」欄に所定点数を記載し、「摘要」欄には、歯周病安定期治療の前回実施月を記載すること（初回の場合は、1回目と記載し、歯周病安定期治療の治療間隔が3月以内の場合はその理由の要点（例：全身疾患の状態に大きく影響）を「摘要」欄に記載すること。）。
- テ 歯周基本治療処置は、「P基処」欄に点数を記載すること。
- ト 各種膿瘍の切開を行った場合は、「切開」欄に点数及び回数を記載すること。
- ナ 抜歯は「抜歯」欄のうち乳歯は「乳」欄に、前歯は「前」欄に、臼歯は「臼」欄に、難抜歯は「難」欄に、埋伏歯は「埋」欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。
- また、下顎完全埋伏智歯（骨性）及び下顎水平埋伏智歯に係る加算については「+ ×」の項に、それぞれ加算点数及び回数を記載すること。なお、脳貧血等、患者の体調の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合は、「摘要」欄に抜歯を中止した旨を記載すること。
- ニ 区分「I100」又は「J300」により特定薬剤を算定する場合には、その医薬品名、使用量、点数及び回数を「特定薬剤」欄に記載すること。
- ヌ 「その他」欄について

- (ア) 処置及び手術であって該当する記載欄を設けていないもの及び該当欄に記載しきれない場合については、その処置及び手術の名称、点数及び回数を記載すること。
- (イ) 診療時間以外、休日又は深夜加算を算定する処置及び手術については、その内容、点数及び回数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合においても、その内容、点数及び回数を記載すること。
- (ウ) 手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、次のように記載すること。
 - a 手術、処置、検査等の名称は告示名又は通知名を使用する。
 - b 手術、処置、検査等の手技料については、必ず点数を明記する。
 - c 材料は商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順に手術ごとに記載すること。なお、告示の名称又は通知の名称については（ ）書きとすること。
 - d 保険医療機関における購入価格によるとなっているものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格で請求すること。
 - e 手術等の名称、手技の加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に記載すること。

〔記載例〕

③特定保険医療材料 [商品名] × × × ×
(鼻孔プロテーゼ) 3 8 3 × 1

- (エ) 入院を必要とするH I V抗体陽性の患者に対して、観血的手術加算を算定した場合は、その手術の名称、加算後の点数及び回数を記載すること。
 - (オ) 歯周外科手術における歯周ポケット搔爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離搔爬手術及び歯周組織再生誘導手術を算定する場合は、歯周外科手術を行った部位、算定する区分の名称及び所定点数を記載すること。
 - (カ) 手術時歯根面レーザー応用加算を算定した場合は、所定点数、回数及びその旨を記載すること。
 - ネ 乳幼児加算、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加算等を算定する処置及び手術を行った場合は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載すること。なお、当月中に6歳の誕生日を迎え、加算を適用した点数と加算を適用しない点数を算定した場合は、記載欄には加算した点数及び回数を記載し、加算しない点数及び回数を「その他」欄に名称を付して記載することとしても差し支えないこと。以下、当月中に6歳の誕生日を迎えた場合について同様とすること。
 - ノ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者等に対する加算を算定した場合は 感 と、内視鏡下加算を算定した場合は 内 と記載し、加算後の点数及び回数を記載すること。
 - ハ 広範囲の顎骨骨髓炎の手術として拔牙を行い口腔内消炎手術の算定を行う場合は、「摘要」欄にその旨及び拔牙した歯の部位を記載すること。
 - ヒ 歯の再植術又は歯の移植手術を行った場合は、所定点数及び回数を記載すること。
 - フ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術を算定する場合は、「特イ術」と表示し、手術を行った部位、所定点数及び回数を記載すること。
- (25) 「麻酔」欄について
- ア 伝達麻酔は「伝麻」欄に、浸潤麻酔は「浸麻」欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。
 - イ 未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児（1歳以上3歳未満）加算、乳幼児（6歳未満）加算又は歯科診療特別対応加算等を算定する麻酔を行った場合は、該当する記載欄に加算後の

点数及び回数を記載すること。

ウ 「その他」欄について

(ア) 区分「K100」により麻酔薬剤を請求する場合はその医薬品名、点数及び回数を記載すること。

(イ) 吸入鎮静法については、「IS」と記載し、所定点数及び回数を記載すること。なお、使用麻酔薬名、使用量及び点数を記載すること。

また、使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方厚生（支）局長に届け出た購入単価（単位 銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位 リットル）を記載すること。なお、酸素の費用に係る請求については、Ⅱの第3の2(26)のイのgと同様とすること。

(ウ) 静脈内鎮静法については、「静鎮」と記載し、所定点数及び回数を記載すること。なお、使用薬剤名、使用量及び点数を記載すること。

(エ) 伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔については、その麻酔名、点数、回数及び使用麻酔薬名、使用量、点数を記載すること。

(オ) 診療時間以外、休日又は深夜加算等を算定する麻酔料については、その内容、点数及び回数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合も同様に、その内容、点数及び回数を記載すること。

(26) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ア 各欄に点数を記載する場合、技術料及び材料料を合算した点数（乳幼児加算又は歯科診療特別対応加算等を算定した場合は、当該加算点数を更に合算した点数）及び回数を記載すること。ただし、有床義歯、有床義歯内面適合法、床修理については、技術料、材料料及び装着料を合算した点数及び回数を記載すること。

また、充填については、技術料と充填材料料を別欄に記載すること。なお、装着材料料については「装着材料」欄に、人工歯料については「人工歯」欄に点数及び回数を記載すること。

イ 補綴時診断料は、「補診」欄に所定点数を記載すること。

ウ クラウン・ブリッジ維持管理料については、「維持管理」欄の左から単冠、支台歯及びポンティックの数の合計が5歯以下のブリッジ、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上のブリッジの順にそれぞれ所定点数及び回数を記載すること。

エ 「印象」欄について

支台築造印象及び印象採得を行った場合は、それぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載すること。

オ 咬合採得を行った場合は、「咬合」欄にそれぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載すること。

カ 仮床試適及びワンピースキャストブリッジの試適を行った場合は、「試適」欄にそれぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載すること。

キ 「歯冠形成」欄について

(ア) 生活歯歯冠形成については、「(生活)」の項のうち、レジン前装金属冠及び前歯部の4分の3冠の場合は「前」の項に、その他の金属冠及びジャケット冠の場合は「金ジ」の項に、乳歯冠の場合は「乳」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

(イ) 失活歯歯冠形成については、「(失活)」の項のうち、レジン前装金属冠及び前歯部の4分の3冠の場合は「前」の項に、その他の金属冠及びジャケット冠の場合は「金ジ」の項

に、乳歯冠の場合は「乳」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

また、レジン前装金属冠、金属冠及びジャケット冠の場合において、メタルコアにより支台築造した歯に対するものの加算については、「+ ×」の項にその加算点数及び回数を記載すること。

(ウ) 窩洞形成については、「(窩洞)」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは中欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

また、う蝕歯無痛的窩洞形成加算を算定した場合は、下欄に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合にあっては、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。

(エ) う蝕歯即時充填形成を行った場合は、「充形」の項の上欄に点数及び回数を記載すること。

また、う蝕歯無痛的窩洞形成加算を算定した場合は、下欄に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合にあっては、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。

(オ) う蝕歯インレー修復形成を行った場合は、「修形」の項に点数及び回数を記載すること。

ク 「充填」欄について

(ア) 充填に係る技術料（金属小釘を除く。）については、「充填」欄の左から、充填1単純なもの、充填1複雑なもの、充填2単純なもの及び充填2複雑なもの順に点数及び回数を記載すること。

(イ) 充填に際して「充填材料」欄には、歯科用充填材料Ⅰを用いた場合は「充Ⅰ」の項に、歯科用充填材料Ⅱを用いた場合は「充Ⅱ」の項に、歯科用充填材料Ⅲを用いた場合は「充Ⅲ」の項に、それ以外の材料を用いた場合には「その他」の項に、充填材料の点数及び回数を記載すること。

ケ 「支台築造」欄について

(ア) 支台築造のうちメタルコアを行った場合は、小臼歯及び前歯については「メタル」の項の「前小」欄に、大臼歯については「メタル」の項の「大」欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

(イ) その他の支台築造を行った場合は、小臼歯及び前歯については「その他」の項の「前小」欄に、大臼歯については「その他」の項の「大」欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

コ 「リテイナー」欄について

「リテイナー」欄については、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

サ 「金属歯冠修復」欄について

(ア) 乳歯、前歯及び小臼歯に銀合金を用いて金属歯冠修復を行った場合は、「乳前小銀」欄の左からインレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠、5分の4冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載すること。

(イ) 前歯及び小臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いて金属歯冠修復を行った場合は、「前

小パ」欄の左からインレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠、5分の4冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載すること。

(ウ) 前歯及び小臼歯に鋳造用ニッケルクロム合金を用いて金属歯冠修復を行った場合は、「前小二」欄の左からインレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠、5分の4冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載すること。

(エ) 大臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いて金属歯冠修復を行った場合は、「大パ」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5分の4冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び接着冠、全部金属冠の順に点数及び回数を記載すること。

(オ) 大臼歯に鋳造用銀合金を用いて金属歯冠修復を行った場合は、「大銀」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5分の4冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び接着冠、全部金属冠の順に点数及び回数を記載すること。

(カ) 大臼歯に鋳造用ニッケルクロム合金を用いて金属歯冠修復を行った場合は、「大二」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5分の4冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び接着冠、全部金属冠の順に点数及び回数を記載すること。

(キ) 歯科鋳造用14カラット金合金を用いて金属歯冠修復を行った場合は、「14K」欄の左から、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠の順に点数及び回数を記載すること。

(ク) 可動性連結装置を行った場合は、当該装置を装着した歯に対する金属歯冠修復の記入欄に、(ア)とは別に点数及び回数を記載すること。

(ケ) 装着材料については、「装着材料」欄に点数及び回数を記載すること。

シ 「仮着」欄について

ワンピースキャストブリッジの仮着については、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

ス テンポラリークラウンを算定した場合は、「T e C」欄に点数及び回数を記載すること。

セ 「ジ」欄、「硬ジ」欄及び「乳」欄について

(ア) ジャケット冠については、「ジ」欄に人工歯料を除いた点数及び回数を記載すること。

(イ) 硬質レジンジャケット冠については、「硬ジ」欄の左欄に光重合硬質レジンのもの、右欄に加熱重合硬質レジンのものの順にそれぞれ点数及び回数を記載すること。

(ウ) 乳歯金属冠を行った場合は、「乳」欄に点数及び回数を記載すること。

ソ 「ポンティック」欄について

(ア) 鋳造ポンティックについては「鋳造」の欄のうち、大臼歯に対して鋳造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ大」の項に、小臼歯に対して鋳造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ小」の項に、鋳造用ニッケルクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」の項に、銀合金を用いて製作した場合は「銀」の項に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

(イ) 裏装ポンティックについては、「裏装」の欄のうち、前歯に対して鋳造用金銀パラジウム合金を用いて製作を行った場合は「パ前」の項に、小臼歯に対して金銀パラジウム合金

- を用いて製作を行った場合は「パ小」の項に、歯科鑄造用14カラット金合金を用いて製作した場合は「14K」の項に、その他の合金及び金属裏装を行わない場合については「他」の項に、それぞれ人工歯料を除いた点数及び回数を記載すること。
- (ウ) 前装鑄造ポンティックについては「前装」欄のうち、鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」の項に、銀合金を用いて製作した場合は「銀」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。
- タ 「Br装着」欄について
ブリッジを装着した場合の装着料については「Br装着」欄のうち、その他のブリッジについては上欄に、ワンピースキャストブリッジについては支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合は中欄に、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。
- チ 「装着」欄について
歯冠修復物を装着した場合は、点数及び回数を記載すること。
- ツ 「有床義歯」欄について
有床義歯については、該当する項に点数及び床数を記載すること。
- テ 「床適合」欄について
有床義歯内面適合法を行った場合については該当する項に点数及び床数を記載すること。
- ト 「床修理」欄について
有床義歯の修理を行った場合は、1～8歯欠損の場合は上欄に、9～14歯の場合は中欄に、総義歯の場合は下欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。また、有床義歯修理において、歯科技工加算を算定した場合は、「+ ×」の項に所定点数及び回数を記載すること。
- ナ 「人工歯」欄について
人工歯料については、点数及び回数を記載すること。なお、電子計算機の場合、「人工歯」欄の記載に当たっては、上欄左から右へ、書ききれないときは中欄及び下欄へ順次、点数及び回数を記載すること。
- ニ 「バー」欄について
鑄造バーについては「鑄」欄のうち、鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」の項にそれぞれ点数及び回数を記載すること。屈曲バーについては「屈曲」欄のうち、パラタルバーを製作した場合は「パ上」の項に、リングルバーを製作した場合は「下」の項に、不銹鋼及び特殊鋼による屈曲バーを製作した場合は「不特」の項に、保持装置を使用した場合は「保」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。
- ヌ 「鑄造鉤」欄について
(ア) 歯科鑄造用14カラット金合金による鑄造鉤を製作した場合は「14K」欄に、鑄造用金銀パラジウム合金で製作した場合は「パ」欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。
(イ) 前(ア)の場合の「14K」欄及び「パ」欄は、上から大・小臼歯の双子鉤、犬歯・小臼歯の双子鉤、大臼歯の二腕鉤（レスト付き）、犬歯・小臼歯の二腕鉤（レスト付き）、前歯（切歯）の二腕鉤（レスト付き）を記載すること。
(ウ) 鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」欄に点数及び回数を記載すること。

(エ) 前(ウ)の場合の「ニ」欄は、双子鉤の場合は上欄に記載し、二腕鉤（レスト付き）の場合は下欄に記載すること。

ネ 「線鉤」欄について

(ア) 歯科用14カラット金合金鉤用線を用いて製作した場合は「14K」欄に、不銹鋼及び特殊鋼を用いて製作した場合は「不・特」欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。

(イ) 前(ア)の場合の「14K」欄は、双子鉤の場合は上欄に記載し、二腕鉤（レスト付き）の場合は下欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。

(ウ) 前(ア)の場合の「不・特」欄は、双子鉤の場合は左上欄に、二腕鉤（レスト付き）の場合は左下欄に記載し、二腕鉤（レスト無し）の場合は右上欄に、フック、スパーの場合は右下欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。

ノ 「修理」欄について

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法以外の修理を行った場合は、点数及び回数を記載すること。

ハ 「その他」欄について

(ア) 熱可塑性樹脂有床義歯等記載の欄が示されていない各種の歯冠修復及び欠損補綴は当該欄に、それぞれ名称、部位、点数及び回数を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合にあっては、部位の記載は省略して差し支えない。

(イ) 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合は、有床義歯修理の点数の100分の50に相当する点数と装着料を合算した点数を記載すること。なお、請求時に当該有床義歯の装着年月日を併せて記載すること。

(ウ) 充填に際し金属小釘を使用した場合は、釘 と記載し点数及び回数を記載すること。

(エ) 脱離又は修理したブリッジを再装着した場合の装着料は、その他のブリッジ、ワンピースキャストブリッジについては支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合に分けて、Br再装 と表示し、部位、点数及び回数を記載すること。なお、再装着する装置が1つであって、かつ「傷病名部位」欄の記載から再装着した部位が明らかに特定できる場合にあっては、部位の記載は省略して差し支えない。

(オ) 脱離した歯冠修復物の再装着を行った場合は、再装 と表示し、部位、点数及び回数を記載すること。なお、再装着する歯冠修復物が1つであって、かつ「傷病名部位」欄の記載から再装着する部位が明らかに特定できる場合にあっては、部位の記載を省略して差し支えない。

(カ) 接着ブリッジ支台歯に係る歯冠形成又は金属歯冠修復を算定した場合は、当該支台歯の部位と接着冠を記載すること。なお、当該ブリッジが1つであって、かつ「傷病名部位」欄の記載から接着冠の部位が明らかに特定できる場合にあっては、部位の記載を省略して差し支えない。

(27) 全体の「その他」欄について

ア 在宅医療、リハビリテーション、入院等については、診療行為、点数及び回数を記載すること。

イ 開放型病院共同指導料(I)又は(II)を算定した場合は、開I 又は 開II と表示し、回数及び合計点数を記載し、開放型病院共同指導料(I)を算定した場合は入院日を「摘要」欄に記載

- すること。
- ウ 歯科訪問診療において、初診料及び再診料の算定時に在宅患者等急性歯科疾患対応加算を算定した場合は、その旨、当該点数及び回数を記載すること。
- エ 歯科訪問診療 1 又は 2 を算定した場合は、点数、回数及びその旨を記載すること。緊急、夜間若しくは深夜加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算、在宅患者等急性歯科疾患対応加算又は地域医療連携体制加算がある場合は、その旨、当該加算を加算した点数及び回数を記載すること。なお、「摘要」欄には、訪問診療を行った日付、実施時刻（開始時刻と終了時刻）、訪問先名（記載例：自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑）及び患者の状態（急変後の対応を行った場合は、その要点を含む。）、並びに訪問診療時に歯科訪問診療補助加算を算定した場合は、「訪補助」と表示し、所定点数を記載すること。
- オ 訪問歯科衛生指導料を算定した場合は、複雑なもの及び簡単なものを区分し、それぞれ点数、回数及びその旨を記載し、「摘要」欄に日付、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載すること。なお、訪問歯科衛生指導料を算定した月と同一月に歯科訪問診療料の算定がない場合には、直近の歯科訪問診療を行った月日を記載すること。
- カ 在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定した場合は、「在歯管」と表示し、所定点数を記載すること。
- キ 歯科矯正における印象採得、咬合採得、床装置、リンガルアーチ及び鉤を算定する場合は、「簡単」、「困難」、「著しく困難」又は「複雑」等の区別を記載すること。
- ク 歯科矯正における帯環及びダイレクトボンドブラケット並びに可撤式装置及び固定式装置は、各々の所定点数と装着料を合算した点数により記載すること。
- ケ 歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定する場合は、歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法及び保定の開始の区別（顎口腔機能診断料については顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名）を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した年月日を記載すること。
- コ 歯科矯正管理料を算定する場合は、歯科矯正管理料を算定した年月日と動的処置又はマルチブラケット法の開始の年月日を記載すること。
- サ 予測モデルを算定する場合は、予測歯数を記載すること。
- シ 動的処置を算定する場合は、動的処置を算定した年月日と動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日及び同一月内における算定の回数を記載すること。
- ス マルチブラケット装置を算定する場合は、ステップ名（例：ステップⅠ、1 装置目）及びそのステップにおける回数を記載すること。
- セ 装置を撤去した場合は、撤去の費用が算定できない場合であっても、撤去した装置の名称を記載すること。
- ソ 特定保険医療材料料を算定する場合において、装着材料、スクリュー、バンド、ブラケット、チューブ、矯正用線、不銹鋼、特殊鋼等を使用したときには、特定保険医療材料に掲げる名称を記載すること。
- タ 診療情報提供料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した場合は「情Ⅰ」又は「情Ⅱ」と表示して、点数を記載し、「摘要」欄にその算定日を記載すること。なお、診療情報提供料（Ⅰ）の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、退院患者の紹介にあたっての加算の場合は、「摘要」欄に退院日を記載するとともに、併せて「情Ⅰ加 1」と表示すること。基本診療料に係

る歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療料を算定している患者の紹介にあたっての加算の場合は、「摘要」欄に「情I加2」と表示すること。

また、保険医療機関以外の機関へ情報提供を行った場合は、「摘要」欄にその情報提供先を記載すること。

チ 歯科特定疾患療養管理料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、手術前医学管理料、手術後医学管理料、開放型病院共同指導料、退院前訪問指導料、薬剤管理指導料、診療情報提供料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者カウンセリング料、入院栄養食事指導料、外来緩和ケア管理料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、介護支援連携指導料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2、退院時薬剤情報管理指導料及び傷病手当金意見書交付料を算定した場合は、当該項目及び点数を記載すること。

ツ 歯科特定疾患療養管理料を算定した場合は、「特疾」と表示して点数を記載すること。共同療養指導計画加算を算定した場合は、「共計」と表示して点数を記載し、併せて「摘要」欄に共同療養指導計画を共同して策定した保険医療機関及び主治の医師の氏名を記載すること。

また、退院前訪問指導料を算定した場合は、「退前」と表示して点数を記載すること。なお、退院前訪問指導料を2回算定した場合は、「摘要」欄に各々の訪問指導日を記載すること。

テ 薬剤管理指導料の「1」、「2」又は「3」を算定した場合は、「薬管」1、「薬管」2又は「薬管」3と表示して、それぞれの点数を記載するとともに、当該算定の対象となった指導を行った日を、薬剤管理指導料の「2」を算定した場合は、薬剤名を「摘要」欄にそれぞれ記載すること。

また、麻薬管理指導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」欄に指導を行った日を記載するとともに、「薬管」1、「薬管」2又は「薬管」3に併せて「麻加」と表示すること。

ト 傷病手当金意見書交付料を算定した場合は「傷」と表示して、点数及び交付年月日を記載すること。ただし、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には、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察を開始した日を、「傷病名部位」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。

ナ 特定薬剤治療管理料を算定した場合は、「薬」と表示して、点数及び初回の算定年月を記載すること。なお、4月日以降の特定薬剤治療管理料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こと。

ニ 悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、「悪」と表示して、点数を記載すること。この場合、行った腫瘍マーカーの検査名を「摘要」欄に記載すること。

ヌ 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、「訪問薬剤」と表示し、回数及び総点数を記載すること。

また、麻薬加算を算定した場合は「訪問薬剤」に併せて「麻」と表示すること。

ネ 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合は、「前」と表示して点数を記載すること。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は、総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。

ノ 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合は、「在悪」と表示して点数を記載すること。在宅悪性腫瘍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は、総点数を記載し、

「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。

ハ 退院時共同指導料1を算定した場合は、患者が入院している保険医療機関名を記載する。なお、当該退院時共同指導料を2回算定した場合は、別に厚生労働大臣が定める疾病のうち、該当する病名を記載する。

また、退院時共同指導料2を算定した場合は、当該指導を共同して行った保険医療機関名、共同指導に参画した者の職種、当該指導を行った日を記載する。

ヒ 在宅患者連携指導料を算定した場合は、当該指導に係る情報共有先の保険医療機関又は保険薬局名、訪問看護ステーション名及び当該指導を行った日を記載する。

フ 在宅患者緊急時カンファレンス料を算定した場合は、訪問先、当該カンファレンスに参加した保険医療機関又は保険薬局、訪問看護ステーション名、当該カンファレンスを行った日及び当該指導日を記載すること。

ヘ 手術前医学管理料及び手術後医学管理料を算定した場合は、「手前」及び「手後」と表示し、それぞれ点数を記載すること。

ホ 短期滞在手術基本料を算定した場合は、「短手1」、「短手2」又は「短手3」と表示し、併せて点数を記載すること。

マ クラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生（支）局長への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した場合は、診療行為名並びに所定点数の100分の70に相当する点数及び回数を記載すること。

ミ 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合における療養担当手当を算定した場合は、「療担当」と表示して点数を記載すること。

ム 睡眠時無呼吸症候群の治療として口腔内装置治療を行った場合は、「睡眠時無呼吸」と表示し、床副子、印象採得、咬合採得、装着の点数をそれぞれ記載すること。

また、睡眠時無呼吸症候群の口腔内装置治療の紹介元保険医療機関名について、「摘要」欄に記載すること。（医科歯科併設の病院で行われた場合は、院内紹介元の担当科名を記載すること。）

メ 摂食機能療法を伴う舌接触補助床を算定した場合は、「舌接触補助床」と表示し、当該補助床に係る印象採得、咬合採得、装着及び床副子の所定点数をそれぞれ記載すること。

モ 周術期専門的口腔衛生処置を算定した場合は、術前又は術後に応じて、「術口衛（前）」、「術口衛（後）」と表示し、それぞれ所定点数を記載すること。なお、当該入院患者の手術を行った年月日、手術名を「摘要」欄に記載すること（手術実施月を除く。）。

ヤ 「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は、次の例により「摘要」欄に「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〕

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）イ 200×18

実施日数 3日

（リハ選）

脳血管疾患等リハビリテーション料 2,000円×1

ユ 歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合は、「歯在管」と表示し、所定点数を記載すること。

口腔機能管理加算を算定した場合は、「機能管」と表示し、所定点数を記載すること。

- ヨ 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、所定点数及び回数を記載すること。
- ラ 開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は、所定点数及び回数を記載すること。
- リ 摂食機能療法を行った場合には、所定点数及び回数を記載すること。なお、算定に当たっては、摂食機能療法の実施日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）等を「摘要」欄に記載すること。
- ル 周術期口腔機能管理計画策定料を算定した場合は「周計」と表示し点数を記載すること。また、当該管理料の算定において手術を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づく場合は、依頼元の保険医療機関名を「摘要」欄に記載すること。
- レ 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期口腔機能管理料（Ⅱ）又は周術期口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した場合は、術前又は術後に応じて、「周管Ⅰ（前）」、「周管Ⅰ（後）」、「周管Ⅱ（前）」、「周管Ⅱ（後）」又は「周管Ⅲ」と表示し、それぞれ点数及び回数を記載すること。なお、「周管Ⅰ（後）」と記載した場合にあっては当該項目の算定回数（〇回目）を記載すること。また、算定に当たっては、手術や放射線治療又は化学療法等の実施日又は予定日及び原疾患の手術又は治療を行っている保険医療機関名を「摘要」欄に記載すること。
- ロ 広範囲顎骨支持型補綴物管理料、広範囲顎骨支持型補綴診断料、広範囲顎骨支持型補綴又は広範囲顎骨支持型補綴物修理はそれぞれ、「特イ管」、「特イ診」、「特イ補」、「特イ修」と表示し、それぞれ点数を記載すること。
- ワ 一般的名称による処方せんを交付した場合は、「一般名処方加算」と表示し所定点数及び回数を記載すること。

(28) 「摘要」欄について

- ア 介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に と記載すること。
 - イ 第8部処置の通則「6」、第9部手術の通則「9」又は第10部麻酔の通則「4」の規定により時間外加算（時間外加算の特例を含む。）、休日加算又は深夜加算を算定したときは、処置名、手術名又は麻酔名及び加算の種類を記載すること。
 - ウ 電話等再診について再診料を算定した場合は、その回数を再掲すること。
 - エ 歯科診療特別対応連携加算又は歯科診療特別対応地域支援加算を算定した場合は、当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。
 - オ 短期滞在手術基本料を算定した場合は、当該手術日及び手術名を記載すること。
 - カ 共同療養指導計画加算を算定する場合は、共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医（区分番号B002 歯科特定疾患療養管理料の「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）の保険医療機関名を記載すること。
 - キ 歯科治療総合医療管理料又は在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定した場合は、当該主病に係る紹介元保険医療機関名を記載すること。
 - ク 新製有床義歯管理料を算定する場合であって、「傷病名部位」欄に記載した欠損部位と装着部位が異なる場合は、装着部位を記載すること。
 - ケ 歯科訪問診療を行った場合は、歯科訪問診療1及び2を算定できない場合であっても、歯科訪問診療を行った日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）、訪問先名（記載例：自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑）、患者の状態等（急変後の対応の要点を含む。）を記載すること。
- また、特別歯科訪問診療料を算定した場合は滞在時間を記載すること。同一月内に歯科訪問

- 診療とそれ以外の外来分の診療がある場合には、それぞれを明確に区分できるように記載すること。
- コ 歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算の算定を行った場合は、地域医療連携体制加算に係る連携保険医療機関名を記載すること。
- サ 万一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せんにより投薬した場合は、その日付及び理由を記載すること。
- シ 心身医学療法を算定する場合は、確定診断を行った医科保険医療機関名（医科歯科併設の病院であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、確定診断を行った診療科名）、紹介年月日、治療の内容の要点、実施日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載すること。
- ス 暫間根管充填を行った場合又は暫間根管充填後に根管充填を行った場合は、その旨を記載すること。
- セ エナメルボンドシステムにより暫間固定を行なった場合は、固定を行なった部位及びその方法を記載すること。
- ソ 抜歯に当たって、長時間普通以上の苦心にかかわらず不成功に終わった場合で抜歯料を算定した場合は、その旨を記載すること。
- タ 抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合で麻酔料を算定した場合は、抜歯を中止したことを記載すること。
- チ 歯内療法では治療ができなかった根尖病巣を有する保存が可能な大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合は、部位、算定理由を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。
- ツ 皮膚移植術の算定に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の「摘要」欄に皮膚提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。
- テ 歯の再植術を算定するに当たっては、手術部位及び再植の理由を記載すること。
また、歯の移植手術を算定するに当たっては、手術部位を記載すること。
なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合にあっては、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。
- ト 歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して1月以上経過したにもかかわらず患者が来院しない場合であって、当該歯冠修復物又は欠損補綴物を算定したときは、「平成 年月分」欄は製作月を記載し、「診療実日数」欄は0とし、「転帰」欄は中止とし、該当する記載欄には装着料を含まない点数及び回数を記載し、「摘要」欄には 未 と記載するとともに、装着物の種類及び装着予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。
- ナ 有床義歯製作中であって咬合採得後、試適を行う前に患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意志により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合や、歯冠修復及び欠損補綴に係る歯冠形成及び印象採得後、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等やむを得ない場合には、装着物の種類及び装着（又は試適）予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。

- ニ 未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求をおこなった歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合の装着料及び装着材料料を算定するに当たっては、その旨記載すること。
- ヌ 補綴物の維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジが脱離し、再度の装着を行った場合は、再度の装着を行った歯の部位、再度の装着日を記載すること。
- ネ 欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合は、その旨を記載すること。
- ノ 残根上に義歯を装着した場合は、その旨を記載すること。
- ハ 地方厚生（支）局長に事前に模型等を提出した上でブリッジを製作した場合は、その旨を記載すること。
- ヒ 人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合にはその旨を記載すること。
- フ 前回有床義歯を製作してより6月が経過していない場合において、新たに有床義歯を製作した場合はその理由を記載すること。
- ヘ 2歯以上の充填に際し1歯に複数窩洞の充填を行った場合は、当該歯の部位を記載すること。
- ホ コンビネーションインレーを製作した場合は、その旨及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって、かつ「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合にあっては、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。
- マ メタルコアによる支台築造物を再装着した場合は、メタルコアを再装着した旨を記載すること。
- ミ 犬歯のポンティックが必要な場合で、中切歯がすでにブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を変更する場合には、中切歯の状態等を記載すること。
- ム 側切歯及び犬歯、或いは犬歯及び第一小臼歯の2歯欠損であって、犬歯が低位唇側転移していたため間隙が1歯分しかない場合であってポンティック1歯のブリッジの設計とした場合には、低位唇側転移の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。
- メ 地方厚生（支）局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するエックス線フィルム又はその複製の費用を算定するに当たっては、算定の理由を記載すること。
- モ 小児義歯に係る費用の算定するに当たっては、装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。なお、欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合は、その旨を記載すること。
- ヤ 有床義歯修理において、歯科技工加算を算定した場合は、「歯技工」と表示し、「預かり日」及び修理を行った当該有床義歯の「装着日」を記載すること。
- ユ 広範囲顎骨支持型補綴物修理を算定した場合は、装着を実施した医療機関名（自院は除く。）及び装着日（不明であれば装着時期）を記載すること。
- ヨ 歯科矯正に係る費用の請求に当たっては、主要な咬合異常の起因となった疾患名（別に厚生労働大臣が定める疾患又は顎変形症）及び当該疾患に係る顎切除又は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名を記載すること。
- また、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を最初に算定した年月日を診断料の名称に併せて記載すること。
- ラ 請求に際して、特に説明が必要と判断される内容については、当該欄に簡潔に記載すること。
- リ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書と同じ大きさの用紙（用紙の色は白色で可とする。）に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別番号（例

；1社・国 1単独 2本外)、保険者番号(公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号)、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号(公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号)を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

(29) 「点数」欄について

「初診」欄から全体の「その他」欄までのそれぞれの合計点数を記載すること。

医療保険と公費負担医療の併用の場合は、「点数」欄を縦に区分して、左欄から順に医療保険に係る請求点数、第1公費に係る請求点数、第2公費に係る請求点数を記載することとするが、公費負担医療に係るすべての請求点数が医療保険に係る請求点数と同じ場合は、「点数」欄を縦に区分して、当該公費負担医療に係る請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。なお、月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が医療保険と異なる場合は、公費負担医療に係る請求点数が医療保険に係る請求点数と異なることとなるので、この場合には、「点数」欄を縦に区分して、公費負担医療に係る請求点数をも必ず記載すること。

公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様とすること。

(30) 「合計」欄について

請求する医療保険に係る合計点数を記載すること。

(31) 「一部負担金額」欄について

ア 医療保険(高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券(特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。)の提示があつた者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。)については、以下によること。

(ア) 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載すること。ただし、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。

(イ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

イ 医療保険(高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券(特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。)の提示があつた者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。)及び後期高齢者医療については、以下によること。

(ア) 高額療養費が現物給付された者に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の上段に()で再掲するものとし、下段に支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。なお、「一部負担金」の項に記載しきれない場合には、摘

要欄に（ ）で再掲するものとして差し支えないこと。

(イ) 健康保険法施行令第43条第1項並びに同条第5項、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の4第1項並びに同条第3項又は高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第16条第1項並びに同条第3項の規定が適用される者の場合は、これらの規定により算定した額（この額に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

(ウ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ニ、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号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号ニ及び同令附則第6条第1項に掲げる者の場合は、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」と記載すること。

(エ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ハ及び同令附則第2条第7項に掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号ハ及び同令附則第2条第8項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号ハ及び同令附則第2条第5項に掲げる者の場合は、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」と記載すること。

(オ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

(カ) 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合は、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」を○で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

(32) 「公費分点数」欄について

ア 「請求」の項には第1公費に係る合計点数を記載すること。なお、第2公費に係る合計点数がある場合は、括弧書きで記載すること。ただし、第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。

また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものについては、公費でないものとみなして記載すること。

(33) 「患者負担額（公費）」欄について

医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「一部負担金」の項に金額を記載するもの場合は（31）のイの（ア）により記載した額を、金額の記載を要しないもの場合は10円未満の端数を四捨五入する前的一部負担金の額）を記載すること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限

度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。)と感染症法との併用の場合には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額(即ち、窓口で徴収した額)を記載すること。

また、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険(高齢受給者に係るものに限る。)と障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療との併用の場合(高額療養費が現物給付された場合に限る。)に10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。ただし、後期高齢者医療又は医療保険(高齢受給者に係るものに限る。)と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合(高額療養費が現物給付された場合を除く。)及び医療保険(高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付化された者に係るものを除く。)と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る負担額は「患者負担額(公費)」欄には記載することを要しないこと。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の2割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該2割相当の額(「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合は、10円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないもの場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の額。)を記載すること。

(34) その他

- ア 歯科の入院に係る費用の請求に当たっては、原則として医科入院の明細書を使用すること。
この場合、当該明細書の「保険種別1」欄の左の欄の「1 医科」を「3 歯科」と訂正すること。
また、その記載に当たっては、医科の記載要領に準拠して記載し、「歯冠修復及び欠損補綴」等歯科独自の診療行為については「摘要」欄に診療行為名、点数及び必要事項を記載すること。
- イ 「処置・手術」等のうち、該当する記載欄を設けていないが頻度の高いものについては、「処置・手術」等の「その他」欄に予め印刷することは差し支えないこと。
- ウ 平成18年3月31日保医発第0331002号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と表示すること。なお、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。
- エ 公費負担医療のみの場合において、請求点数を後期高齢者医療の診療報酬点数表による場合は、「特記事項」欄に「後保」と表示すること。
- オ 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載すること。ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。
- カ 患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、

「特記事項」欄に「第三」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

キ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第5号又は第7号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(38)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該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。

ク 地方厚生(支)局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

ケ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。

また、実施したりハビリテーションごとに、「摘要」欄に「リハ選」と記載し、併せて当該「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記載すること。

コ 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証(適用区分がAであるもの)が提示された場合又は「上位所得者(70歳以上の場合は現役並み所得者)の世帯」の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券(適用区分がA又はⅣであるもの)が提示された場合(特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。)には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。

サ 「上位所得者の世帯」若しくは「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証(適用区分がBであるもの)が提示された場合又は「上位所得者の世帯」若しくは「低所得者の世帯」以外の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券(適用区分がB又はⅢであるもの)が提示された場合(特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。)には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。

シ 高齢受給者(後期高齢者医療の被保険者を含む。)以外で、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証(適用区分がCであるもの)若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証(適用区分が低所得であるもの)が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券(適用区分がC又はⅠ若しくはⅡであるもの)が提示された場合(特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。)には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。

ス 特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置にかかわらず、「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の2(4)に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合には、「特記事項」欄に「二割」と記載すること。

セ 自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。

ソ 高齢者医療確保法第50条第2号に該当する者(65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者)が75歳に到達した月に療養を受けた場合(自己負担限度額が2分の1とならない場合)には、「摘要」欄に「障害」と記載すること。

タ 「上位所得者(70歳以上の場合は現役並み所得者)の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多上」と記載すること。

チ 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療

養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多一」と記載すること。

ツ 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多低」と記載すること。

テ 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」欄に算定日を記載すること。

IV 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第1 調剤報酬請求書に関する事項（様式第4）

1 「平成 年 月分」欄について

調剤年月又は外来服薬支援料若しくは退院時共同指導料を算定した年月（以下「調剤年月等」という。）を記載すること。したがって、調剤年月等の異なる調剤報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの調剤年月分等について調剤報酬請求書を作成すること。なお、調剤年月等の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

2 「薬局コード」欄について

それぞれの薬局について定められた薬局コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例） 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

調剤報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名、 印 」欄について

（1） 保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名については、保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については開設者から調剤報酬につき委任を受けている場合は、保険薬局の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

（2） 「印」については、当該様式に、予め保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取り扱うものであること。また、保険薬局自体で調剤報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労をはぶくため、保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「医療保険」欄について

（1） 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「処方せん受付回数」欄には明細書の受付回数の合計を、「点数」欄には明細書の「請求」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「一部負担金」欄の「保険」の項に係る「一部負担金」の項の合計を記載すること。

なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

- (3) 「①合計」欄には、「医保（七〇以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（七〇以上七割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（六歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。なお、処方せん受付回数及び点数については、記載を省略して差し支えない。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には、区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (5) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る

明細書分を記載すること。

公費負担医療が2種の場合、例えば、感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法に係る分とを併せて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載して当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、1枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、2件ないし3件となること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「請求」欄の「公費②」の項の記載を省略した明細書については、請求欄の「公費①」の項に記載した点数が、当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合には、生活保護法に係る点数は「請求」欄の「保険」の項の点数をも合計して記載すること。

9 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る請求分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」により示すとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「①」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計し、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

10 「②合計」欄について

「公費と医保の併用」、「公費と公費の併用」及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

11 「総件数①+②」欄について

「①合計」及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

12 その他

- (1) 請求に係る月の処方せん受付回数を「備考」欄に記載すること。
- (2) 服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料を算定した月とその基となる調剤月が異なる場合は、「処方せん受付回数」は調剤月について計上すること。また、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤、服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、外来服薬支援料又は退院時共同指導料のみの算定を行っている場合は、「件数」としては1件、「受付回数」としては0件として計上すること。

第1の2 調剤報酬請求書に関する事項（様式第9）

調剤報酬請求書に関する事項については、次に掲げる事項を除き、第1の例によること。なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えるものであること。

1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 「件数」欄、「処方せん受付回数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄については、第1の6の(2)と同様であること。この場合、第1の6の(2)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と読み替えるものであること。
- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「後期高齢九割」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には、区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。
なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数

は2件となること。

- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (5) 「一部負担金」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

第2 調剤報酬明細書の記載要領（様式第5）

1 調剤報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとする。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 同一患者につき、同一医療機関の保険医が交付した処方せんに係る調剤分については、一括して1枚の明細書に記載すること。ただし、歯科と歯科以外の診療科の処方せんについては、それぞれ別の明細書に記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については、処方せんに基づく調剤分に係る明細書とは別とし、それぞれ単独の明細書とすること。
- (4) 1枚の処方せんの使用期間が次月にまたがる場合については、当該処方せんに係る調剤実行を行った月の調剤分として請求すること。
- (5) 服薬情報等提供料は、算定の対象となる情報提供を実施した月の分として請求すること。
- (6) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、算定の対象となる訪問薬剤管理指導を実施した月の分として請求すること。
- (7) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も同様とすること。なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。

- (8) 1枚の明細書に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、調剤年月等、薬局コード、患者氏名、保険種別（例：1社・国 1単独 2本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。
- (9) 電子計算機の場合は、以下によること。
- ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢より○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えないこと。
- イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。
- ウ 用紙下端の空白部分は、OCR処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。
- エ 電子計算機用のOCR関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成9年8月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。
- オ 記載する文字は、JISX0208において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

2 調剤報酬明細書に関する事項

- (1) 「平成 年 月分」欄について
調剤年月等を記載すること。
- (2) 「都道府県番号」欄について
別添2の設定要領の別表2に掲げる都道府県番号表に従い、保険薬局の所在する都道府県の番号を記載すること。
- (3) 「薬局コード」欄について
それぞれの薬局について定められた薬局コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。
- (4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について
- ア 「保険種別1」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。
- | | |
|---|-------|
| 健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。） | 1 社・国 |
| 公費負担医療（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職者医療との併用の場合を除く。） | 2 公費 |
| 後期高齢者医療 | 3 後期 |
| 退職者医療 | 4 退職 |
- （注）退職者医療には、健康保険法附則第3条に規定する特定健保組合に係るものは該当し