

保医発第0328002号
平成20年3月28日

地方社会保険事務局長
都道府県民生主管部(局)
国民健康保険主管課(部)長
都道府県老人医療主管部(局)
老人医療主管課(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

標記については、「診療報酬の算定方法を定める件」(平成20年厚生労働省告示第59号)等が公布され、平成20年4月1日より適用されること、及び後期高齢者医療制度の創設等を内容とする健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)の一部が平成20年4月1日より施行されることに伴い、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等に対し、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 「老人訪問看護療養費・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）の一部改正
について

別紙 1 及び別紙 2 を次のように改める。

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附則第五条第三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）の制定により、平成20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20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 社会保険庁長官
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社会保険事務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、記名捺印の労をばくため、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・乳幼児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。

また、在宅時医学総合管理料届出保険医療機関（特定施設入居時等医学総合管理料届出保険医療機関を含む。以下同じ。）及び在宅末期医療総合診療料届出保険医療機関にあっては、以下の方法により、70歳以上（70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合をいう。）の被保険者又は被扶養者（後期高齢者を除く。以下「高齢受給者」という。）に係る診療報酬明細書のうち「在宅時医学総合管理料（特定施設入居時等医学総合管理料を含む。以下同じ。）又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」のそれぞれについて、請求点数等が分かる方法により請求を行うこと。

ア 「高齢受給者について在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」のそれぞれについて診療報酬請求書を作成する。

イ 診療報酬請求書を取り繕い、「高齢受給者について在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」をそれぞれ別の欄に記載する。

- (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。なお、「一部負担金」欄は、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料及び船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料に係るものだけに限り記載すれば足りるものとする。

- (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（70以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独70以上一般・低所得」欄の「小計」欄と、「医保（70以上7割）と公費の併用」欄と「医保単独（70以上7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（6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（70以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（70以上7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（70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

1 2 (生保)

1 0 (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、9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っては、**超過**（略称の□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っては、**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っては、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。

また、在宅時医学総合管理料届出保険医療機関及び在宅末期医療総合診療料届出保険医療機関にあっては、以下の方法により、「在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」のそれぞれについて、請求点数等が分かる方法により請求を行うこと。

ア 「在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」のそれぞれについて診療報酬請求書を作成する。

イ 診療報酬請求書を取り繕い、「在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」をそれぞれ別の欄に記載する。

- (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、7の(2)及び(3)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」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。
- (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が、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。）の外来において2以上の診療科にわたって診療を受けた場合には、平成22年3月診療分までの間に限り、各診療科ごとに別個に明細書を作成すること。この場合において、初診料及び再診料を算定しない診療日については、初診料を算定した診療科名及び算定した日又は再診料を算定した診療科名を「摘要」欄に記載すること。
なお、同一の傷病又は互いに関連のある傷病について初診又は再診を受けた場合について旧総合病院の2以上の診療科にわたって診療を受けた場合には、主たる診療科において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」と表示し、他の保険医療機関での診療に係る合計点数を「その他」欄に併せて記載し、「療養の給付」欄の「請求」の項にも当該点数を合算した点数を記載するとともに、当該他の保険医療機関における診療に係る明細書を、下端を50mm程度切りとって添付すること。（これについては、別に連絡するまでの間は、従来どおり、入院医療機関、入院外医療機関（他受診分）についてそれぞれ別個の明細書に記載することとする。）
- (6) 月の途中において保険者番号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、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 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(政府管掌健康保険(日雇特例被保険者の保険を除く。))につい

ては4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)。

- イ 政府管掌健康保険(日雇特例被保険者の保険を除く。)及び船員保険については、当該被保険者及び被扶養者の管轄地方社会保険事務局長と当該保険医療機関の管轄地方社会保険事務局長とが同一である場合(以下(5)において「自県分の場合」という。)には、記載を省略して差し支えないこと。
- ウ 日雇特例被保険者の保険については、自県分の場合は、頭初の2欄に法別番号を必ず記載し、他の記載は省略して差し支えないこと。
- エ 前記により、「保険者番号」欄の記載は、次表のとおりとなること。

区 分	自県分の場合	他県分の場合
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> </div> 法別 都道府県 保険者別 検証 番号 番 号 番 号 番号	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> </div> 法別 都道府県 保険者別 検証 番号 番 号 番 号 番号
政府管掌健康保険 (日雇特例被保険者の保険を除く。)	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> </div> (省略して差し支えないこと)	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> ○ ○ ○ ○ </div> (空欄)
船 員 保 険	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> </div> (省略して差し支えないこと)	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> ○ ○ ○ ○ ○ ○ </div>
日雇特例被保険者の保険	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> ○ ○ </div> (省略して差し支えないこと)	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> ○ ○ ○ ○ ○ </div>
その他の健康保険 後期高齢者医療 退職者医療	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> ○ ○ ○ ○ ○ </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> ○ ○ ○ ○ ○ </div>
国 民 健 康 保 険	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> ○ ○ ○ ○ ○ </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> ○ ○ ○ ○ </div>

備考1 ○印のものは、必ず記載すること。

2 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、船員保険被扶養者証、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、職務上の取扱いとなる場合のみ該当するものを○で囲むこと。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6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へ赴き行った診療と、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
11	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
12	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
13	先進	地方社会保険事務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。）
14	制超	「厚生労働大臣の定める診療報酬の算定方法に規定する回数を超えて受けた診療」（平成18年厚生労働省告示第120号）（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。）
15	経過	公的年金等控除の縮減及び高齢者控除の廃止に伴い、高齢者医療確保法第67条第1項第2号、健康保険法第74条第1項第3号及び第110条第2項第1号二、国民健康保険法第42条第1項第4号、国家公務員等共済組合法第55条第2項第3号及び第57条第2項第1号二、地方公務員等共済組合法第57条第2項第3号及び第59条第2項第1号二又は船員保険法第28条ノ3第1項第3号及び第31条ノ2第2項第1号二に基づく一部負担金を負担することとなる70歳以上の高齢者（以下「現役並み所得者」という。）であつて、平成18年8月から平成20年7月（高齢者医療確保法又は国民健康保険法以外における一部負担金の割合が3割となる者については、平成18年9月から平成20年8月）までの間、入院又は入院外（在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限る。）に係る一部負担金が、一般の世帯（現役並み所得者及び市町村民税非課税の世帯以外の世帯のことをいう。）と同額の自己負担限度額を超えた場合
16	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6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。）
17	上位	「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
18	一般	「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
19	低所	「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
20	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

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

ア 保険医療機関指定申請の際等に地方社会保険事務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っては、「（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を変更した場合は、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。

イ 旧総合病院については、欄の左下隅に「診療科（）」と表示し、（）の中に医療法施行令に定められた診療科について、次のコードにより記載すること。なお、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コードを記載すること。

診療科	コード	診療科	コード	診療科	コード
内科	01	心臓血管外科	16	心療内科	33
精神科	02	小児外科	17	アレルギー科	34
神経科	03	皮膚泌尿器科	18	リウマチ科	35
神経内科	04	皮膚科	19	リハビリテーション科	36
呼吸器科	05	泌尿器科	20	/	
消化器科	06	性病科	21		
胃腸科	07	こう門科	22		
循環器科	08	産婦人科	23		
小児科	09	産科	24		
外科	10	婦人科	25		
整形外科	11	眼科	26		
形成外科	12	耳鼻いんこう科	27		
美容外科	13	気管食道科	28		
脳神経外科	14	放射線科	30		
呼吸器外科	15	麻酔科	31		

(15) 「傷病名」欄について

ア 傷病名については、原則として、「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方式及び規格並びに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」（平成18年4月10日）別添3に規定する傷病名を用いること。

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。ただし、老人医療から後期高齢者医療への変更については、診療開始日の変更をしなくても差し支えないものであること。

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) のア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、在宅末期医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、居住系施設入居者等訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、訪問看護指示料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、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又は精神科訪問看護・指導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2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** 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、通常的时间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、通常的时间外、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、通常的时间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、**複初**、**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 電子化加算を算定した場合は、初診料と当該加算を加算した合計点数を記載し、「摘要」欄に **電** と表示すること。
- エ 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。
- オ 旧総合病院において、他の診療科において初診料を算定した場合は、算定した診療科名及び算定した日を「摘要」欄に記載すること。

(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 再診及び外来管理加算の項には、回数及び合計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的时间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、通常的时间外、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的时间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点数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 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。
- カ 旧総合病院において、他の診療科において再診料を算定した場合は、算定した診療科名を「摘要」欄に記載すること。

(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、埋込型補助人工心臓指導管理料、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、ニコチン依存症管理料、手術前医学管理料、救急救命管理料、医療機器安全管理料、後期高齢者診療料、後期高齢者外来継続指導料又は後期高齢者終末期相談支援料を算定した場合は、「**ウ**、**薬**、**悪**、**外栄**、**集栄**、**へ**、**慢透**、**埋心**、**糖**、**耳鼻**、**がん**、**ニコ**、**手前**、**救**、**医機安**、**後診**、**後外** 及び **後終**」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、心臓ペースメーカー指導管理料のイを算定した場合は、ペースメーカー移植術を行った月日を、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、後期高齢者外来継続指導料を算定した場合は、退院日を「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又は地域連携小児夜間・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、小児悪腫又は地域小児」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、人工内耳埋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（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、手術前医学管理料、手術後医学管理料、肺血栓塞栓症予防管理料、リンパ浮腫指導管理料、地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料、救急救命管理料、医療機器安全管理料、後期高齢者退院時薬剤情報提供料、後

期高齢者退院時栄養・食事管理指導料又は後期高齢者終末期相談支援料を算定した場合は、**ウ**、**薬**、**悪**、**高難**、**がん**、**手前**、**手後**、**肺予**、**リ**、**地連管**、**地連退**、**救**、**医機安**、**後薬**、**後栄**、**後終**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、人工内耳埋込術を行った月日を、地域連携診療計画退院時指導料を算定した場合は、退院日をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。

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、麻薬管理指導加算又は退院時服薬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**又は**薬加**と表示すること。

なお、退院時服薬指導加算の算定月と当該加算を加算すべき薬剤管理指導料の算定月が異なる場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料を算定した場合は、「摘要」欄に退院先を記載すること。

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。

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。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、「摘要」欄に退院日を記載するとともに、併せて**情I加**と表示すること。

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、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を行う患者に対し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**薬情加**と表示すること。

ケ 後期高齢者退院時薬剤情報提供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 後期高齢者診療料を算定する月において、急性増悪時に550点以上の検査、画像診断及び処置を実施した場合は、「摘要」欄にその理由等を記載すること。

ス 後期高齢者診療料を算定した月に病状の悪化等で、翌月に後期高齢者診療料を算定しない場合は、「摘要」欄にその理由等を記載すること。

セ 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)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」又は「ハイⅡ」と表示して、回数及び点数を記載すること。

入院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」と表示して、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 往診の項又は夜間の項については、それぞれ普通の又は夜間の往診の回数と点数を記載し、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 緊急又は深夜の往診を算定する場合には、それぞれの文字を○で囲み、回数及び点数を記載すること。在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が行った往診について「注1」のただし書に規定する加算を算定する場合は、「摘要」欄に「在支援」、「連携保」又は「在支病」と記載すること。

ウ 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。

エ 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(波浪及び滞在に対する加算点

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。

オ 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」の在宅での療養を行っている患者(居住系施設入居者等を除く。)に対して訪問診療を行った場合は、「摘要」欄に「在宅」と、「2」の居住系施設入居者等である患者に対して訪問診療を行った場合は、「摘要」欄に「居住」と記載すること。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。

(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」欄に死亡日前14日以内に行った往診又は訪問診療の日を記載すること。また、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が行った場合は、「摘要」欄に死亡日前14日以内に行った往診又は訪問診療の日を記載するとともに、死亡日前24時間以内に行った訪問診療の日時を併せて記載すること。

(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3」、「注4」及び「注5」の点数を加算した点数と特別加算点数(波浪及び滞在に対する加算点数)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。

カ 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学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おいては「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。

キ 在宅末期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、在宅末期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。)

ク 在宅看取り加算を算定した場合は、「摘要」欄にその旨記載すること。

ケ 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、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」、「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・指導料又は居住系施設入居者等訪問看護・指導料を算定した場合は、「訪問看護」又は「訪問看護(居住)」（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**(居住)」、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**(居住)」、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**(居住)」、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**(居住)」、在宅患者連携指導加算又は居住系施設入居者等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**(居住)」、在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は居住系施設入居者等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**(居住)」、後期高齢者終末期相談支援加算を算定する場合は、「訪問看護 **終末**」又は「訪問看護 **終末**(居住)」)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、在宅患者連携指導加算又は居住系施設入居者等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居住系施設入居者等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居住系施設等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 **居夕** と表示するとともに、訪問看護を実施した日時及び患者が死亡した日時を「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、所定点数に当該点数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、退院日、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。）及び訪問看護を実施した日を「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。

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」の在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）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」の居住系施設入居者等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「居住」と併せて表示すること。

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」の在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）に対して訪問薬剤管理指導を行った場合は「在宅」と、「2」の居住系施設入居者等である患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合は「居住」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」の在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）に対して訪問栄養食事指導を行った場合は「在宅」と、「2」の居住系施設入居者等である患者に対して訪問栄養食事指導を行った場合は「居住」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。

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。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。

ス 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