

保医発0325第6号
平成28年3月25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
（公印省略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公印省略）

「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28年厚生労働省告示第52号）等が公布され、平成28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28年厚生労働省告示第91号）により改正のあった様式については、平成28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28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± 6 mm（縦方向）、+ 6 mm、- 4 mm（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、記名捺印の労を省くため、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総合支援法）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総合支援法の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、感染症法による結核患者の適正医療と障害者総合支援法）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。
また、再診から直ちに入院した場合であって、入院の明細書において、再診料又は外来診療料の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算を算定する場合は「特定入院料・その他」の項に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に当該加算の名称を記載すること。ただし、入院基本料を算定する入院の場合は「入院基本料・加算」の項に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に当該加算の名称を記載すること。

- (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：〇日）」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。）、特定機能病院入院基本料（療養病棟入院基本料1の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（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10%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：〇日）」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。他の保険医療機関を受診した際の費用の一切を入院医療機関において算定する場合は、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) 短期滞在手術等基本料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、複数の選択肢から〇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 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「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

(注) 高齢受給者一般・低所得者のうち、平成20年2月21日保発第0221003号別紙に定める特例措置により1割負担となる者と、適用を受けない2割負担の者の判別については、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、特段の記載は必要ない。

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
11	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第1条第2号の規定に基づく医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）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、患者申出療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（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。）
14	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。）
15	削除	（削除）
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。）
17	上位	70歳以上で「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」という。）に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。）又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「22」に該当する場合を除く。）
18	一般	70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては課税所得145万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
19	低所	70歳以上で「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者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
2 1	高半	月の初日以外の日で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った者又は月の初日以外の日で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	70歳以上で「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療又は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
2 3	削除	（削除）
2 4	削除	（削除）
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
2 6	区ア	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示された場合 ② 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「31」に該当する場合を除く。）
2 7	区イ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示された場合 ② 「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「32」に該当する場合を除く。）
2 8	区ウ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用

		<p>区分が（ウ）が提示された場合</p> <p>② 「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く。）</p>
29	区エ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示された場合</p> <p>② 「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く。）</p>
30	区オ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「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（適用区分が（オ））が提示された場合</p> <p>② 「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「35」に該当する場合を除く。）</p>
31	多ア	<p>70歳未満で「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業又は小児慢性特定疾病医療支援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「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。）</p>
32	多イ	<p>70歳未満で「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p>
33	多ウ	<p>70歳未満で「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p>
34	多エ	<p>70歳未満で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p>
35	多オ	<p>70歳未満で「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者</p>

		証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
36	加治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第3号の2の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（加工細胞等（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和36年厚生省令第1号）第275条の2に規定する加工細胞等をいう。以下同じ。）に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
37	申出	別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合（この場合にあつては、当該療養の名称及び当該療養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) 「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。

(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26年4月30日付保発0430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28年3月25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、小児かかりつけ診療料、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、放射線照射、地域包括診療又は認知症地域包括診療の日数を含む。)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、がん患者指導管理料2又は3、退院時共同指導料1、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、介護職員等喀吸引等指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、精神科訪問看護・指導料若しくは精神科訪問看護指示料を算定した同一日に医師の診療が行われない場合は、実日数として数えないこと。

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

コ 初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合について、これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が使用された日は実日数として数えないこと。また、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合について、当該検体採取が実施された日は実日数として数えないこと。

(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、注3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又は初診料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合は、「摘要」欄に「初減」又は「初妥減」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5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、注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合又は初診料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合は、「複初減」又は「複初妥減。」）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、「初減」、「初妥減」、「複初」、「複初減」、「複初妥減」、「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（再診料の注2に規定する妥結率が低い保険医療機関、外来診療料の注2又は注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関若しくは注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合は、「摘要」欄に「再妥減」、「外診減」又は「外診妥減」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3又は外来診療料の注5に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合は、「摘要」欄に「複再」又は「複外診」（再診料の注2に規定する妥結率が低い保険医療機関、外来診療料の注2又は注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関若しくは注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合は、「複再妥減」、「複外診減」又は「複外診妥減。」）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 地域包括診療加算又は認知症地域包括診療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「再包」又は「再認包」と表示すること。

ク 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、がん患者指導管理料1・2・3、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、ニコチン依存症管理料の100分の70に相当する点数、手術前医学管理料、リンパ浮腫指導管理料、臍ヘルニア圧迫指導管理料、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、ペ、慢透、糖、耳鼻、がん1、がん2、が指1、が指2、が指3、外緩、臓移、造移、植ホ、透予、トリ、救搬、ニコ、ニコ減、手前、リ、臍へ、救」又は「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、遠隔モニタリング加算を算定した場合は、直近の算定年月を、「イ 着用型自動除細動器による場合」を算定した場合は、直近の算定年月、使用開始日、使用する理由及び医学的根拠を、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、がん患者指導管理料2を算定した場合は、当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を、がん患者指導管理料3を算定した場合は、当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を、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。また、腎不全期患者指導加算を算定した場合には、「摘要」欄に「腎不期」と表示すること。

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 1・2、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 1、喘息 2、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、小児かかりつけ診療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、児か外初、児か外再、児か内初、児か内再、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、小児科外来診療料又は小児かかりつけ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。

小児かかりつけ診療料について、月の途中で転医した場合など、やむを得ず 2 か所の保険医療機関で算定する場合には、「摘要」欄にその理由を記載すること。

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、がん患者指導管理料 1・2・3、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、肺血栓塞栓症予防管理料、リンパ浮腫指導管理料、臍ヘルニア圧迫指導管理料、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、が指 1、が指 2、が指 3、トリ、救搬、手前、手後、肺予、リ、臍へ、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、がん患者指導管理料

2を算定した場合は、当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を、がん患者指導管理料3を算定した場合は、当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を、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「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。

がん治療連携計画策定料の「1」又は「2」を算定した場合は、「がん策1」又は「がん策2」と表示して、所定点数を記載すること。また、外来がん患者在宅連携指導料を算定した場合は、「外がん連」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」又は「2」を算定した場合は、「薬管1」又は「薬管2」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「1」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」又は「薬管2」に併せて「麻加」と表示すること。

薬剤総合評価調整管理料を算定した場合は、「薬総評管」と表示して、当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合については、当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を「摘要」欄に記載すること。

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。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の「1」、がん治療連携管理料の「2」、がん治療連携管理料の「3」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1」、「がん管2」、「がん管3」、「肝計」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。

排尿自立指導料を算定した場合は、**排自**と表示して、所定点数を記載するとともに、当該指導の初回算定日及び初回からの通算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）を「摘要」欄に記載すること。

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。

地域包括診療料又は認知症地域包括診療料を算定した場合は、**地包**又は**認地包**と表示すること。

介護保険リハビリテーション移行支援料を算定した場合は、**介リ支**と表示し、介護保険によるリハビリテーションを開始した日及び維持期のリハビリテーションを終了した日を「摘要」欄に記載すること。

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、肝炎インターフェロン治療連携加算、「注13」に規定する加算、地域連携診療計画加算、検査・画像情報提供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**、**情Ⅰ肝**、**情Ⅰ歯**、**情地連診**、**情検画**と表示すること。なお、「注7」に規定する加算又は検査・画像情報提供加算の「イ」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。

電子的診療情報評価料を算定した場合は、**電診情評**と表示すること。

ク 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外来緩和ケア管理料又は糖尿病透析予防指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に**緩和ケ地域**、**透予地域**と表示すること。

ケ 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。

コ 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。

サ 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。

シ 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。

ス 入院分について入院栄養食事指導料 1・2、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1」、「入栄2」、「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 1・2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。

退院後訪問指導料を算定した場合は、「退後」と表示して、回数及び点数を記載し、「摘要」欄に退院日を記載すること。なお、訪問看護同行加算を算定した場合は、「退訪同」と表示すること。

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、夜間若しくは休日又は深夜若しくは緊急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。

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) 在宅患者訪問診療料2を算定した場合は、訪問診療が必要な理由等について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成28年3月4日保医発0304第3号)に掲げる別紙様式14に記載のうえ、診療報酬明細書に添付する、又は別紙様式14のとおりの内容が記載された症状詳記を添付若しくは当該内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。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」により請求を行う場合にあっては、原則として、電子レセプトに記録すること。

[症状詳記の記載例]

別紙様式14「訪問診療に係る記録書」の記入上の注意を踏まえ記載すること。

また、「患者氏名(同一建物居住者)」、「診療時間(開始時刻及び終了時刻)」、「診療場所」、「在宅患者訪問診療料2、往診料」については、「患者氏名(同一建物居住者)」ごとに記載することとし、「患者氏名(同一建物居住者)」ごとの記載が分かるのであれば、本記載例によら

ず記載すること。

- ※「訪問診療に係る記録書」
- ※「患者氏名」 ○○ ○○
- ※「要介護度」 要介護5
- ※「認知症の日常生活自立度」 4
- ※「患者住所」 ○○市○○町○○番地 ○○号室
- ※「訪問診療が必要な理由」 ○○○○○○○○○○○○
- ※「訪問診療を行った日」 平成○年○月○日
- ※「患者氏名（同一建物居住者）」 1（○○ ○○）、2（△△ △△）、・・・
- ※「診療時間（開始時刻及び終了時間）」 1（10時～11時）、2（11時～12時）、
・・・
- ※「診療場所」 1（同上○○号室）、2（同上△△号室）、・・・
- ※「在宅患者訪問診療料2、往診料」 1（在宅患者訪問診療料2を算定）、2（往診料を算定）、・・・
- ※「診療人数合計」 10人
- ※「主治医氏名」 □□ □□

なお、明細書の摘要欄又は症状詳記に記載する場合にあっては、以下の内容が含まれていれば差し支えないものとする。

<患者ごとに記載する事項>

- ※「要介護度」
- ※「認知症の日常生活自立度」
- ※「訪問診療が必要な理由」 ○○○○○○○○○○○○
(要介護4以上又は認知症の日常生活自立度IV以上の場合は不要。)

<算定日ごとに記載する事項>

- ※「訪問診療を行った日」
- ※「診療人数合計」
(同一日に同一建物の患者に、同じ医師が在宅患者訪問診療料2の対象となる訪問診療を行った人数の合計。)

[記載例1]

訪問診療にかかる記録書
要介護3
認知症の日常生活自立度 3 a
理由：○○○○○○○○○○○○のため
○日（○人）、○日（○人）

[記載例2]

訪問診療にかかる記録書
要介護4
認知症の日常生活自立度 4
○日（○人）、○日（○人）

オ 在宅時医学総合管理料又は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「施医総管外」と、処方せんを交付していない場合には「在医総管内」又は「施医総管内」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」欄に記載するとともに、単一建物診療患者が2人以上の場合には「摘要」欄にその人数を記載すること。なお、頻回訪問加算を算定した場合は、その他の項に「頻訪加算」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。

また、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の100分の80に相当する点数を算定する場合は、「在医総管外減」若しくは「在医総管内減」又は「施医総管外減」若しくは「施医総管内減」と表示して点数を記載すること。

在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する場合において、当該建築物の戸数の10%以下又は20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合、また、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて、施設入居時等医学総合管理料（平成29年3月31日までの間に限り、在宅時医学総合管理料を含む。）を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合、「摘要」欄にその旨を記載すること。

在宅患者訪問診療料1を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、区分番号「A000」初診料又は区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

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 患家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、衛生材料等提供加算、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」、「衛材提供」、「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・指導加算を超重症児又は準超重症児に算定する場合は「訪問看護超準長時」又は「訪問看護超準長時（同一）」、それ

以外の者に算定する場合は、「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。

在宅患者共同診療料を算定した場合は、初回算定日を「摘要」欄に記載すること。また、15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とした場合は、当該診療の初回算定日、初回からの通算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）を「摘要」欄に記載するとともに、「在共」と併せて表示すること。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定した場合は、初回カンファレンス又は評価カンファレンスを実施した日、実施場所、連携する保険医療機関等がある場合の医療機関等名称、初回カンファレンス又は評価カンファレンスの別を「摘要」欄に記載するとともに、「在褥」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、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、持続血糖測定器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」、「持血」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、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、持続血糖測定器加算を算定した場合は、その理由及び医学的根拠を「摘要」欄に記載すること。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られた理由を記載し、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（連続携帯式腹膜灌流に限る。）を算定した場合は、「摘要」欄に算定した日を記載すること。在宅自己連続携帯式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、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られた理由を記載し、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、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算又は在宅酸素療法材料加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「ボ」、「濃」、「液」、「呼」又は「酸材」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、酸素ボンベ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。なお、1月に3回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか「摘要」欄に記載すること。

- 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し、15歳以上の患者であって経口摂取が著しく困難である状態が15歳未満から継続しているもの（体重が20キログラム未満である場合に限る。）については、「摘要」欄に体重を記載すること。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。特殊カテーテル加算の「1」、特殊カテーテル加算の「2」又は携帯型精密ネブライザー加算を算定した場合は、併せて **カ**、**バ**、**精ネ** 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1・2を算定した場合は、その他の項に **持呼1**、**持呼2** 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ー上の所見並びに実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見並びに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。在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「1」、「2」又は在宅持続陽圧呼吸療法材料加算を算定した場合は、併せて **持呼加1**、**持呼加2** 又は **持材** と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。なお、1月に3回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか「摘要」欄に記載すること。

在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「1」を算定した患者であって、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成28年3月4日保医発0304第3号）別添1の第2章第2部第2節C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2のア及びイの要件に該当する患者については、「摘要」欄に、算定の根拠となった要件（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2のア又はイ）を記載する。また、イの要件を根拠に算定する場合は、当該患者に対

- するASV療法の実施開始日も併せて記載すること。
- ヌ 在宅悪性腫瘍等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 携ホ 又は 悪ホ と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、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」欄に在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する保険医療機関と連携して指導管理を行った年月日及び連携して指導管理を行った保険医療機関名を記載すること。
- 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 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に仙と表示して点数を記載すること。
- ヘ 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、肺ホ 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。
- マ 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。
- ミ 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。

- ム 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。
- メ 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ホ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。
- モ 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。
- ヤ 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に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。
- ユ 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。
- ヨ 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。
- ラ 初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が使用された日を「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。ただし、湿布薬を投与した場合にあっては、その内訳について、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、湿布薬の枚数としての投与量を記載した上で、湿布薬の枚数としての1日用量又は投与日数を記載すること。
- (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) 1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上又は抗精神病薬を3種類以上投与した場合であって、薬剤料（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係るものに限る。）を所定点数の100分の80に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄に、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「精減」と表示すること。
また、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成28年3月4日保医発0304第3号）別添1の第2章第5部第2節F100処方料の（3）のアの（イ）から（二）に定める内容に該当し、処方料又は処方せん料について「1」の点数を算定しない場合は、当該処方料又は処方せん料の「摘要」欄にその理由を記載すること。
- (カ) 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。

と。

- (キ) また、初診料の注2、注3又は外来診療料の注2、注3を算定する保険医療機関において投与期間が30日以上処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の60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。
- (ク) 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。
- (ケ) 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。
- (コ) 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。
- (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) 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。
- (ス) 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、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。
- (セ) 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。
- (ソ) 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。
- (タ) 1回の処方において、入院中の患者以外の患者に対して70枚を超えて湿布薬を投与した場合は、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。
- (チ) 外来後発医薬品使用体制加算1・2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「外後使1」又は「外後使2」と表示すること。
- ウ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第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	10×5

(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 1 A」、外来化学療法加算 B を算定する場合は「化 1 B」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 2 A」、外来化学療法加算 B を算定する場合は「化 2 B」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「菌 1」又は「菌 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、「菌 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、患者申出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に記載する。

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〕	〇〇〇〇	1.	4㎡	
	(ダイヤライザー (Ia型 (膜面積1.5㎡未満)))	1,	590円)	1個
				159 × 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 (Ⅲ型)))	478,	000円)	1個
				47, 800 × 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, 450円) 1個
245×1

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28年3月4日保医発0304第7号) Iの2の(5)のウ、同2の(6)、同3の(5-2)のイ、同3の(20)のエ、同3の(22)のイ、同3の(29)のア、同3の(38-3)のア、同3の(40-2)のイ、同3の(41)、同3の(64)のア、同3の(64)のイ、同3の(67)のカ、同3の(67)のキ、同3の(75)のア、同3の(75)のイ、同3の(75)のウ、同3の(75)のオ、同3の(79)のイ、同3の(79)のオ、同3の(84)のウ、同3の(84)のエ、同3の(94)のウ、同3の(102)のウ又は同3の(104)のイ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。なお、同3の(73)のイ、同3の(78)のア、同3の(78)のイ又は同3の(101)のエについては、症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

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)、酸素ボンベ(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0.19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)

$$(0.19円 \times 300 \frac{リットル}{分} \times 1.3) \div 10 = 7点$$

(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。なお、手術の時間外等加算1を算定する場合は、手術を実施した診療科、初診又は再診の日時(入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。)及び手術を開始した日時を「摘要」欄に記載すること。

- 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（入院）又は（入院外）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（入院）又は（入院外）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）（入院） 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28年3月4日保医発0304第3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時間又は168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 磁気による膀胱等刺激法を算定した場合は、当該療法の初回実施日、初回からの通算実施日を「摘要」欄に記載すること。
- ソ 硬膜外自家血注入を算定した場合は、当該診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日、撮影医療機関の名称等を症状詳記として添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

- タ ハイフローセラピーを算定した場合は、動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果について、「摘要」欄に記載すること。
- チ 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）を継続して算定する場合は、カンファレンスにおける歩行機能の改善効果等の検討結果について、その要点（5週間以内に実施される9回の処置の前後の結果を含む。）を症状詳記として添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。
- ツ 実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術の別を「摘要」欄に記載すること。
- テ 組織拡張器による再建手術（乳房の場合）を行った場合は、再建した理由を「摘要」欄に記載すること。
- ト 組織拡張器による再建手術において、一連の治療につき2回以上算定する場合には、その詳細な理由を「摘要」欄に記載すること。また、「1」を算定する場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。
- ナ ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）を行った場合は、再建した理由を「摘要」欄に記載すること。
- ニ 経皮的冠動脈形成術又は経皮的冠動脈ステント留置術を行った場合は、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成28年3月4日保医発0304第3号）別添1第2章第10部K546経皮的冠動脈形成術の(1)から(3)、(5)、(6)又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の(1)から(3)、(5)、(6)に該当する場合は、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。
- ヌ 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除術によるもの）を行った場合は、手術前のBMI、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を「摘要」欄に記載すること。
- ネ 経皮経食道胃管挿入術（PTEG）を行った場合は、医学的な理由を「摘要」欄に記載すること。
- ノ 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。
- また、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。
- ハ 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。
- ヒ 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。
- また、難治性骨折電磁波電気治療法又は超音波骨折治療法を算定した場合、当該治療の実施

- 予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を「摘要」欄に記載すること。
- フ 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。
- ヘ 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。
- ホ 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。
- マ 「複数手術に係る費用の特例を定める件」（平成28年厚生労働省告示第72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100分の50に相当する点数を記載すること。
- ミ 熱傷処置を算定した場合には、初回の処置を行った月日を、熱傷温浴療法を算定した場合には、受傷日を、冷却痔処置を算定した場合には、内痔核の重症度を「摘要」欄に記載すること。
- ム 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。
- メ 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。
- モ 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。
- ヤ 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。また、別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者を算定する場合は、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成28年3月4日保医発0304第3号）別添1第2章第11部L008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の（4）のアからハマまでに規定するもののうち、該当するものを「摘要」欄に記載すること。
- ユ 低体温迅速導入加算を算定した場合は、算定の可否の判断に必要な発症等に係る時刻等を症状詳記として添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。
- ヨ 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。
- ラ 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。
- リ 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。

ル 心臓弁再置換術加算又は人工血管等再置換術加算を算定した場合には、前回手術日、術式及び保険医療機関名を「摘要」欄に記載すること。

レ 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。

ロ 胃瘻造設時嚥下機能評価加算を算定した場合は、嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施日を「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C T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「C T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〕

<u>基検</u>	（15日）	2, 100
<u>判</u>	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）又は低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）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。

酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP-5b）を算定した場合は、診断補助の実施日、6月以内の治療経過観察時の補助的指標の実施日又は治療方針の変更日を「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、骨髄像診断加算又は国際標準検査管理加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に遺伝、骨診又は国標と表示すること。

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、心電図が記録されていた時間を、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。

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、肝硬度検査又は超音波エラストグラフィーを3月に2回以上算定する場合は、

複肝又は複工と表示し、その理由及び詳細な医学的根拠を「摘要」欄に記載すること。

なお、肝硬度検査及び超音波エラストグラフィーについて、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合は、「摘要」欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

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、算定開始月日を、皮下連続式グルコース測定を算定した場合は、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添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「摘要」欄に記載すること。

テ 光トポグラフィーを行った患者において、脳外科手術の術前検査に使用するものを算定した場合は、「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。また、抑うつ状態の鑑別診断の補助に使用するものを算定した場合は、当該検査が必要な理由及び前回の実施日を「摘要」欄に記載すること。

ト 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。

ナ 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。

ニ 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。

ヌ 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。

ネ 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。

ノ 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。

ハ CCR4タンパク（フローサイトメトリー法）（医学的に必要性がある場合に限る。）及びCCR4タンパクを併せて算定した場合は、「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, 100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 小腸内視鏡検査の「3」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。また、大腸内視鏡検査の「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。さらに、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成28年3月4日保医発0304第3号）別添1第2章第3部D313大腸内視鏡検査の（1）のイの場合は、実施日を、（1）のロの場合は、実施困難な理由を「摘要」欄に記載すること。
- 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。また、肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者に対して「注2」の加算を算定する場合は、その医学的根拠を詳細に「摘要」欄に記載すること。
- 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 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。
- メ 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。
- モ 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。
- ヤ 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。
- ユ IgG2（TIA法によるもの）又はIgG2（ネフェロメトリー法によるもの）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。
- ヨ 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣（鏡検法）又は尿沈渣（フローサイトメトリー法）を同一日に併せて算定する場合は、当該検査に用いた検体の種類を「摘要」欄に記載すること。
- ラ HTLV-1核酸検出を実施した場合は、「摘要」欄にウエスタンブロット法による検査実施日及び判定保留である旨を記載すること。
- リ シャトルウォーキングテストを算定した場合は、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。
- ル 遺伝学的検査を2回以上実施する場合は、その医療上の必要性を「摘要」欄に記載すること。
- レ 抗アクアポリン4抗体を再度実施した場合には、前回の検査実施日及びその結果並びに検査を再度実施する医学的な必要性を「摘要」欄に記載すること。
- ロ 初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該検体採取が実施された日を「摘要」欄に記載すること。
- ワ キモトリプシン（糞便）、酸度測定（胃液）、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）半定量（腔分泌液）、Ⅱ型プロコラーゲン-C-プロペプチド（コンドロカルシン）（関節液）、全血凝固時間、ヘパラスチンテスト、フィブリノゲン分解産物（FgDP）、フィブリノペプチド、膠質反

応、CKアイソフォーム、プロリルヒドロキシラーゼ（PH）、 α -フェトプロテイン（AFP）定性（腔分泌液）、CA50、I型プロコラーゲン-C-プロペプチド（PICP）、SP1、遊離型フコース（尿）、CA130、ヒト絨毛性ゴナドトロピン β 分画コアフラグメント（HCG β -CF）（尿）、腭癌胎児性抗原（POA）、HER2蛋白（乳頭分泌液）、連鎖球菌多糖体抗体（ASP）半定量、抗デオキシリボヌクレアーゼB（ADNaseB）半定量、ノイラミニダーゼ定性、レプトスピラ抗体、ボレリア・ブルグドルフェリ抗体、ダニ特異IgG抗体、Weil-Felix反応、C3d結合免疫複合体、腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒（TDH）定性を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を「摘要」欄に記載すること。

(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 短期滞在手術等基本料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。

短期滞在手術等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。また、短期滞在手術等基本料3を算定する患者において、「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「1」携帯用装置を使用した場合」及び「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「2」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」については、急性冠症候群や急性脳血管障害等の緊急入院であって、可及的に睡眠時無呼吸症候群の検査を実施する必要がある場合等、その必要性について医学上の特別な理由を「摘要」欄に記載すること。

短期滞在手術等基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合には、短期滞在手術等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。一般名処方加算1又は2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1」又は「一般2」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、廃用症候群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、疾患名及び、発症月日、手術月日、急性増悪した月日又は最初に診断された月日を、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に係る摂食機能療法の治療開始日を、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、廃用症候群リハビリテーション料、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っては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を「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。摂食機能療法において、経口摂取回復促進加算1・2を算定した場合は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施日及びカンファレンス日を、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、実施日及び胃瘻造設術日を「摘要」欄に記載すること。

認知症患者リハビリテーション料を算定した場合は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、診療時間及びリハビリテーション計画作成日を「摘要」欄に記載すること。

脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料について、100分の90に相当する点数により算定する場合は、「摘要」欄に「リ減」と表示して、合計点数を記載すること。

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、点数を記載するとともに、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発症、手術又は急性増悪の日を、廃用症候群リハビリテーション料については当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の日、又は廃用症候群の急性増悪の日を記載すること。また、脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器リハビリテーションにおいて、入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合については、地域連携診療計画加算の算定患者である旨を、「摘要」欄に記載すること。

オ 初期加算を算定した場合は、「摘要」欄に「初期」と表示して、点数を記載するとともに、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発症、手術又は急性増悪の日を、廃用症候群リハビリテーション料については当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の日、又は廃用症候群の急性増悪の日を記載すること。また、脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器リハビリテーションにおいて、入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合については、地域連携診療計画加算の算定患者である旨を、「摘要」欄に記載すること。

カ リハビリテーション総合計画評価料、リハビリテーション総合計画提供料、目標設定等支援・管理料の「1」、目標設定等支援・管理料の「2」、リンパ浮腫複合的治療料の「1」又はリ

ンパ浮腫複合的治療料の「2」を算定した場合は、「摘要」欄に リハ総評、リハ総提、目標支管1、目標支管2、リ複治1又はリ複治2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が、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であって週4日以上算定するものについては、通算の入院期間を記載すること。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科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。

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100分の90に相当する点数を算定する場合は、精長減と表示して、点数を記載すること。

通院・在宅精神療法の「1」のイ又は「2」のイ、ロを算定した場合には、診療に要した時間を、退院後の4週間以内の期間に行われる場合にあっては、退院日を、20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（注3又は注4の加算を算定する場合に限る。）は、当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日を「摘要」欄に記載すること。

救急患者精神科継続支援料の「2」について、電話等で指導等を行った月と算定する月が異なる場合には、「摘要」欄に当該指導等を行った月を記載すること。

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。

依存症集団療法を算定した場合は、治療開始日を「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、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上又は抗精神病薬を3種類以上投与（以下「向精神薬多剤投与」という。）した場合であっても、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成28年3月4日保医発0304第3号）別添1の第2章第5部第2節F100処方料の（3）のアの（イ）から（ニ）のいずれかに該当し、算定する場合には、「摘要」欄に、向精神薬多剤投与に該当するが、精神科継続外来支援・指導料を算定する理由を記載すること。

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(退院後3月以内の期間において行われる場合で、週5回算定する場合)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。なお、衛生材料等提供加算を算定した場合は、「摘要」欄に「**衛材提供**」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。

精神科重症患者早期集中支援管理料を算定した場合は、「**精早支**」と表示し、直近の入院日、入院形態並びに退院日(入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院日、入院形態並びに退院日)、直近の退院時におけるG A F、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、初回の算定日、カンファレンス実施日及び訪問日時、診療時間並びに訪問した者の職種を「摘要」欄に記載すること。

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ション又は食道アプリケーションを使用した場合は、「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**、**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） 185×18

実施日数 3日

（リハ選）

運動器リハビリテーション料 1,850円×1

〔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（一般病棟入院基本料の特別入院基本料等）、一般夜特（一般病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料）、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）、療夜特（療養病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料）、結7、結10、結13、結15、結18、結20（結核病棟入院基本料）、結特（結核病棟入院基本料の特別入院基本料等）、結夜特（結核病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料）、精10、精13、精15、精18、精20（精神病棟入院基本料）、精特（精神病棟入院基本料の特別入院基本料等）、精夜特（精神病棟入院基本料の夜勤時間特別入院基本料）、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、2障7、1障7、2障10、1障10、2障13、1障13、2障15、1障15（障害者施設等入院基本料）、診1、診2、診3、診4、診5、診6（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 管理栄養士の配置について基準を満たせ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 医科点数表第1章第2部通則第8号により、当該保険医療機関内に、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が1名以上配置されている場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に $\boxed{4}$ 0減と記載すること。

- エ 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。
- オ 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院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。
- カ 「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。
- キ 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。
- ク 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又は地域包括ケア病棟入院料を算定する療養病棟において当該入院料に係る算定要件に該当しない患者について、療養病棟入院基本料の入院基本料 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。
- 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 A D L 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・A D L 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, 8 1 0 × 1 7
* 療養病棟入院基本料（入院基本料 D）	1, 4 1 2 × 8
* 療養病棟入院期間 0 1 日～ 2 5 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） 779×12
 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。

コ 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。

サ 「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1・2・3、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1・2、医師事務作業補助体制加算1・2の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30対1、夜間50対1、夜間100対1、夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）、看護職員夜間12対1配置加算1・2、看護職員夜間16対1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、夜間75対1看護補助加算、夜間看護体制加算（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、小児がん拠点病院加算、栄養管理実施加算、栄養サポートチーム加算、歯科医師連携加算、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、地域連携計画加算、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、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・3、病棟薬剤業務実施加算1・2、データ提出加算1・2、退院支援加算1・2・3、地域連携診療計画加算、認知症ケア加算1・2、認知症ケア加算1・2の100分の60に相当する点数、精神疾患診療体制加算1・2、精神科急性期医師配置加算、薬剤総合評価調整加算を算定した場合は、入院基本料種別欄に、総入体1、総入体2、総入体3、臨修、超急、妊搬、録管1、録管2、医1の15、医1の20、医1の25、医1の30、医1の40、医1の50、医1の75、医1の100、医2の15、医2の20、医2の25、医2の30、医2の40、医2の50、医2の75、医2の100、急25上、急25、急50、急75、夜30、夜50、夜100、急夜看、看職12夜1、看職12夜2、看職16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）、夜75補、夜看補、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、小児がん、栄養、栄養サ、歯連、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、退連計、精救紹、精救受、総評、呼ケア、後使1、後使2、後使3、病薬実1、病薬実2、デ提1、デ提2、退支1、退支2、退支3、地連診計、認ケア1、認ケア2、認ケア1減、認ケア2減、精疾診1、精疾診2、精急医配、薬総評加と表示すること。

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、小児がん拠点病院加算、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7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。

薬剤総合評価調整加算を算定する場合は、内服薬が減少する前後の内服薬の種類数（ク

ロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量)を「摘要」欄に記載すること。また、当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合については、当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を「摘要」欄に記載すること。

- (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、HIV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1」(救急医療管理加算1)、「救医2」(救急医療管理加算2)、「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)のアからケ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、救急医療管理加算2を算定する場合は、アからケに準ずる重篤な状態について具体的に記載すること。また、超重症児(者)入院診療加算、又は準超重症児(者)入院診療加算を算定した場合は、「摘要」欄に当該加算の算定開始日を記載すること。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、栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算又は退院支援加算2を算定した場合は、「摘要」欄に「緩和地域」、「栄サ地域」、「褥八地域」、「退支地域」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、看護配置又は看護補助者の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」、「有夜看2」、「有補1」又は「有補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、看護必要度加算2又は看護必要度加算3を算定した場合は、「摘要」欄に「看必1」、「看必2」又は「看必3」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又は精神療養病棟入院料及び精神病棟入院基本料を算定している患者について、精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、「摘要」欄に「精初」又は「精福」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。
- (ス) 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料25対1、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料について月平均夜勤時間72時間の要件を満たさない場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に「夜減」と記載すること。
- (セ) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は専門病院入院基本料の7対1、10対1についてADL維持向上等体制加算を算定した場合は、「摘要」欄に「ADL」と記載すること。
- (タ) 病棟群単位による届出を行っている場合において、同一の病棟で算定される入院基本料が7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更になった場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。
- シ 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。

- ス 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。
- セ 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。
- ソ 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。
- 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（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つては、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。
- チ 「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つては、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。
- ツ 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の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（平成28年3月18日保医発0318第2号）（以下「DPC留意事項通知」という。）別添第2の1の(1)に規定する、診断群分類区分に該当しないと判断された患者等、診断群分類点数表により診療報酬を算定しない患者については、「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）に従い、「摘要」欄に医科点数表に基づき算定することとなった理由等を記載すること。
- テ 「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、地域包括ケア病棟入院料、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、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、特定一般病棟入院料若しくは地域移行機能強化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つては、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、特集3、特集4、特集4熱（特定集中治療室管理料1、2、3、4、特定集中治療室管理料2又は4の広範囲熱傷特定集中治療管理料）、ハイ1、ハイ2（ハイケアユニット入院医療管理料1、2）、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、2特入管、1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）、地包1、地包2、地包管1、地包管2（地域包括ケア病棟入院料1・2、地域包括ケア入院医療管理料1・2）、特疾1、特疾2、2特疾1、1特疾1、2特疾2、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）、地移（地域移行機能強化病棟入院料）

- (イ) 特定一般病棟入院料を算定している患者について、地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、特定入院料の種別の略号の後に包1又は包2と記載し、所定点数を記載すること。また、地域包括ケア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、必要があつ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。
- (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、地域包括ケア病棟入院料、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、必要があつ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つて、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。

また、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成28年3月4日保医発0304第3号）別添1の第1章第2部第3節A308回復期リハビリテーション病棟入院料の(12)のウ及びエにおいて、当該患者を実績指数の算出から除外する場合には、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨及びその理由を記載すること。

- (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。

また、小児入院医療管理料3、4又は5を算定する患者について、重症児受入体制加算を算定した場合には、「摘要」欄に、重受体と表示すること。

- (ケ) 医療を提供しているが、医療資源の少ない地域であつて、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若しくは地域包括ケア病棟入院料1・2又は地域包括ケア入院医療管理料1・2を算定した場合は、「摘要」欄に亜入1地域、亜入2地域、包病1地域、包病2地域、包入1地域又は包入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、リハビリテーション充実加算又は体制強化加算1・2を算定した場合には、「摘要」欄に、休リハ、充リハ、強リハ1又は強リハ2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。なお、地域包括ケア病棟入院料を算定する患者について、看護職員配置加算、看護補助者配置加算又は救急・在宅等支援病床初期加算を算定している場合には、「摘要」欄に包看職、包看補又は包救初と表示すること。

- (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）であつた者が、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、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化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を算定する場合は、**非精**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。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・合併症入院料において、院内標準診療計画加算を算定した場合は、「摘要」欄に**精院計**と表示すること。精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化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、退院支援加算2を算定した場合には、「摘要」欄に、**精療退支**又は**認退支**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) 短期滞在手術等基本料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、併せて検査日等又は手術日及び検査名等又は手術名を記載すること。
- (ソ) 緩和ケア病棟入院料を算定する患者について、緩和ケア病棟緊急入院初期加算を算定した場合には、「摘要」欄に、**緩和緊入**と表示すること。
- (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医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあつては、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医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあつては、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号二、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3

- 号二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号二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、障害者総合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、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定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。）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つて、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、障害者総合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、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定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。）と障害者総合支援法による精

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、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定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、難病法による特定医療、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。ただし、難病法による特定医療の給付対象額については含まない。）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。ただし、複数の食事療養を算定し、「基準」の項に複数の略号を記載することが困難な場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

I（入院時食事療養Ⅰ(1)）、II（入院時食事療養Ⅱ(1)）、III（入院時食事療養Ⅰ(2)）、IV（入院時食事療養Ⅱ(2)）

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。ただし、算定した所定金額が複数の場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

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。ただし、複数の生活療養を算定し、「基準（生）」の項に複数の略号を記載することが困難な場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

I（入院時生活療養Ⅰ(1)イ）、II（入院時生活療養Ⅱ）、III（入院時生活療養Ⅰ(1)ロ）

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。ただし、算定した所定金額が複数の場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

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号又は高齢者医療確保法施行令第15条第1項第3号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。

オ 平成28年3月31日において、1年以上継続して精神病床に入院していた者であって、平成28

年4月1日以後引き続き医療機関に入院している者（当該者が一の医療機関を退院した日において他の医療機関に入院する場合を含む。）として、平成28年厚生労働省告示第23号附則第3項に規定する同告示による改正前の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を適用した場合は、「摘要」欄に、「標準負担額経過措置（精神）入院年月日： 年 月 日」と記載し、入院年月日については、同項に規定する者に該当することとなった起算日となる精神病床への入院年月日を記載すること。

(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難病法による特定医療、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。

キ 特別養護老人ホーム等に入所中の患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に当該施設の看護師等が、当該患者に対し、点滴若しくは処置等を実施又は検査のための検体採取等を実施した場合には、これに用いた薬剤若しくは特定保険医療材料が使用された日又は当該検体採取が実施された日を「摘要」欄に記載すること。また、当該保険医の診療日を「摘要」欄に記載すること。

(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総合支援法の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、障害者総合支援法に係る分は「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、障害者総合支援法に係る分は「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総合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、右欄に障害者総合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、障害者総合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っては、「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、患者申出療養及び選定療養第1条第2号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（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)の場合であって、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) 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、患者申出療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（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 治験機器の名称
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機器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 治験機器の名称
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機器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、患者申出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。また、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の診療報酬請求項目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 70歳以上で「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅣであるもの）が提示された場合（チに該当する場合を除く。）には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。
- ス 70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅢであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。
- セ 70歳以上で「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅠ又はⅡであるもの）が提示された場合には、「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 前シにおける「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療又は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には、「特記事項」欄に「多上」と記載すること。
- ツ （削除）
- テ （削除）
- 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

ては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(ア)であるもの)が提示された場合(特定疾病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「区ア」と記載すること。

- ハ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額53万~79万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超~901万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(イ)であるもの)が提示された場合又は「標準報酬月額53万~79万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超~901万円以下)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(イ)であるもの)が提示された場合(特定疾病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「区イ」と記載すること。
- ヒ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額28万~50万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超~600万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(ウ)であるもの)が提示された場合又は「標準報酬月額28万~50万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超~600万円以下)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(ウ)であるもの)が提示された場合(特定疾病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「区ウ」と記載すること。
- フ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(エ)であるもの)が提示された場合又は「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(エ)であるもの)が提示された場合(特定疾病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「区エ」と記載すること。
- ヘ 70歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の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(適用区分が(オ)であるもの)が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(オ)であるもの)が提示された場合(特定疾病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「区オ」と記載すること。
- ホ 前ノにおける「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病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「多ア」と記載すること。
- マ 前ハにおける「標準報酬月額53万~79万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超~901万円以下)の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病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「多イ」と記載すること。
- ミ 前ヒにおける「標準報酬月額28万~50万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超~600万円以下)の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾

病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「多ウ」と記載すること。

ム 前フにおける「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病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「多エ」と記載すること。

メ 前へにおける「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病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「多才」と記載すること。

モ 別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合には、「特記事項」欄に「申出」と記載するとともに、当該療養の名称及び当該療養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。

ヤ 医療法第30条の13に規定する病床機能報告制度において、医療法施行規則第30条の33の6第1項に規定するレセプト情報による方法の場合であって、病棟情報を電子レセプトに記録する場合は、「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録について」（平成28年3月25日医政地発0325第1号）によること。

(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つては、「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つて、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歳未満の者であつて、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。

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。

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。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はこの限りでない。

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（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。

（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。

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。なお、開設者氏名は、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。

（2） 印は、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は捺印として取り扱う。

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、これを押捺しても差し支えない。

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し、医療保険単独の者に係る分は医療保険制度ごとに記載する。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」のとおりとする。
- (2) 「件数」欄は明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄は明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄は明細書の「合計」欄の点数の合計を記載する。
また、「一部負担金」欄は明細書の「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。
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」欄はそれぞれの合計を記載する。
- (3) 「①合計」欄は、「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。
- (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）」欄への記載をもって請求できる。この場合において、当該合算を実施した上で各項の記載がわかるよう「備考」欄に合算している旨を記載する。

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。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」のとおりとする。
- (2) 「件数」欄は、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。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。
- (3) 「点数」欄は、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。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「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。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄は、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。
- (5) 「区分」欄の「②計」欄は、「公費と医保の併用」欄の件数を合計して記載する。

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。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」のとおりとする。
- (2) 「件数」欄は、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。
- (3) 「点数」欄は、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。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄は、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、それぞれ制度の該当欄に記載する。
- (5) 「区分」欄の「③計」欄は、「公費単独」欄の件数を合計して記載する。

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は、当該併用の者に係る分は「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、それぞれ件数、点数及び控除額を合計して記載する。

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。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は「備考」欄に記載した件数を合計する。

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。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。

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)の記載要領は、次に掲げる事項を除き、第1の例による。なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替える。

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。
- (2) 「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄は、6の(2)と同様である。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。
- (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」欄に記載をもって請求する。この場合は、合計の記載がわかるように「備考」欄に合算している旨を

記載する。

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。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」のとおりとする。
- (2) 「件数」欄は、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。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。
- (3) 「点数」欄は、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。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「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。
- (4) 「一部負担金」欄は、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。

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。
- (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。
- (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。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。

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。

- (4) 点数を予め印刷しておき、算定回数が月に1回と限られた項目は当該項目の略称を○で囲み、複数回算定できる項目は算定回数を記載しても差し支えない。

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、この場合は、「特記事項」欄に「加算」と記載するか予め印刷する。

- (5) 電子計算機の場合は次による。

ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えない。

また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄は、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、記載しない欄は「×」を省略し

て差し支えない。

イ 枠をその都度印刷しても差し支えない。

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、その他の目的に使用してはならない。

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。

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。

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。

(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。

(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（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。

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。

イ 「保険種別2」欄は、「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。

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。

ウ 「本人・家族」欄は、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。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。なお、公費負担医療は本人に該当する。

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○で囲み、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。

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しても差し支えない。

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

（注） 高齢受給者一般・低所得者のうち、平成20年2月21日保発第0221003号別紙に定める特例措置により1割負担となる者と、適用を受けない2割負担の者の判別は、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、特段の記載は必要ない。

エ 電子計算機の場合は、次のいずれかの方法による。

（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（国民健康保険は6桁）を記載する（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。

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。

（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は、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。

ただし、国民健康保険は、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えない。

（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。

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。

イ 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「-」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載する。

また、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しても差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（ ）を省略しても差し支えない。なお、被保険者が、月の途中において、記号・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。

（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（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。

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。

(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桁は、第1公費は「公費負担医療の受給者番号」の項に、第2公費は「摘要」欄に記載する(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。ただし、健康保険の被保険者は、姓のみの記載で差し支えない。なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字をカタカナに読み替えた使用又はひらがなをカタカナに読み替えた記載も差し支えないが、この場合は被保険者であっても姓名を記載し、姓と名の間にスペースをとる。

イ 性別は該当するものを○で囲む。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。

ウ 生年月日は次による。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載する。

(イ) 電子計算機の場合は、元号は「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」と記載する。

(11) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者は、「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。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」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。なお、同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、入院外分はそれぞれ1枚、入院分は、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。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載も差し支えない。

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。

40	加算	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」を、在宅療養支援歯科診療所を届け出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を届け出ている保険医療機関は「外来環」を、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を届け出ている保険医療機関は「か強診」を、歯科治療総合医療管理料(I)及び(II)を届け出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(I)及び(II)を届け出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を届け出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を届け出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を届け出ている保険医療機関は「手術歯根」を、歯科技工加算1及び2を届け出

ている保険医療機関は「歯技工」を、在宅歯科医療推進加算を届け出ている保険医療機関は「在推進」を、CAD/CAM冠を届け出ている保険医療機関は「歯CAD」を、歯科口腔リハビリテーション料2を届け出ている保険医療機関は「歯リハ2」をそれぞれ○で囲む。なお、電子計算機の場合は、○に代えて（ ）等を使用しても差し支えない。以下、文字を○で囲む場合及び○付きの略号を使用する場合も同様とする。

(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。この場合は、所在地とともに、連絡先電話番号の記載が望ましい。

(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。ただし、ブリッジの病名は、ブリッジの装置ごとに記載する。

イ ブリッジの病名は、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。したがって、支台歯がう蝕症等に罹患している場合は、部位は重複して傷病名を記載する。

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は、当該歯を◎で囲む。

ウ 歯冠修復による隙の補綴は、当該歯冠修復歯に△を付記する。

また、欠損でない1歯相当分の間隙のある補綴は、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。

エ 歯科矯正の病名は、主要な咬合異常の状態を記載する。また、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）を「摘要」欄に記載する。

オ う蝕多発傾向者の病名は、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。なお、歯式は、乳歯及び永久歯についてそれぞれ記載する。

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は、病名は「C選療」と記載する。

キ 心身医学療法は、「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。

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。）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。なお、当該管理料に規定する期間中に補綴物の維持管理を行っている歯冠補綴物又はブリッジが離脱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及び再度の装着日を「摘要」欄に記載する。

ケ 頬、口唇、舌小帯形成術の算定に当たり、複数の頬小帯に対して形成術を行った場合は、部位が分かるように記載する（例：上顎左側）。なお、「傷病名部位」欄に記載できない場合は、「摘要」欄に記載しても差し支えない。

コ 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。

サ 傷病名は、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26年4月30日付保発0430第1号）別添3に規定する傷病名を用いる。別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名は、「傷病名コードの統一の推進について」（平成28年3月25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。

(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。ただし、「傷病名部位」欄が単一部分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は、記載を省略しても差し支えない。

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

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、「摘要」欄にその旨を記載する。

(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。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。

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。

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。

イ 入院外分は、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。

ウ 電話等再診の実日数は1日として数え、その回数を「摘要」欄に再掲する。

エ 同日に初診及び再診（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、その回数を「摘要」欄に再掲する。

オ (16)のアのただし書の場合は、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、診療実日数を記載する。

カ 同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。

キ 傷病手当金意見書交付料、訪問歯科衛生指導料等同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。

(18) 「転帰」欄について

治ゆした場合は「治ゆ」の文字を、死亡した場合は「死亡」の文字を、中止又は転医の場合には「中止」の文字をそれぞれ○で囲む。

(19) 「初診」欄について

ア 診療時間内の初診の場合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、通常の間外加算と同様に記載し、「時間外」の文字の上に「特」と表示する。

また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に「特」と表示し、点数を記載して差し支えない。以下、文字の上に略号を記載する場合について同様とする。

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。

ウ 特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合は、「初診」の項に点数を記載し、「摘要」欄に「訪問(特別)」と表示する。

(20) 「再診」欄について

ア 再診は、「再診」の項に点数及び回数を記載する。なお、同日に2回以上の再診(電話等再診を含む。)がある場合は、「摘要」欄にその旨を記載する。

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。また、時間外加算の特例は、通常的时间外加算と同様に記載し、「時間外」の文字の上に「特」と表示する。

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。なお、月の途中から算定しない場合は、「摘要」欄にその旨を記載する。

エ 明細書発行体制等加算は、再診料と当該加算を加算した合計点数を記載する。

オ 特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合は、「再診」の項に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に「訪問(特別)」と表示する。

(21) 「管理・リハ」欄について

ア 歯科疾患管理料は、「歯管」の項に点数を記載する。

なお、フッ化物洗口指導、文書提供加算及びエナメル質初期う蝕管理加算は、項中の「+」欄にそれぞれ左から文書提供加算、フッ化物洗口指導、エナメル質初期う蝕管理加算の順に当該加算点数を記載する。

イ 歯科疾患管理料を算定した患者について、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は、「摘要」欄に当該患者の前回治療年月日を記載する。

ウ 新製有床義歯管理料は、「義管」の項に点数を記載する。なお、傷病名の部位から困難な場合であることが判断できない場合は、「摘要」欄にその内容(例:「臼歯部のすれちがい咬合」、「対顎に総義歯を装着」)を記載する。

エ 歯科衛生実地指導料1又は2は、「実地指」の項に点数を記載する。

オ 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)において、「周」の項はそれぞれ左から周術期口腔機能管理料(I)の手術前、周術期口腔機能管理料(I)の手術後、周術期口腔機能管理料(II)の手術前、周術期口腔機能管理料(II)の手術後、周術期口腔機能管理料(III)の点数を記載する。なお、周術期口腔機能管理料(I)又は(II)の手術後はそれぞれ点数及び回数を記載し、周術期口腔機能管理料(I)の手術後は、当該管理の算定回数(○回目)を「摘要」欄に記載する。また、手術、放射線治療、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」欄に記載し、緩和ケアを実施する患者に対しては、治療を行っている保険医療機関名を「摘要」欄に記載する。

カ 歯科口腔リハビリテーション料1(1 有床義歯の場合)又は歯科口腔リハビリテーション料2は、「歯リ」の項にそれぞれ点数を記載する。なお、傷病名の部位から困難であることが判断できない場合は、「摘要」欄にその内容(例:「臼歯部のすれ違い咬合」、「対顎に総義歯を

装着)を記載する。

キ 周術期口腔機能管理計画策定料は、「その他」欄に「周計」と表示し、点数を記載する。

また、手術等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。

ク 歯科治療総合医療管理料(I)は、「その他」欄に「医管(I)」と表示し、点数を記載するとともに、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。

ケ 歯科治療総合医療管理料(II)は、「その他」欄に「医管(II)」と表示し、点数及び回数を記載するとともに、当該管理の対象となる医科の主病名を「摘要」欄に記載する。

コ 「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

(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。なお、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」欄に記載する。

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、その内訳は、「摘要」欄に注射の種別、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。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。

イ 血漿成分製剤加算は、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。

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。なお、外来後発医薬品使用体制加算1又は2を算定する場合は、全体の「その他」欄に「外後使1」又は「外後使2」と表示し、点数及び回数を記載する。

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。

ただし、届出保険医療機関は、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・使用量等の記載は不要とする。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。

カ 調剤技術基本料は、全体の「その他」欄に「調基」と表示して点数を記載する。なお、院内製剤加算は、「院」と表示し、当該加算後の点数を記載する。

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、「処」の項にその点数及び回数を、その他の場合は「処」の項にその点数及び回数を記載する。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1」又は「一般名処方加算2」と表示し、点数及び回数を記載する。

ク 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料、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。

ケ 常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を点数の合計の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。

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。

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ときは、当該長期投与の理由を「摘要」欄に記載する。

シ 無菌製剤処理料の「1」又は「2」は、「摘要」欄にそれぞれ「菌1」又は「菌2」と表示するとともに、点数及び算定回数を記載する。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ける乳幼児加算は、それぞれ項中の「+ ×」欄にその加算点数及び回数を記載する。

セ 薬剤情報提供料は、「情」の項に点数及び回数を記載する。なお、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」欄に記載する。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。

ソ 退院時薬剤情報管理指導料は、「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)のノの(ウ)の例により全体の「その他」欄に記載する。

チ 特定疾患処方管理加算は、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「特処長」、それ以外の場合は「特処」と表示する。

ツ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第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(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。

テ 外来化学療法加算は、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。

(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。

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」の項に点数及び枚数を記載する。

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

管の順に点数及び回数を記載する。

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

オ 顎運動関連検査は、「顎運動」の項に点数及び回数を記載する。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。

カ 歯冠補綴時色調採得検査は、「色調」の項に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に「色調」と表示し、それぞれの検査ごとに検査対象となった歯冠補綴物の部位を記載する。

キ 歯周病検査における歯周基本検査及び歯周精密検査は、それぞれ「基本検査」の項及び「精密検査」の項のうち、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点数を記載する。また、1回目の混合歯列期歯周病検査は「P混検」の項の左欄に点数を記載し、歯周病部分的再評価検査は「P部検」の項に点数及び回数を、「その他」欄に部位を記載する。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は「P混検」の項の右欄に点数及び回数を記載し、その他の歯周病検査はそれぞれ該当する検査の項のうち右欄に点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた点数及び回数を、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して差し支えない。

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。その他の画像診断は、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。

(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。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。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。その他の画像診断は、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。なお、電子画像管理加算を算定したデジタル撮影は、(ク)の電子画像管理加算に係る規定により記載する。

(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」と表示し点数を記載する。

(エ) 遠隔画像診断を行った場合は、「遠画診」と表示し点数を記載する。

(オ) 新生児、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対する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。

(カ) 記載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。検査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。

(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。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。

(ク) 電子画像管理加算は、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点数に合算した点数及び回数を記載する。

(ケ) 基本的エックス線診断料は、「基エ」と表示し、入院日数及び点数を次の例により記載する。

〔記載例〕「基エ」 (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。

(サ) 有床義歯咀嚼機能検査の「1 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定する場合は、「咀嚼機能1(前)」と表示し、点数を記載する。なお、傷病名の部位から新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる状態であると判断できない場合は、有床義歯咀嚼機能検査を開始する時に、「摘要」欄にその内容(例:「臼歯部のすれ違い咬合」、「対顎に総義歯を装着」)を記載する。

また、新製有床義歯装着日より後に算定する場合は「咀嚼機能1(後)」と表示し、点数を記載し、「咀嚼機能1(前)」を算定した年月及び新製有床義歯を装着した年月を「摘要」欄に記載する。

(シ) 有床義歯咀嚼機能検査の「2 咀嚼能力測定のみを行う場合」を算定する場合は、「咀嚼機能2」と表示し、点数を記載する。また、有床義歯咀嚼機能検査の「1 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を算定した年月及び新製有床義歯を装着した年月を「摘要」欄に記載する。

(ス) 舌圧検査を算定した場合は、「舌圧」と表示し、点数及び回数を記載する。

(セ) 「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、それ以外は「摘要」欄に記載して差し支えない。以下「その他」欄において同様とする。

(24) 「処置・手術」欄について

ア う蝕処置は、「う蝕」の項に点数及び回数を記載する。

イ 歯髄保護処置は、「保護処置」の項のうち、歯髄温存療法を行った場合は左欄に、直接歯髄保護処置を行った場合は中欄に、間接歯髄保護処置を行った場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ウ 初期う蝕早期充填処置は、「填塞」の項のうち、グラスアイオノマー系を用いた場合は左欄に、複合レジン系を用いた場合は右欄に、それぞれ材料料を合算した点数及び回数を記載する。

エ 知覚過敏処置は、「知覚過敏」の項のうち、3歯までの場合は左欄に、4歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

オ 歯周炎による咬合調整は、「咬調」の項のうち、1歯から10歯未満の場合は左欄に、10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。また、歯周炎以外による咬合調整は、「その他」欄に内容、点数及び回数を記載する。

カ 残根削合は、「その他」欄に項目名、点数及び回数を記載する。

キ 抜髄は、「抜髄」の項にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に点数及び回数を記載する。

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月以内の場合は、「その他」欄にそれぞれ「抜温」、「抜直」と表示し、点数及び回数を記載する。

ク 感染根管処置は「感根処」の項に、根管貼薬処置は「根貼」の項に、根管充填は「根充」の

項に、それぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に点数及び回数を記載する。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、点数及び部位を記載する。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は、「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。

ケ 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、点数の合算点数及び回数を記載する。

また、感染根管処置及び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、点数の合算点数及び回数を記載する。

コ 根管充填の際に加圧根管充填処置を併せて行った場合は、「加圧根充」の項の上から単根管、2根管、3根管以上の順に加算点数及び回数を記載する。なお、加圧根管充填後の歯科エックス線撮影において、妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない場合においては、「摘要」欄にその旨を記載すること。

また、手術用顕微鏡加算は、「加圧根充」の項の「+ ×」欄に点数及び回数を記載する。なお、当該加算において、連携する医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合は、撮影した医療機関名を「摘要」欄に記載する。

サ 生活歯髄切断は、「生切」の項の上欄に点数及び回数を記載する。なお、乳歯及び永久歯の歯根完成期以前の歯髄の場合は、下欄に点数と加算点数の合計点数及び回数を記載する。

シ 失活歯髄切断は、「その他」欄に「失切」と表示し、点数及び回数を記載する。

ス 機械的歯面清掃処置は、「歯清」の項に点数を記載する。なお、当該処置が初回の場合は、「摘要」欄に初回である旨を記載し、2回目以降の場合は、「摘要」欄に2回目以降である旨及び前回実施月を記載する。

セ 歯冠修復物又は補綴物の除去は、「除去」の項のうち、簡単なものは上欄に、困難なものは中欄に、著しく困難なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

また、歯冠修復物及び補綴物の除去は、「摘要」欄に除去した歯冠修復物並びに補綴物の部位及び種類を記載する。なお、「傷病各部位」欄の記載から除去した部位及び種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位及び種類の記載を省略して差し支えない。

ソ フッ化物歯面塗布処置は、「F局」の項に点数を記載する。なお、当該処置が初回である場合は、「摘要」欄に初回である旨を記載し、2回目以降の場合は、「摘要」欄に2回目以降である旨及び前回実施月を記載する。

タ 有床義歯床下粘膜調整処置は、「T. cond」の項に点数及び回数を記載する。

チ 歯周基本治療におけるスケーリングは「SC」の項に点数及び回数を記載し、同時に3分の1顎を超えて行った場合は項中の「+ ×」欄に3分の1顎を増すごとに加算点数及び回数を記載する。

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顎を超えて行う場合は項中の「+ ×」欄に3分の1顎を増すごとに加算点数の100分の50に相当する点数及び回数を記載する。

ツ 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」の項及び「PCur」の項のうち、「前」の項に前歯、「小」の項に小臼歯、「大」の項に大臼歯の順に点数及び回数を記載する。

また、同部位に対して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。

テ 歯周病安定期治療(I)は、「SPT(I)」の項に点数を記載し、「摘要」欄は、歯周病安定期治療(I)の前回実施月を記載する(初回の場合は1回目と記載し、歯周病安定期治療(I)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。)

ト 歯周病安定期治療(II)は、「SPT(II)」の項に点数を記載し、「摘要」欄は、歯周病安定期治療(II)の初回の実施年月を記載する(初回の場合は1回目と記載する。)

ナ 歯周疾患処置は、「P処」の項に点数及び回数を記載する。なお、糖尿病を有する患者に対して、スケーリング・ルートプレーニングと並行して歯周疾患処置を行う場合は、「摘要」欄に「P処(糖)」と表示し、初回の年月日及び紹介元医療機関名を記載する。

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。なお、特定薬剤を算定した場合は、部位のみを記載する。

ニ 歯周基本治療処置は、「P基処」の項に点数を記載する。

ヌ 口腔内消炎手術は、「切開」の項のうち、歯肉膿瘍等は左欄に、骨膜下腫瘍等は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、智歯周囲炎の歯肉弁切除等は、「その他」の欄に点数及び回数を記載する。顎炎又は顎骨骨髓炎等の手術として拔牙を行い口腔内消炎手術を行う場合は、「その他」欄にその旨及び拔牙した歯の部位を記載する。

ネ 拔牙手術は、「拔牙」の項のうち、乳歯は「乳」の項に、前歯は「前」の項に、臼歯は「臼」の項に、埋伏歯は「埋」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。

また、前歯及び臼歯の難拔牙加算は、「前」又は「臼」の項の「+ ×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載し、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は、「埋」の項の「+ ×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載する。なお、患者の体調の急変によりやむを得ず拔牙を中止した場合は、「摘要」欄に拔牙を中止した旨を記載する。

ノ 区分「I100」又は「J300」により特定薬剤を算定する場合は、「特定薬剤」欄にその医薬品名、使用量、点数及び回数を記載する。

ハ 「その他」欄について

(ア) 処置又は手術のうち、該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合は、当該処置又は手術の名称、点数及び回数を記載する。

(イ) 診療時間以外、休日若しくは深夜加算を算定する処置又は手術は、その内容、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例の場合も、その内容、点数及び回数を記載する。

(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。

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、検査等の手技料は、必ず点数を記載する。

c 材料は、①商品名、②告示の名称又は通知の名称、③規格又はサイズ、④材料価格、⑤使用本数又は個数の順に手術ごとに記載する。なお、告示の名称又は通知の名称は、()書きとする。

d 保険医療機関における購入価格によるものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格を記載する。

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。

[記載例]

③特定保険医療材料 [商品名] × × × ×

- (エ) 睡眠時無呼吸症候群におい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、咬合採得及び装着の点数をそれぞれ記載する。
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を「摘要」欄に記載する（医科歯科併設の病院の場合は、院内紹介元の担当科名を記載する。）。
- (オ) 床副子(2 困難なもの)において、腫瘍等による顎骨切除後、手術創の保護等を目的とするオブチュレーターを製作した場合は、「オブチュレーター」と表示し、当該床副子に係る印象採得、咬合採得、装着及び床副子の点数をそれぞれ記載する。
- (カ) 床副子(3 著しく困難なもの)において、腫瘍等により顎骨切除を予定する患者に対する術後即時顎補綴装置を製作した場合は、「術後即時顎補綴装置」と表示し、当該床副子に係る印象採得、咬合採得、装着及び床副子の点数をそれぞれ記載する。
- (キ) 床副子(4 摂食機能の改善を目的とするもの(舌接触補助床))において、舌接触補助床を製作又は旧義歯を用いた場合は、「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、装着及び床副子の点数をそれぞれ記載する。
- (ク) 床副子調整・修理の「1 床副子調整」の「イ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合」、「ロ イ以外の場合」又は「2 床副子修理」を行った場合は、それぞれ「副調(イ)」、「副調(ロ)」又は「副修」と表示し、点数を記載する。
- (ケ) 周術期専門の口腔衛生処置は、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した患者に対して当該処置を行った場合は、術前又は術後に応じて、「術口衛(前)」、「術口衛(後)」と表示し、それぞれ点数を記載する。なお、当該患者の手術を行った年月日又は予定年月日、手術名を「摘要」欄に記載する。
周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して当該処置を行った場合は、「術口衛(Ⅲ)」と表示し、点数を記載する。
- (コ) 入院を必要とするHIV抗体陽性の患者に対する観血的手術加算は、その手術の名称、加算後の点数及び回数を記載する。
- (サ) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)感染症患者に対する加算は、「感」と表示し、加算後の点数及び回数を記載する。
- (シ) 内視鏡下加算は、「内」と表示し、加算後の点数及び回数を記載する。
- (ス) 歯根端切除手術における、「2 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合」を行う場合は、「根切顕微」と表示し、手術を行った部位、点数(加算を含む。)及び回数を記載する。なお、連携する医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合は、撮影した医療機関名を「摘要」欄に記載する。
- (セ) 歯の再植術又は歯の移植手術は、点数及び回数を記載する。
- (ソ) 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、歯周組織再生誘導手術及び歯肉歯槽粘膜炎形成手術は、歯周外科手術を行った部位、算定する区分の名称及び点数を記載する。
- (タ) 手術時歯根面レーザー応用加算は、その旨、点数及び回数を記載する。
- (チ) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術は、「特イ術」と表示し、手術を行った部位、点数及び回数を記載する。なお、当該手術の実施範囲が3分の1顎未満である場合は、「摘要」欄に顎堤欠損の原因となった疾患名を記載する。
- (ツ) 広範囲顎骨支持型装置搔爬術は、「特イ搔」と表示し、手術を行った部位及び点数を記

載する。

(テ) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

ヒ 乳幼児加算、歯科診療特別対応加算、歯科訪問診療時の加算等を伴う処置及び手術は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載する。なお、当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合は、記載欄に加算した点数及び回数を記載し、「その他」欄に加算しない点数及び回数を名称を付して記載しても差し支えない。以下、当月中に6歳を迎えた場合について同様とする。

(25) 「麻酔」欄について

ア 伝達麻酔は「伝麻」の項に、浸潤麻酔は「浸麻」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

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伴う麻酔は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載する。

ウ 「その他」欄について

(ア) 区分「K100」による麻酔薬剤は、その医薬品名、点数及び回数を記載する。

(イ) 吸入鎮静法は、「IS」と表示し、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、麻酔薬名、使用量及び点数を記載する。

また、使用した酸素又は窒素請求は、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。なお、酸素の請求は、IIの第3の2(26)のイのgと同様とする。

(ウ) 静脈内鎮静法は、「静鎮」と表示し、点数及び回数を記載する。なお、使用薬剤は、薬剤名、使用量及び点数を記載する。

(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は、麻酔名、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、麻酔薬名、使用量及び点数を記載する。

(オ) 診療時間以外、休日又は深夜加算等を算定する麻酔料は、その内容、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例も同様に、その内容、点数及び回数を記載する。

(26) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ア 各項に点数を記載する場合は、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は、当該加算点数を更に合算した点数）並びに回数を記載する。ただし、有床義歯、有床義歯内面適合法及び床修理は、技術料、材料料及び装着料を合算した点数並びに回数を記載する。

また、充填は、技術料及び充填材料料を別の項に記載する。なお、装着材料料は「装着材料」の項に、人工歯料は「人工歯」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

イ 補綴時診断料は、「補診」の項のうち、欠損補綴物を新たに製作する場合は左欄に、有床義歯修理又は有床義歯内面適合法を実施した場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、補綴時診断料（有床義歯修理を実施した場合に限る。）を算定する場合は、「摘要」欄に当該診断料の前回実施年月日を記載する（初回の場合は1回目と記載する。）。

ウ クラウン・ブリッジ維持管理料は、「維持管理」の項の左から単冠、支台歯と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点数及び回数を記載する。

エ 「印象」の項について

支台築造印象は、「印象」の項の左欄に点数及び回数を記載する。印象採得の「1 歯冠修

復」、「2 欠損補綴」の「イ 単純印象」及び「3 副子」は、「印象」の項の中欄に点数及び回数を記載する。印象採得の「2 欠損補綴」の「ロ 連合印象」及び「ハ 特殊印象」並びに「ニ ブリッジ」及び「ホ 口蓋補綴、顎補綴」は、「印象」の項の右欄に点数及び回数を記載する。なお、「印象」の項に書ききれない場合は、「その他」欄に印象採得の名称、点数及び回数を記載する。

オ 咬合採得の「1 歯冠修復」は、「咬合」の項の左欄に点数及び回数を記載する。咬合採得の「2 欠損補綴」の「イ ブリッジ」は、「咬合」の項の中欄に点数及び回数を記載する。咬合採得の「2 欠損補綴」の「ロ 有床義歯」は、「咬合」の項の右欄に点数及び回数を記載する。なお、「咬合」の項に書ききれない場合は、「その他」欄に咬合採得の名称、点数及び回数を記載する。

カ 仮床試適及びブリッジの試適は、「試適」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。

キ 「歯冠形成」欄について

(ア) 生活歯歯冠形成は、「(生活)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の4分の3冠、接着冠及びCAD/CAM冠の場合は「前接C」の項に、その他の金属冠、ジャケット冠、乳歯冠(乳歯金属冠を除く。)及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金ジ」の項に、乳歯金属冠及び小児保険装置の場合は「乳」の項に、それぞれ点数(加算を含む。)及び回数を記載する。

また、ブリッジ支台歯形成加算は、項中の「+ ×」欄にその加算点数及び回数を記載する。

(イ) 失活歯歯冠形成は、「(失活)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の4分の3冠及びCAD/CAM冠の場合は「前C」の項に、その他の金属冠、ジャケット冠、乳歯冠(乳歯金属冠を除く。)及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金ジ」の項に、乳歯金属冠及び小児保険装置の場合は「乳」の項に、それぞれ点数(加算を含む。)及び回数を記載する。

また、レジン前装金属冠、金属冠及び非金属冠において、メタルコアにより支台築造した歯に対する加算は、項中の「+ ×」欄の左欄に、ブリッジ支台歯形成加算は、項中の「+ ×」欄の右欄にその加算点数及び回数を記載する。

(ウ) 窩洞形成は、「(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。なお、複雑なものにおけるブリッジ支台歯形成加算は、複雑なものの下欄に加算点数及び回数を記載する。

また、う蝕歯無痛窩洞形成加算は、ブリッジ支台歯形成加算の下欄に点数及び回数を、「摘要」欄に部位を記載する。なお、「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は、「充形」の項の上欄に点数及び回数を記載し、う蝕歯無痛窩洞形成加算は、項中の「+ ×」欄に点数及び回数を、「摘要」欄に部位を記載する。なお、「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は、「修形」の項に点数及び回数を記載する。

ク 「充填」の項について

(ア) 充填に係る技術料は、「充填」の項の左から、充填1単純なもの、充填1複雑なもの、充填2単純なもの、充填2複雑なもの順に点数及び回数を記載する。

(イ) 充填に際して「充填材料」の項は、歯科用充填材料Ⅰの複合レジン系を用いた場合は「充Ⅰ」の項の上欄に、ガラスイオノマー系を用いた場合は「充Ⅰ」の項の下欄に、歯科用充填材料Ⅱの複合レジン系を用いた場合は「充Ⅱ」の項の上欄に、ガラスイオノマー系を用いた場合は「充Ⅱ」の項の下欄に、それ以外の材料を用いた場合は「その他」欄に、それぞれ充填材料の点数及び回数を記載する。なお、それぞれの項において、充填の「単純なもの」は左欄に、充填の「複雑なもの」は右欄に記載する。

ケ 「支台築造」の項について

(ア) 間接法において、メタルコアによる支台築造は、「メタル」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に「ファイバー(間)」と表示し、部位、点数、回数及びファイバーポストの使用本数を部位毎にそれぞれ記載する。

(イ) 直接法において、その他の支台築造は、「その他」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に「ファイバー(直)」と表示し、部位、点数、回数及びファイバーポストの使用本数を部位毎にそれぞれ記載する。

(ウ) 後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して支台築造を算定する場合は、「摘要」欄に欠如部位を記載する。

コ 「リテイナー」の項について

「リテイナー」の項は、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。

サ 「金属歯冠修復」の項について

(ア) 乳歯、前歯及び小臼歯に銀合金を用いた金属歯冠修復は、「乳前小銀」の項の左から、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。

(イ) 前歯及び小臼歯に鑄造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「前小パ」の項の左から、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。ただし、後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復を行った場合は、「摘要」欄に欠如部位を記載する。

(ウ) 前歯及び小臼歯に鑄造用ニッケルクロム合金を用いた金属歯冠修復は、「前小二」の項の左から、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。

(エ) 大臼歯に鑄造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「大パ」の項の左から、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。

(オ) 大臼歯に鑄造用銀合金を用いた金属歯冠修復は、「大銀」の項の左から、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。

(カ) 大臼歯に鑄造用ニッケルクロム合金を用いた金属歯冠修復は、「大二」の項の左から、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。

- (キ) 可動性連結装置は、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。
- (ク) 装着材料は、「装着材料」の項に点数及び回数を記載する。
- シ 「仮着」の項について
ブリッジの仮着は、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合は上欄に、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。
- ス テンポラリークラウンは、「T e C」の項に点数及び回数を記載する。
- セ 「硬ジ」の項、「乳」の項及び「歯CAD」の項について
(ア) 硬質レジンジャケット冠は、「硬ジ」の項のうち、光重合硬質レジンを用いた場合は左欄に、加熱重合硬質レジンを用いた場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、大臼歯に用いた場合は、「摘要」欄に紹介元保険医療機関名を記載する。
(イ) ジャケット冠は、「その他」の欄に「JC」と表示し、人工歯料を除いた点数及び回数を記載する。
(ウ) 乳歯冠は、「乳」の項の左欄に乳歯金属冠を、右欄には乳歯に対するジャケット冠を、それぞれ点数(ジャケット冠は人工歯料を除く。)及び回数を記載する。
(エ) CAD/CAM冠は、「歯CAD」の項に点数及び回数を記載する。なお、大臼歯に用いた場合は、「摘要」欄に紹介元保険医療機関名を記載する。
- ソ 「ポンティック」の項について
(ア) 鑄造ポンティックは、「鑄造」の項のうち、大臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、小臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金を用いた製作は「ニ」の項に、銀合金を用いた製作は「銀」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。
(イ) 裏装ポンティックは、「裏装」の項のうち、前歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ前」の項に、小臼歯に対する金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、その他の合金及び金属裏装を行わない場合は「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。
(ウ) 前装鑄造ポンティックは、「前装」の項のうち、鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金を用いた製作は「ニ」の項に、銀合金を用いた製作は「銀」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- タ 「Br装着」の項について
ブリッジを装着した場合の装着料は、「Br装着」の項のうち、ブリッジ1装置について支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合は上欄に、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。
- チ 「装着」の項について
歯冠修復物を装着した場合は、点数及び回数を記載する。なお、CAD/CAM冠の装着は、項中の「+ ×」欄に加算点数及び回数も記載する。
- ツ 「有床義歯」の項について
有床義歯は、点数及び床数を記載する。
- テ 「床適合」の項について
硬質材料を用いた有床義歯内面適合法は、点数及び床数を記載する。なお、軟質材料を用い

た有床義歯内面適合法は、「その他」欄に「床適合(軟)」と表示し、点数を記載する。

ト 「床修理」の項について

有床義歯修理は、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。また、有床義歯修理に伴う歯科技工加算1及び2において、歯科技工加算1は項中の「+ ×」欄の左欄に加算点数及び回数を記載し、歯科技工加算2は項中の「+ ×」欄の右欄に加算点数及び回数を記載する。

ナ 「人工歯」の項について

人工歯料は、点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、「人工歯」の項の記載は上欄左から右へ記載する。なお、書ききれない場合は、中欄から下欄へ順に点数及び回数を記載する。

ニ 「バー」の項について

(ア) 鋳造バーは、「鋳」の項のうち、鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ」の項に、鋳造用ニッケルクロム合金又は鋳造用コバルトクロム合金を用いた製作は「ニ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

(イ) 屈曲バーは、「屈曲」の項欄のうち、不銹鋼及び特殊鋼による屈曲バーの製作は「不特」の項に、保持装置の使用は「保」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ヌ 「鋳造鉤」の項について

(ア) 歯科鋳造用14カラット金合金による鋳造鉤の製作は「14K」の項欄に、鋳造用金銀パラジウム合金による製作は「パ」欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

(イ) (ア)の場合の「14K」の項及び「パ」の項は、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。

(ウ) 鋳造用ニッケルクロム合金又は鋳造用コバルトクロム合金を用いた製作は、「ニ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

(エ) (ウ)の場合の「ニ」の項は、双子鉤は上欄に、二腕鉤(レスト付き)は下欄に、それぞれ記載する。

ネ 「線鉤」の項について

(ア) 歯科用14カラット金合金鉤用線を用いた製作は「14K」の項に、不銹鋼及び特殊鋼を用いた製作は「不・特」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

(イ) (ア)の場合の「14K」の項は、双子鉤は上欄に、二腕鉤(レスト付き)は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

(ウ) (ア)の場合の「不・特」の項は、双子鉤は左上欄に、二腕鉤(レスト付き)は左下欄に、二腕鉤(レスト無し)は右上欄に、フック、スパーは右下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ノ 「修理」の項について

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法以外の修理は、点数及び回数を記載する。

ハ 「その他」欄について

(ア) クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生(支)局長へ届け出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。

- (イ) 接着ブリッジ支台歯に係る歯冠形成又は金属歯冠修復は、当該支台歯の部位及び接着冠を記載する。なお、当該ブリッジが1つであって、「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は、部位の記載を省略して差し支えない。
 - (ウ) 小児保険装置は、「保険」と表示し、点数及び回数を記載する。また、「摘要」欄に装置の種類を記載する。
 - (エ) 熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、名称、部位、点数及び回数を記載する。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は、部位の記載は省略して差し支えない。
 - (オ) コンビネーション鉤は、「コンビC1」と表示し、点数及び回数を記載する。
 - (カ) 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内の当該有床義歯の修理及び有床義歯内面適合法は、それぞれの点数の100分の50に相当する点数及び装着料を合算した点数並びに有床義歯の装着年月日を記載する。
 - (キ) 脱離した歯冠修復物の再装着は、「再装」と表示し、部位、点数及び回数を記載する。なお、再装着する歯冠修復物が1つであって、「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は、部位の記載を省略して差し支えない。
 - (ク) 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、ブリッジ1装置について、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合又は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。なお、再装着する装置が1つであって、「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は、部位の記載は省略して差し支えない。
 - (ケ) 歯科鑄造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復及び裏装ポンティックは、「14K」と表示し、修復物の名称、部位、点数及び回数を記載する。
 - (コ) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。
- (27) 全体の「その他」欄について
- ア 基本診療料について
 - 短期滞在手術等基本料は、「短手1」又は「短手2」と表示し、点数を記載する。
 - イ 医学管理について
 - (ア) 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、がん患者指導管理料、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、傷病手当金意見書交付料及び医療機器安全管理料は、当該項目、点数及び回数を記載する。
 - (イ) 歯科特定疾患療養管理料は、「特疾管」と表示し、点数を記載する。また、共同療養指導計画加算は、「共計」と表示し、点数を記載する。また、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名を記載する。
 - また、退院前訪問指導料は、「退前」と表示し、点数を記載する。なお、2回目の退院前訪問指導料は、「摘要」欄にそれぞれ訪問指導日を記載する。
 - (ウ) 特定薬剤治療管理料は、「薬」と表示し、点数及び初回の算定年月を記載する。なお、4月目以降の特定薬剤治療管理料は、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。

- (エ) 悪性腫瘍特異物質治療管理料は、「悪」と表示し、点数を記載する。この場合において、行った腫瘍マーカーの検査名を「摘要」欄に記載する。
- (オ) 手術前医学管理料及び手術後医学管理料は、「手前」及び「手後」と表示し、それぞれ点数を記載する。
- (カ) 開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)は、「開Ⅰ」又は「開Ⅱ」と表示し、合計点数及び回数と記載し、開放型病院共同指導料(Ⅰ)は併せて入院日を「摘要」欄に記載する。
- (キ) 薬剤管理指導料の「1」又は「2」は、「薬管」1又は「薬管」2と表示し、それぞれ点数及び指導日を記載する。なお、薬剤管理指導料の「1」は、薬剤名を「摘要」欄に記載する。

また、麻薬管理指導加算は、加算した点数及び「摘要」欄に指導日を記載する。この場合において、「薬管」1又は「薬管」2に併せて「麻加」と表示する。

- (ク) 薬剤総合評価調整管理料は、「薬総評管」と表示し、点数(加算を含む。)を記載する。なお、当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合は、「摘要」欄に当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載する。

- (ケ) 診療情報提供料(Ⅰ)又は(Ⅱ)は、「情Ⅰ」又は「情Ⅱ」と表示し、点数を記載する。診療情報提供料(Ⅰ)の加算は当該加算を合算した点数を記載し、退院患者の紹介の加算は「情Ⅰ加1」と表示し「摘要」欄に退院日を記載する。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係る加算は、「摘要」欄に区分「B009」の注6は「情Ⅰ加2」と表示し、注7は「情Ⅰ加3」と表示する。なお、検査・画像情報提供加算の「イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合」は、「情Ⅰ加4イ」と表示し、「摘要」欄に退院日を記載し、「ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合」は、「情Ⅰ加4ロ」と表示する。

また、保険医療機関以外の機関機関への情報提供は、「摘要」欄にその情報提供先を記載する。

- (コ) 電子的診療情報評価料は、「電診情評」と表示し、点数及び回数を記載する。
- (サ) 傷病手当金意見書交付料は、「傷」と表示し、点数及び交付年月日を記載する。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は、当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病の診察開始年月日を「傷病名部位」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載する。
- (シ) 退院時共同指導料1は、患者が入院している保険医療機関名を記載する。なお、2回目の当該退院時共同指導料は、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及び指導年月日を記載する。

ウ 在宅医療について

- (ア) 歯科訪問診療料は、点数、回数及びその旨を記載する。緊急、夜間若しくは深夜加算、患者診療時間加算、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。なお、「摘要」欄に、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又は診療時間が20分未満で「歯科訪問診療1」を算定した場合は、その理由が分かるように具体的に記載する。)を記載し、訪問診療時の歯科訪問診療補助加算は、全体の「その他」欄に「訪補助」と表示し、点数及び回数を記載する。
- (イ) 区分番号C000の注13に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、「イ 初診時」は「歯訪診(初)」、「ロ 再診時」は「歯訪診(再)」と表示し、点数又は点数及び回数を記載する。
- (ウ) 在宅歯科医療推進加算は、「在推進」と表示し、加算点数及び回数を記載する。
- (エ) 訪問歯科衛生指導料は、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。なお、訪問歯科衛生指導料と同月に歯科訪問診療料がない場合は、直近の歯科訪問診療料の算定年月日を記載する。
- (オ) 歯科疾患在宅療養管理料は、「歯在管」と表示し、点数を記載する。
また、文書提供加算、栄養サポートチーム連携加算1又は2は、「文」、「NST1」又は「NST2」と表示し、点数を記載する。なお、栄養サポートチーム連携加算1又は2を算定した場合は、「摘要」欄に連携先の保険医療機関名又は介護保険施設名及びカンファレンス等に参加した年月日を記載する。
- (カ) 在宅患者歯科治療総合医療管理料(I)は、「在歯管(I)」と表示し、点数を記載するとともに、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。
- (キ) 在宅患者歯科治療総合医療管理料(II)は、「在歯管(II)」と表示し、点数及び回数を記載するとともに、当該管理の対象となる医科の主病名を「摘要」欄に記載する。
- (ク) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、「訪問口腔リハ」と表示し、点数及び回数を記載し、当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を「摘要」欄に記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、「か強診」又は「歯援診」と表示し、点数及び回数を記載する。
- (ケ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、「訪問薬剤」と表示し、総点数及び回数を記載する。
また、麻薬加算は、「訪問薬剤」に併せて「麻」と表示する。
- (コ) 退院前在宅療養指導管理料は、「前」と表示し、点数を記載する。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。
- (サ) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料は、「在悪」と表示し、点数を記載する。在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、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。
- (シ) 在宅患者連携指導料は、当該指導に係る情報共有先の保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護ステーション名及び当該指導を行った年月日を記載する。
- (ス) 在宅患者緊急時カンファレンス料は、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。

エ 投薬について

一般的名称による処方せんの交付は、「一般名処方加算 1」又は「一般名処方加算 2」と表示し、点数及び回数を記載する。

オ リハビリテーションについて

(ア) 「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションは、次の例により「摘要」欄に「リハ選」と表示し、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

(イ) 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、点数及び回数を記載する。

(ウ) 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、点数及び回数を記載する。

(エ) 摂食機能療法は、点数及び回数を記載する。この場合において、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。また、経口摂取促進加算 1 又は 2 は、連携している医師名を「摘要」欄に記載する。

(オ) 歯科口腔リハビリテーション料 1 (2 舌接触補助床の場合) は、「歯リハ 1 (2)」と表示し、点数及び回数を記載する。

(カ) 歯科口腔リハビリテーション料 1 (3 その他の場合) は、「歯リハ 1 (3)」と表示し、点数及び回数を記載する。

カ 歯冠修復及び欠損補綴について

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、「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。

キ 歯科矯正について

(ア) 歯科矯正における印象採得、咬合採得、床装置、リングルアーチ及び鉤をは、「簡単」、「困難」、「著しく困難」、「複雑」等の区別を記載する。

(イ) 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、それぞれ点数と装着料を合算した点数を記載する。

(ウ) 歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料は、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の算定年月日を記載する。

(エ) 歯科矯正管理料は、算定年月日及び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。

(オ) 予測模型は、予測歯数を記載する。

(カ) 動的処置は、算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日並びに同月内における算定回数を記載する。

- (キ) マルチブラケット装置は、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。
- (ク) 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。なお、歯科矯正用アンカースクリューの撤去について、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合は、当該診断料を算定した保険医療機関名を「摘要」欄に記載する。
- (ケ) 植立は、点数を記載する。なお、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合は、当該診断料を算定した保険医療機関名を「摘要」欄に記載する。
- また、アンカースクリュー脱落後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合は、点数を記載し、その旨を「摘要」欄に記載する。
- (コ) 特定保険医療材料において、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。
- ク 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の療養担当手当は、「療担当」と表示し、点数を記載する。
- (28) 「摘要」欄について
- ア 患者が要介護者又は要支援者の場合に、介護保険に相当するサービスのある診療を行ったときは、「摘要」欄に「介」と記載する。
- 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場合は、処置名、手術名又は麻酔名及び加算の種類を記載する。
- ウ 基本診療料について
- (ア) 電話等再診に係る再診料は、その回数を再掲する。
- (イ) 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は、当該患者の紹介元保険医療機関名を記載する。
- (ウ) 短期滞在手術等基本料は、当該手術日及び手術名を記載する。
- (エ) 健康診断の結果に基づき治療を開始する場合において、初診料を算定しない場合は、その旨を記載する。
- エ 医学管理について
- (ア) 共同療養指導計画加算は、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。
- (イ) 歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）又は在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）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。
- (ウ) 新製有床義歯管理料において、「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。
- オ 在宅医療について
- (ア) 特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合は、訪問先名の後に「訪問(特別)」と表示する。

- (イ) 歯科等を標榜する別の保険医療機関に入院する患者に対して歯科訪問診療を行い、周術期口腔機能管理及び周術期口腔機能管理に伴う治療行為を行った場合においては、「周術期連携」と記載する。
- (ウ) 同一の患家において2人以上の患者を診察(診療時間が20分以上の場合に限る。)し、患者の1人に対して歯科訪問診療1を算定する場合は、「同一世帯(1)」と記載する。
- (エ) 特別歯科訪問診療料は、滞在時間を記載する。同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は、それぞれを明確に区分して記載する。
- (オ) 歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算は、連携保険医療機関名を記載する。

カ 投薬について

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。

キ 処置について

- (ア) 根管貼薬処置について、同一歯に対して初回の根管貼薬処置を実施した日の属する月から起算して6月を超えて治療を継続して処置を行う場合は、当該歯の状態及び初回の根管貼薬処置を行った年月を「摘要」欄に記載する。
- (イ) 暫間根管充填又は暫間根管充填後の根管充填は、その旨を記載する。
- (ウ) 暫間固定は、固定を行なった部位及びその方法を記載し、暫間固定の前回実施年月日(初回の場合は1回目と記載する。)及び歯周外科手術を行う予定であるか否かを記載する。
- (エ) 心身医学療法は、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。

ク 手術について

- (ア) 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。
- (イ) 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の麻酔料は、抜歯を中止したことを記載する。
- (ウ) 歯内療法では治療が困難な根尖病巣を有する保存が可能な小臼歯又は大臼歯であって、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、部位及び算定理由を記載する。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。
- (エ) 歯の再植術は、手術部位及び再植の理由を記載する。
また、歯の移植手術は、手術部位を記載する。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は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。
- (オ) 皮膚移植術は、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点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

ケ 歯冠修復及び欠損補綴について

- (ア) 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月以上患者が来院しない場合の当該歯冠修復物又は欠損補綴物は、「平成 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、該当する記載欄に装着料を含まない点数及び回数を、「摘要」欄に未、装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載する。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。
- (イ) 有床義歯製作中であって咬合採得後における試適前に、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。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。
- また、歯冠修復及び欠損補綴に係る歯冠形成及び印象採得後において、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。
- (ウ) 未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求を行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。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。
- (エ) 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。
- (オ) 残根上に義歯を装着した場合は、その旨を記載すること。
- (カ) 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。
- (キ) 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は、その旨を記載する。
- (ク) 前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から6月が経過していない場合であって新たに有床義歯の印象採得を行った場合は、その理由を記載する。
- (ケ) 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。
- (コ) 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。なお、当該治療部位が単独であって「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は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。
- (サ) 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は、中切歯の状態等を記載する。
- (シ) 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。
- (ス) 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。
- (セ) 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。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。

(ソ) 有床義歯修理において、歯科技工加算2を算定した場合は、「歯技工2」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。

(タ) 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。

コ 歯科矯正について

歯科矯正は、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。

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。

サ 請求に際して、特に説明が必要と判断される内容は、当該欄に簡潔に記載する。

シ 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。

(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。

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。

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、「点数」欄を縦に区分して、公費負担医療に係る請求点数も必ず記載する。

また、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。

(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。

(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医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、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。）は、次による。

(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。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」の文字を○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」の文字を○で囲む。

また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を○で囲み、支払が猶予される場合は

「支払猶予」の文字を○で囲む。

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医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、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。）及び後期高齢者医療は、以下による。

（ア） 高額療養費が現物給付された者に限り記載し、支払いを受けた一部負担金の額を記載する。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。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（ ）で再掲して差し支えない。

（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。

（ウ） 健康保険法施行令第43条第1項第2号二、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号二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号二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。

（エ） 健康保険法施行令第43条第1項第2号ハに掲げる者、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。

（オ） 健康保険、国民健康保険及び退職者医療において、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合は減額割合を記載して「割」の文字を○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」の文字を○で囲む。

また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の文字を○で囲む。

（カ） 後期高齢者医療において、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は減額割合を記載して「割」の文字を○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。また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の文字を○で囲む。

(32) 「公費分点数」欄について

ア 「請求」の項は、第1公費に係る合計点数を記載する。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。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。

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。

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は、公費でないものとみなして記載する。

(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の一部負担金の額）を記載する。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。

また、障害者総合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、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額は、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。）と障害者総合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、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定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。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）」欄への記載は要しない。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、難病法による特定医療、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。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は10円未満の端数を四捨五入する前の額。）を記載する。

(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。

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は「摘要」欄に診療行為名、点数及び必要事項を記載する。

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は、「処置・手術」等の「その他」欄に予め印刷しても差し支えない。

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。なお、同月内に同患者

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し「摘要」欄に記載する。

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。

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は、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載する。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現物給付化することが困難な場合を除く。

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。なお、「交」等従来行われていた記載も差し支えない。

キ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第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。また、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号に規定する体外診断用医薬品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「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の診療報酬請求項目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は、「特記事項」欄に「先進」と記載し、先進医療の名称及び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。

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

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「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。

コ 70歳以上で「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては課税所得145万円以上）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅣであるもの）が提示された場合（々に該当する場合を除く。）には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。

サ 70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては課税所得145万円未満）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅢであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。

シ 70歳以上で「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅠ又はⅡであるもの）が提示された場合には、「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は、「特記事項」欄に「二割」と記載する。

セ 自己負担限度額特例対象被扶養者等は、「特記事項」欄に「高半」と記載する。

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歳未満の者であつて、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）は、「摘要」欄に「障害」と記載する。

タ 前コにおける「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては課税

所得145万円以上)の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療又は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には、「特記事項」欄に「多上」と記載すること。

チ (削除)

ツ (削除)

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は、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求し、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。)を記載する点数は、その記録を省略しても差し支えない。ただし、平成24年3月診療以前分は、「摘要」欄に算定日を記載する点数の各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記載する。

ト 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号の2又は第7号の2に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。

ナ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(ア)であるもの)が提示された場合又は「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(ア)であるもの)が提示された場合(特定疾病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「区ア」と記載すること。

ニ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額53万~79万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超~901万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(イ)であるもの)が提示された場合又は「標準報酬月額53万~79万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超~901万円以下)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(イ)であるもの)が提示された場合(特定疾病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「区イ」と記載すること。

ヌ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額28万~50万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超~600万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(ウ)であるもの)が提示された場合又は「標準報酬月額28万~50万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超~600万円以下)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(ウ)であるもの)が提示された場合(特定疾病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「区ウ」と記載すること。

ネ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(エ)であるもの)が提示された場合又は「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(エ)であるもの)が提示された場合(特定疾病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「区

- エ」と記載すること。
- ノ 70歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の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（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合（特定疾病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「区オ」と記載すること。
- ハ 前ナにおける「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病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「多ア」と記載すること。
- ヒ 前ニにおける「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病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「多イ」と記載すること。
- フ 前ヌにおける「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病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「多ウ」と記載すること。
- ヘ 前ネにおける「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病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「多エ」と記載すること。
- ホ 前ノにおける「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病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「多才」と記載すること。
- マ 別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合には、「特記事項」欄に「申出」と記載するとともに、当該療養の名称及び当該療養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。
- ミ 医療法第30条の13に規定する病床機能報告制度において、医療法施行規則第30条の33の6第1項に規定するレセプト情報による方法の場合であって、病棟情報を電子レセプトに記録する場合は、「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録について」（平成28年3月25日医政地発0325第1号）によること。

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総合支援法の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、長期投薬若しくは後発医薬品に係る分割調剤の調剤基本料を算定する場合、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤を行う場合又は服薬情報等提供料、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、外来服薬支援料若しく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為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

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、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は「4」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこととする。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・低所得者外来	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

(注) 高齢受給者一般・低所得者のうち、平成20年2月21日保発第0221003号別紙に定める特例措置により1割負担となる者と、適用を受けない2割負担の者の判別については、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、特段の記載は必要ない。

エ 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 被保険者証等の「被保険者証・被保険者手帳等の記号・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 調剤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

調剤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) 「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。

(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、それぞれ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）

(12) 「特記事項」欄について

該当するものについては、Ⅱの第3の2の(13)と同様とすること。

(13) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について

ア 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及び名称を記載すること。

また、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

イ 麻薬を調剤した場合は、麻薬小売業の免許番号を欄の下部に「麻：○○○○○○○○○号」と記載すること。

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄、「都道府県番号」欄、「点数表番号」欄及び「医療機関コード」欄について

処方せんを発行した保険医（以下「処方医」という。）が診療に従事する保険医療機関の所在地、名称、都道府県番号、点数表番号及び医療機関コードを処方せんに基づいて記載すること。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記載しないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に所在地及び名称をカタカナで記載しても差し支えないこと。

(15) 「保険医氏名」欄について

処方医である医師又は歯科医師の姓名を記載すること。

なお、同一医療機関で同一患者に対し、異なる医師又は歯科医師が処方せんを発行した場合には、当該欄に当該処方医の姓名を1の項から順番に記載すること。処方せんを発行した医師又は歯科医師の数が10人を超えた場合は、「摘要」欄に11以降の番号を付して医師又は歯科医師の姓名を記載すること。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記載しないこと。

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、この場合には姓と名の間にスペースをとること。

(16) 「受付回数」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公費に係る処方せんの受付回数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の処方せんの受付回数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る処方せんの受付回数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る処方せんの受付回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公費に係る処方せんの受付回数が第1公費に係る処方せんの受付回数と同じ場合は、第2公費に係る処方せんの受付回数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に交付された処方せんを同一日に受け付けた場合は、複数診療科に係るものであっても枚数にかかわらず受付回数は1回となること。ただし、歯科診療に係る処方せんとそれ以外の処方せんについてはこの限りでない。また、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤に係る調剤基本料を算定する調剤、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤並びに服薬情報等提供、在宅患者訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急時等共同指導、外来服薬支援及び退院時共同指導は、受付回数としては計上しないこと。

(17) 「医師番号」欄から「加算料」欄について

「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合であっても、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。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調剤が該当するものであること。

(18) 「医師番号」欄について

当該処方せんを発行した医師又は歯科医師の「保険医氏名」欄の該当番号を記載すること。ただし、処方せんを発行した医師又は歯科医師が1枚の明細書において1名の場合は、番号の記載を省略しても差し支えないこと。

(19) 「処方月日」欄について

処方せんが交付された月日を記載すること。

(20) 「調剤月日」欄について

保険薬剤師が調剤した月日を記載すること。

なお、「処方月日」欄の月と調剤した月とが同一の場合は、月の記載を省略しても差し支えないこと。

(21) 「処方」欄について

ア 所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）ごとに調剤した医薬品名、用量（内服薬及び湯薬については、1日用量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬（ただし、湿布薬を除く。）については、投薬全量、屯服薬に

については1回用量及び投薬全量)、剤形及び用法(注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。)を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せて記載すること。また、湿布薬の用量については、湿布薬の枚数としての投薬全量を記載するとともに、湿布薬の枚数としての1日用量又は投与日数を併せて記載すること。

ただし、服用時点が同一であっても投薬日数が異なる内服薬に係る調剤及び同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、それぞれ別の欄(線により区切られた部分をいう。以下同じ。)に記載すること。

イ 異なる調剤日に調剤を行った場合又は同一処方を異なった医師が発行した場合であっても、調剤数量以外の処方内容が同一である場合には1欄の記載のみで差し支えないこと。

ウ 医薬品名は原則として調剤した薬剤の名称、剤形及び含量を記載すること。

エ 剤形は「内服」、「内滴」、「屯服」、「浸煎」、「湯」、「注射」、「外用」と記載すること。

オ 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薬局については、所定単位当たりの薬剤料が175円以下の場合には医薬品名、規格、用量の記載を省略しても差し支えないが、剤形及び用法は記載すること。

なお、次の場合は医薬品名、規格、用量、剤形、用法を記載するものであること。

(ア) 嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、自家製剤加算(予製剤による場合を含む。以下同じ。)、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算及び計量混合調剤加算(予製剤による場合を含む。以下同じ。)を算定した場合

(イ) 同一処方せんにより、2以上の医薬品を用いて内服薬を調剤した場合であって、別剤として調剤料を算定した場合

カ 特定保険医療材料(自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器(針を含む。)、万年筆型注入器用注射針及び「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)」(平成20年3月厚生労働省告示第61号)の別表のIに規定されている特定保険医療材料)を支給した場合は、他の処方とは別の欄に名称及びセット数等を記載すること。この場合、剤形は「材料」とすること。また、支給月日は「調剤月日」欄に、支給回数は「調剤数量」欄に、単位材料料は「単位薬剤料」欄に、材料料は「薬剤料」欄にそれぞれ記載すること。

キ 同一明細書の同一「処方」欄において、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、当該「処方」欄の公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。

ク 電子計算機の場合は、カタカナで記載しても差し支えないこと。

ケ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号又は第6号に係る医薬品を投与した場合は、IIの第3の2の(24)のウの例により「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。

(22) 「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の1単位(内服薬にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分)当たりの薬剤料を記載すること。

なお、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、行を改めて公費負担医療に係る薬剤料を記載し、当該薬剤料にアンダーラインを付すか、又はその左側に「*」を付すこと。

(23) 「調剤数量」欄について

ア 「処方」欄記載の処方内容に係る調剤の単位数（内服薬及び湯薬にあつては投薬日数、内服用滴剤、浸煎薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあつては調剤回数）を調剤月日ごとに記載すること。

イ 分割調剤の場合は以下によること。

(ア) 長期投薬に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に「分」の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、「分」に代えて「B」と記載することも差し支えないものであること。

(イ) 後発医薬品に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に「試」の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、「試」に代えて「T」と記載することも差し支えないものであること。

(ウ) 医師の分割指示に係る分割調剤を行う場合は、単位数及び医の記号を付した総単位数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、医に代えて「D」と記載することも差し支えないものであること。

(24) 「調剤料」欄について

「処方」欄に掲げる調剤を行った際の調剤数量に応じた調剤料の点数を記載すること。ただし、調剤料が算定できない場合又は医師の指示による分割調剤の場合は、「0」を記載すること。

なお、内服薬及び湯薬について、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を同一薬局において行う場合には、第1回目の調剤から通算した日数に対応する調剤料から前回までに請求した調剤料の点数を減じた点数を記載すること。

(25) 「薬剤料」欄について

「処方」欄の所定単位当たりの薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数を記載すること。

(26) 「加算料」欄について

ア 嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、自家製剤加算、計量混合調剤加算、予製剤加算又は無菌製剤処理加算を算定する場合は、当該欄に「困」「包」「麻」・「向」・「覚原」・「毒」「時」「休」「深」「特」「自」「計」「予」又は「菌」の記号を付して加算点数（無菌製剤処理加算においては加算点数に日数を乗じた点数）の合計点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあつては「0」）を記載すること。

また、一包化加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、同加算を算定する点数に対応する投薬日数が分かるように、原則として、当該日数が「調剤数量」欄に記載されている剤の欄に（当該日数の剤が複数ある場合は、いずれかの1欄にのみ）、一包化加算に係る点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあつては「0」）を記載すること。

ただし、同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、これに該当する場合であっても、これらの加算はどちらか1欄にのみ記載すること。

- イ 一包化加算については、上記アのほか、当該加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、一包化を行った全ての剤の「加算料」欄に \square の記号を付すこと。
- ウ 調剤基本料に対応する加算点数、夜間・休日等加算及び在宅患者調剤加算に係る点数については本欄には記載しないこと。
- エ 電子計算機の場合は、 \square 等の○を省略して記載しても差し支えないこと。以下、 \square 等の記号を使用する場合について同様であること。
- オ 1行で記載できない場合は、同欄において行を改めて記載しても差し支えないこと。

(27) 「公費分点数」欄について

- ア 「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る調剤報酬点数を記載することとするが、調剤報酬点数が「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。
- イ 医療保険と併用される公費負担医療において、医療保険単独の処方の場合は「公費分点数」欄には、「0」と記載すること。なお、公費負担医療の併用の場合も同様とすること。
- ウ 「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬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調剤報酬点数を記載すること。なお、「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ調剤報酬点数の公費負担医療がある場合は、縦に区分すること及び調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。
- 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。

(28) 「摘要」欄について

- ア 介護保険に相当するサービスを行った場合に、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 \square の記号を付して居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の合計算定回数を記載すること。
- イ 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処方せんを受け付けた月日及び時間等当該加算を算定した事由が明確にわかるよう記載すること。
- ウ 自家製剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のときはその事由を記載すること。
- エ 同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、一包化加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のときはその事由を記載すること。
- オ 配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合には、その理由を記載すること。
- カ 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認められ、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日を超えて投与された場合は、処方せんの備考欄に記載されている長期投与の理由を転記すること。

キ 調剤を行っていない月に服薬情報等提供料、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場合は、情報提供又は訪問の対象となる調剤の年月日及び投薬日数を記載すること。

ク 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者について、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われ、薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合には、算定日を記載すること。

ケ 訪問薬剤管理指導を主に実施している保険薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）に代わって連携する他の薬局（以下「サポート薬局」という。）が訪問薬剤管理指導を実施し、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、在宅基幹薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付、サポート薬局名及びやむを得ない事由等を記載すること。

コ 在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が訪問薬剤管理指導（この場合においては、介護保険における居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を含む。）を実施した場合であって、処方せんが交付されていた場合は、サポート薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付を記載すること。

サ 外来服薬支援料を算定する場合は、服薬管理を支援した日、服薬支援に係る薬剤の処方医の氏名及び保険医療機関の名称を記載すること。

シ 退院時共同指導料を算定する場合は、指導日並びに共同して指導を行った保険医、看護師又は准看護師の氏名及び保険医療機関の名称を記載すること。なお、保険医等の氏名及び保険医療機関の名称については、算定対象となる患者が入院している保険医療機関とともに当該患者の退院後の在宅医療を担う保険医療機関についても記載するものであること。

ス 一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品なし」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。

セ 70枚を超えて湿布薬が処方されている処方せんに基づき調剤を行った場合は、処方医が当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨について、処方せんの記載により確認した旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。

ソ その他請求内容について特記する必要があるればその事項を記載すること。

タ 「摘要」欄に記載しきれない場合においては、「処方」欄下部の余白部分に必要事項を記載しても差し支えないこと。

(29) 「調剤基本料」欄について

ア 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「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公費に係る調剤基本料（基準調剤加算の施設基準等の届出を行った場合にあつては、調剤基本料に基準調剤加算又は後発医薬品調剤体制加算1若しくは後発医薬品調剤体制加算2を加算した点数。以下、調剤基本料において同じ。）に処方せん受付回数に乗じた点数、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を行った場合は算定可能な分割調剤の回数に5点に乗じた点数及び在宅患者調剤加算の算定回数に15点に乗じた点数を合算した

点数を記載すること。

また、記載した点数の上部に該当する調剤基本料について、調剤基本料1の場合は「基A」、調剤基本料2の場合は「基B」、調剤基本料3の場合は「基C」、調剤基本料4の場合は「基D」、調剤基本料5の場合は「基E」及び注2に該当する場合は「基F」の記号を記載し、注3に該当する場合は注の記号を付すこと。さらに、在宅患者調剤加算を算定した場合は在の記号を付してその回数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(27)のウに準じること。

イ 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する調剤基本料又は加算の記号及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「調剤基本料」欄に記載すること。

(30) 「時間外等加算」欄について

ア 調剤基本料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算若しくは時間外加算の特例又は調剤料に係る夜間・休日等加算（かかりつけ薬剤師包括管理料を基礎額とする場合を含む。）が算定される場合（ただし、医師の指示による分割調剤の場合を除く。）は、時、休、深、特又は夜の記号を「保険」の項の上欄に記載すること。

イ 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の下欄、「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公費に係る時間外等の加算点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(27)のウに準じること。

(31) 「薬学管理料」欄について

ア 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の上欄には、算定した薬学管理料（薬学管理料の加算を含む。以下同じ。）の記号と回数を下記により記載すること。

(ア) 薬剤服用歴管理指導料1を算定した場合は薬Aの記号、薬剤服用歴管理指導料2を算定した場合は薬Bの記号、薬剤服用歴管理指導料3を算定した場合は薬Cの記号及び薬剤服用歴管理指導料の注1のただし書きに該当する場合は薬Dの記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算又は乳幼児服薬指導加算を算定した場合は、薬剤服用歴管理指導料の回数の次に麻、防、特管又は乳の記号を付してそれぞれの回数を記載すること。

(イ) かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合は、薬指の記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算又は乳幼児服薬指導加算を算定した場合は、かかりつけ薬剤師指導料の回数の次に、麻、防、特管又は乳の記号を付してそれぞれの回数を記載すること。

(ウ) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合は、薬包の記号を付してその回数を記載すること。

(エ) 外来服薬支援料を算定した場合は、支の記号を付してその回数を記載すること。

(オ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」又は「2」を算定した場合は、訪A又は訪Bの記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、訪A又は訪Bの回数の次に併せて麻の記号を付してその回数を記載すること。なお、月に2回以上算定する場合は、それぞれ算定の対象となる訪問指導を行った日を記載すること。

- (カ) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、**緊訪** の記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、**緊訪** に併せて **麻** の記号を付してその回数を記載すること。
 - (キ) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合は、**緊共** の記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、**緊共** に併せて **麻** の記号を付してその回数を記載すること。
 - (ク) 退院時共同指導料を算定した場合は、**退共** の記号を付してその回数を記載すること。
 - (ケ) 服薬情報等提供料を算定した場合は、**服** の記号を付してその回数を記載すること。
 - (コ) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を算定した場合は、**在防** の記号を付してその回数を記載すること。
- イ 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の下欄、「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公費に係る薬学管理料の合計点数を記載すること。
 なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(27)のウに準じること。
- ウ 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する薬学管理料又は加算の記号及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「薬学管理料」欄に記載すること。

(32) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

- ア 「請求」欄には、「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公費に係る合計点数(分割調剤に係るものについては当該分割調剤の分割調剤技術料、薬剤料及び特定保険医療材料の合計点数を、それ以外については「調剤報酬点数」欄、「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄の合計点数を計算し、それぞれ合算したものをいう。(33)において同じ。)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公費に係る合計点数の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医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、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。)に係る「一部負担金額」の項については、以下によること。
 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。
- 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医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受

給者証にあっては、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。)及び後期高齢者医療に係る「一部負担金額」の項については、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「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。
- (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号二、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号二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号二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号八に掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号八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号八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。
- エ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る調剤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、「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合はウの(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の一部負担金の額)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、障害者総合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、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定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。）と障害者総合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、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用（高額療養費が現物給付された場合に限る。）の場合に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、難病法による特定医療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「一部負担金額」の項に記載すること。

(33) その他

ア 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。

イ 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総合支援法の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、障害者総合支援法に係る分は「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) 生活保護法に係る処方せん受付回数は「受付回数」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「受付回数」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「受付回数」欄の「公費②」の項に記載すること。

(エ) 生活保護法に係る調剤基本料は「調剤基本料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「調剤基本料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支

- 援法に係る分は「調剤基本料」欄の「公費②」の項に記載すること。
- (オ) 生活保護法に係る調剤基本料の時間外等加算は「時間外等加算」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「時間外等加算」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「時間外等加算」欄の「公費②」の項に記載すること。
- (カ) 生活保護法に係る薬学管理料は「薬学管理料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「薬学管理料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「薬学管理料」欄の「公費②」の項に記載すること。
- (キ) 「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、生活保護法に係る医師番号等を記載すること。
- (ク) 「公費点分数」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、右欄に障害者総合支援法に係る調剤報酬点数を記載することとするが、生活保護法に係る調剤報酬点数と同じものがある場合は、縦に2区分すること及び当該調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。
- (ケ) 生活保護法に係る合計点数は「請求」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は「請求」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る合計点数は「請求」欄の「公費②」の項に記載すること。
- ウ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第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。また、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号に規定する体外診断用医薬品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「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の調剤報酬請求項目と区別して記載すること。
- エ 70歳以上で「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅣであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。
- オ 70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅢであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。
- カ 70歳以上で「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅠ又はⅡであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。
- キ 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。
- ク 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。
- ケ 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。
- コ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号の2又は第7号の2に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。
- サ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっ

ては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(ア)であるもの)が提示された場合又は「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(ア)であるもの)が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

シ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額53万~79万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超~901万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(イ)であるもの)が提示された場合又は「標準報酬月額53万~79万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超~901万円以下)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(イ)であるもの)が提示された場合には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。

ス 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額28万~50万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超~600万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(ウ)であるもの)が提示された場合又は「標準報酬月額28万~50万円(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超~600万円以下)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(ウ)であるもの)が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

セ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(エ)であるもの)が提示された場合又は「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(エ)であるもの)が提示された場合には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。

ソ 70歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の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(適用区分が(オ)であるもの)が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(オ)であるもの)が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

タ 医師の分割指示に係る分割調剤を行った場合は、「医師番号」欄、「処方月日」欄及び「調剤月日」欄に当該分割調剤に係る医師番号、処方月日及び調剤月日を記載すること。また、「処方」欄に指示された分割回数及び当該分割調剤が何回目の分割調剤に相当するかを記載するほか、当該分割調剤における調剤基本料及びその加算の記号及び点数、調剤料及びその加算の記号及び点数、薬学管理料及びその加算の記号及び点数を記載するとともに、分割調剤技術料(当該分割調剤における調剤基本料及びその加算、調剤料及びその加算並びに薬学管理料の点数を合算し、当該合算点数を分割指示回数に応じて2分の1又は3分の1し、1点未満の端数を切り捨てた点数をいう。)を併せて記載すること。

診療録等の記載上の注意事項

第1 一般的事項

- 1 診療録、歯科診療録及び処方せん（以下「診療録等」という。）の様式については、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和32年厚生省令第15号）によるものであること。
- 2 処方せんの用紙は、A列5番を標準とすること。なお、診療録及び歯科診療録の用紙については、用紙の大きさに特段の定めはないが、A列4番とすることが望ましいものであること。
- 3 医療保険単独の者に係る診療録等については公費負担医療に係る欄は空欄のままとし、公費負担医療単独の者に係る診療録等については療養の給付に係る欄は空欄のままとして差し支えないこと。
- 4 公費負担医療に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのは公費負担医療の担当医療機関と、「保険医氏名」とあるのは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。

第2 診療録等の記載上の注意事項（共通）

1 「公費負担者番号」欄について

- (1) 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「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2を参照）。
- (2) 1種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、当該公費負担医療に係る分は左上部の該当欄に記載すること（以下左上部の該当欄に記載される公費負担医療を「第1公費」という。）。
- (3) 2種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、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に係る分は右下部の該当欄（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第2公費」という。）。
- (4) 公費負担医療単独の場合は、左上部の該当欄に記載すること。
- (5) 公費負担医療のみが2種併用される場合は、第1公費に係るものは左上部の該当欄に、第2公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

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総合支援法の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、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左上部の該当欄に、障害者総合支援法に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

- (6) 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が変更となった場合は、変更前の公費負担医療に係る分は第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分は第2公費として取り扱うものとする。

なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

2 「公費負担医療の受給者番号」欄について

- (1) 医療券等に記入されている受給者番号7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第3を参照）。
- (2) その他は、1の(2)から(6)までと同様であること。

3 「保険者番号」欄について

- (1) 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。
 - (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。
 - (3) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は「備考」欄に変更後の保険者番号を記載すること。
- 4 「被保険者証・被保険者手帳」欄の「記号・番号」欄（処方せんにあつては、「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄）について
- 健康保険被保険者証、国民健康被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「被保険者証等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。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。

第3 診療録の記載上の注意事項

1 「受診者」欄について

- (1) 「氏名」欄には、受診者の姓名を記載すること。
- (2) 「生年月日」及び「性別」欄には、受診者の生年月日を記載するとともに、性別の該当するものを○で囲むこと。
- (3) 「住所」欄には、受診者の住所及び電話番号を記載すること。
なお、電話番号については記載を省略しても差し支えないこと。
- (4) 「職業」欄には、受診者の職種名を記載すること。
なお、業務上の疑いがない場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。
- (5) 「被保険者との続柄」欄には、被保険者と受診者との続柄を記載すること。
なお、被扶養者であることが明らかである場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

2 「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について

被保険者証等の有効期限を記載すること。

3 「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載すること。

4 「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

5 「事業所（船舶所有者）」欄について

- (1) 「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- (2) 「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の名称を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

6 「保険者」欄について

- (1) 「所在地」欄には、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
 - (2) 「名称」欄には、被保険者が管掌されている保険者名を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- 7 「傷病名」欄について
- 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21年7月30日付保発0730第8号）別添3に規定する傷病名を用いること。
- 8 「職務」欄について
- (1) 「上」には、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に○で囲むこと。
 - (2) 「外」には、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に○で囲むこと。
- 9 「開始」欄について
- 受診者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載すること。
- 10 「終了」欄について
- 受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載すること。
- 11 「転帰」欄について
- 受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について該当するものを○で囲むこと。
- 12 「労務不能に関する意見」欄について
- (1) 「意見書に記入した労務不能期間」欄には被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載すること。
 - (2) 「意見書交付」欄には、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載すること。
- 13 「入院期間」欄について
- 保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載すること。
- 14 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について
- 業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合には、当該傷病名及び当該傷病原因を記載すること。
- 15 「備考」欄について
- 保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載すること。
- 16 「既往症・原因・主要症状・経過等」欄について
- 受診者の病歴、受診に係る傷病の原因、傷病に関する主要症状及び受診中の経過等について必要な事項を記載すること。
- 17 「処方・手術・処置等」欄について
- 受診者に対し行った診療行為について内容を記載すること。
- 18 「診療の点数等」欄について
- (1) 「月日」欄について
- 受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載すること。
- (2) 「種別」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った診療行為名を記載し、算定した点数を記載すること。
なお、「月日」欄と「種別」欄の配置を縦横逆にしても差し支えないこと。

(3) 「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数の合計を記載すること。

(4) 「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載すること。

(5) 「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

(6) 「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。

(7) 「備考」欄について

療養の給付等につき算定した点数の計等を記載すること。

19 その他

様式第1号(1)の2及び(1)の3を一葉にまとめること、(1)の3の記載事項を上下2欄に分けること等は差し支えないこと。

第4 歯科診療録の記載上の注意事項

1 「受診者」欄について

(1) 「氏名」欄は、受診者の姓名を記載する。

(2) 「生年月日」及び「性別」欄は、受診者の生年月日を記載し、該当する性別を○で囲む。

(3) 「住所」欄は、受診者の住所及び電話番号を記載する。

なお、電話番号は、記載を省略して差し支えない。

(4) 「職業」欄は、受診者の職種名を記載する。

なお、業務上の疑いがない場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

(5) 「被保険者との続柄」欄は、被保険者と受診者との続柄を記載する。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

2 「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について

被保険者証等の有効期限を記載する。

3 「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載する。

4 「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

5 「事業所（船舶所有者）」欄について

(1) 「所在地」欄は、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

(2) 「名称」欄は、被保険者の勤務する事業所の名称の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の名称の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

6 「保険者」欄について

- (1) 「所在地」欄は、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。
- (2) 「名称」欄は、被保険者が管掌されている保険者名の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。
- 7 「部位」欄について
傷病のある部位をそれぞれ記載する。
ただし、同一傷病名は、同一欄に一括して記載して差し支えない。
- 8 「傷病名」欄について
傷病名は、わが国で通常用いられている傷病名を記載する。
- 9 「職務」欄について
(1) 「上」は、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に○で囲む。
(2) 「外」は、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に○で囲む。
- 10 「開始」欄について
被保険者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載する。
- 11 「終了」欄について
受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載する。
- 12 「転帰」欄について
受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について該当するものを○で囲む。
- 13 「
上
右 ———— 左
下
」欄について
- (1) 予め歯の配列図等を印刷して差し支えない。
(2) 必要がある場合、口腔診察の所見等を記載する。
- 14 「〔主訴〕その他摘要」欄について
主訴及び参考となる事項を記載する。
- 15 「労務不能に関する意見」欄について
(1) 「意見書に記入した労務不能期間」欄は、被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載する。
(2) 「意見書交付」欄は、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載する。
- 16 「入院期間」欄について
保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載する。
- 17 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について
業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合は、当該傷病名及び当該傷病原因を記載する。
- 18 「備考」欄について
保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載する。
- 19 「月日」欄について
受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載する。

- 20 「療法・処置」欄について
受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに療法及び処置について必要な事項を記載する。
- 21 「点数」欄について
受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数を記載する。
- 22 「負担金徴収額」欄について
医療機関において徴収した負担金の額を記載する。
- 23 「食事療養・生活療養算定額」欄について
受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載する。
- 24 「標準負担額」欄について
食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載する。
- 25 その他
「受診者」欄を右欄に配置換えをする等は差し支えない。

第5 処方せんの記載上の注意事項

- 1 「患者」欄について
 - (1) 氏名
投薬を受ける者の姓名を記載すること。
 - (2) 生年月日
投薬を受ける者の生年月日を記載すること。
 - (3) 男・女
投薬を受ける者の性別について該当するものを○で囲むこと。
 - (4) 区分
該当するものを○で囲むこと。
- 2 「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。
- 3 「電話番号」欄について
保険医療機関の電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- 4 「保険医氏名[㊤]」欄について
処方せんを発行した保険医（以下「処方医」という。）が署名するか、又は処方医の姓名を記載し、押印すること。
- 4の2 「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」欄について
「都道府県番号」欄には、保険医療機関の所在する都道府県番号2桁（診療報酬明細書に記載する都道府県番号と同様の番号）を記載すること。「点数表番号」欄には、医科は1を、歯科は3を記載すること。「医療機関コード」欄には、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（診療報酬明細書に記載する医療機関コードと同様の番号）を記載すること。また、健康保険法第63条第3項第2号及び第3号に規定する医療機関については、「医療機関コード」欄に「999999」の7桁を記載すること。
- 5 「交付年月日」欄について
患者に処方せんを交付した年月日を記載すること。
- 6 「処方せんの使用期間」欄について

- (1) 交付の日を含めて4日以内の場合は、記載する必要がないこと。
- (2) 患者の長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合に、交付の日を含めて3日以内又は交付の日を含めて4日を超えた日より調剤を受ける必要がある場合には、年月日を記載すること。
この場合において、当該処方せんは当該年月日の当日まで有効であること。

7 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

- (1) 医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名（屋号）を付加しないこと。

なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、2以上の規格単位がある場合には、当該規格単位を併せて記載すること。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

- (2) 分量は、内服薬については1日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については1回分量を記載すること。
- (3) 用法及び用量は、1回当たりの服用（使用）量、1日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。特に湿布薬については、1回当たりの使用量及び1日当たりの使用回数、又は投与日数を必ず記載すること。

なお、保険薬局に分割調剤を指示する場合であって、全ての医薬品が分割調剤の対象でない場合には、分割調剤の対象となる医薬品が明確に分かるように記載すること。

- (4) 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針又は「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年3月厚生労働省告示第61号）の別表のIに規定されている特定保険医療材料）を保険薬局より支給させる場合は名称及びセット数等を記載すること。

- (5) 処方医が処方せんに記載した医薬品の一部又はすべてについて後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。

- (6) 処方医が処方せんに記載した医薬品のうち(5)に基づいて「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形（※）の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の

医薬品をいう。

ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

- (7) なお、内服薬の処方せんへの記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」（平成22年1月29日付医政発0129第3号・薬食発0129第5号）も参考にされたい。

8 「備考」欄について

- (1) 保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。
- (2) 麻薬を処方する場合には、麻薬取締法第27条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。
- (3) 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、その理由を記載すること。
- (4) 未就学者である患者の場合は「6歳」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者の場合は「高一」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって7割給付の患者の場合は「高7」と記載すること。
- (5) 処方医が、処方せんに記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

なお、後発医薬品を処方する際に、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載する場合においては、その理由を記載すること。

- (6) 入院中の患者以外の患者に対する処方について、患者の服薬管理が困難である等の理由により、保険薬局に分割調剤を指示する場合には、分割の回数及び当該分割ごとの調剤日数を記載すること。

なお、この場合において、保険薬局に指示しておくべき事項等があれば具体的に記載すること。

- (7) 1処方につき70枚を超えて湿布薬を投与する場合は、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。
- (8) 保険薬局が調剤時に患者の残薬を確認した際に、当該保険薬局に対して、「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」すること又は「保険医療機関へ情報提供」することを指示する場合には、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載すること。
- (9) 地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料を算定している患者について、保険薬局に対してその旨を情報提供するに当たって、処方せんへの書面の添付によらない場合には、当該加算を算定している旨を本欄に記載すること。

9 その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方せんに以下の事項を記載すること。

- (1) 「調剤済年月日」欄について

処方せんが調剤済となった場合の年月日を記載すること。その調剤によって、当該処方せんが調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方せんに記載すること。

(2) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について

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及び名称を記載すること。

(3) 「保険薬剤師氏名 ㊟」欄について

調剤を行った保険薬剤師が署名するか又は保険薬剤師の姓名を記載し、押印すること。

(4) その他次の事項を「備考」欄又は「処方」欄に記入すること。

ア 処方せんを交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方せんに記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容

イ 医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容

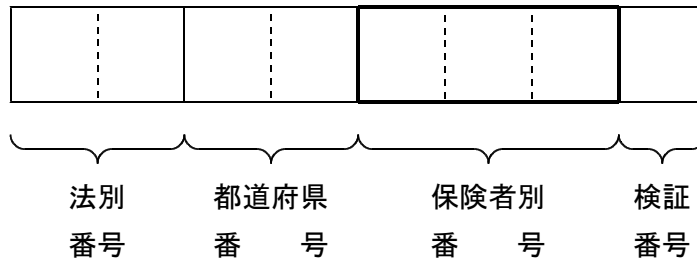
診療報酬請求書等一覧表

区 分		様式番号
診療報酬 請求書	医科・歯科、入院・入院外併用（国保の被保険者及び後期高齢者を除く）	様式第 1（1）
	医科、入院外（ " ）	"（2）
	歯科、入院外（ " ）	"（3）
	医科・歯科（国保の被保険者に限る）	様式第 6
	医科、歯科（後期高齢者に限る）	様式第 8
診療報酬 明細書	算定告示別表第 1（医科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（医科の例による場合）	入院 入院外 様式第 2（1） 様式第 2（2）
	算定告示別表第 2（歯科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（歯科の例による場合）	— 様式第 3
調剤報酬 請求書	（国保の被保険者及び後期高齢者を除く） （国保の被保険者に限る） （後期高齢者に限る）	様式第 4 様式第 7 様式第 9
調剤報酬 明細書	算定告示別表第 3（調剤）	— 様式第 5

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

第1 保険者番号

- 1 保険者番号は、次のように法別番号2桁、都道府県番号2桁、保険者(市町村)別番号3桁、検証番号1桁、計8桁の算用数字を組み合わせたものとする。ただし、国民健康保険(退職者医療を除く。)の保険者番号については、都道府県番号2桁、保険者(市町村)別番号3桁、検証番号1桁、計6桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 法別番号は、医療保険制度の各区分ごとに別表1の(1)に定める番号とする。
- 3 都道府県番号は、4の保険者等の所在地の都道府県ごとに別表2に定める番号とする。
- 4 保険者(市町村)別番号は、協会管掌健康保険にあっては協会の都道府県支部ごとに厚生労働省保険局が、船員保険にあっては厚生労働省保険局が、国民健康保険にあっては国民健康保険事業を行う市町村又は国民健康保険組合ごとに都道府県が、また、組合管掌健康保険にあっては健康保険組合(社会保険診療報酬支払基金に対して支払を行う従たる事務所を含む。)ごとに地方厚生(支)局が、後期高齢者医療にあっては後期高齢者医療広域連合が、共済組合及び自衛官等の療養の給付にあっては各主管官庁が定める番号とする。
- 5 検証番号は、次により算出した番号とする。
 - (1) 法別番号、都道府県番号及び保険者別番号の各数に末尾の桁を起点として順次2と1を乗じる。
 - (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は、1桁目と2桁目の数字の和とする。
 - (3) 10と(2)で算出した数字の下1桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、1の位の数か0のときは検証番号を0とする。

例

法別番号	都道府県番号	保険者(市町村)別番号	
0 6	1 3	0 4 ⑧	← 起点
× ×	× ×	× × ×	

2 1 2 1 2 1 2

$$0 + 6 + 2 + 3 + 0 + 4 + (1 + 6) = 22$$

$$\text{○}10 - 2 = \boxed{8} \text{ 検証番号}$$

- 6 保険者番号の管理は、厚生労働省保険局、都道府県知事、地方厚生（支）局、後期高齢者医療広域連合又は主管官庁において行うものとし、保険者番号の設定変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとする。ただし、国民健康保険にあっては、都道府県知事から所在地の国民健康保険団体連合会及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとし、後期高齢者医療にあっては、後期高齢者広域連合から社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に対して速やかに連絡するものとする。

第2 公費負担者番号

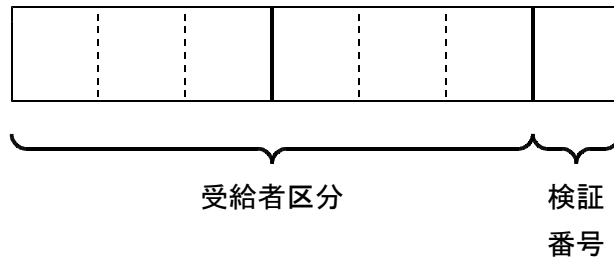
- 1 公費負担者番号は、次のように法別番号2桁、都道府県番号2桁、実施機関番号3桁、検証番号1桁、計8桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 法別番号は、公費負担医療制度の種類ごとに別表1の(3)に定める番号とする。
- 3 都道府県番号は、4の公費負担医療実施機関の所在地の都道府県ごとに、別表2に定める番号とする。
- 4 実施機関番号は、公費負担医療制度の種類ごとに公費負担医療主管行政庁又は公費負担医療実施機関が定める。
- 5 検証番号は、第1の5の例により定める。
- 6 公費負担者番号の管理は、各公費負担医療に係る第2の4の実施機関番号設定者において行うこととし、公費負担者番号の設定変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

第3 公費負担医療の受給者番号

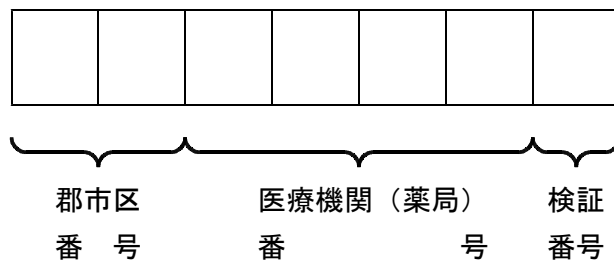
- 1 公費負担医療の受給者番号は、次のように受給者区分6桁、検証番号1桁、計7桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 受給者区分は、各公費負担医療の受給者ごとに公費負担医療主管行政庁若しくは公費負担医療実施機関が定める。
- 3 検証番号は、第1の5の例により定める。

第4 医療機関コード及び薬局コード

- 1 医療機関コード及び薬局コード（以下「医療機関等コード」という。）は、次のように郡市区番号2桁、医療機関（薬局）番号4桁、検証番号1桁、計7桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 郡市区番号は、都道府県ごとに、郡、市及び区を単位として、地方厚生（支）局長が定めるものとする。ただし、独立行政法人国立病院機構等の各施設を一般の医療機関等と区別する必要があるときは、地方厚生（支）局長において郡市区番号にかえて、これらを1単位とした2桁の番号を定めても差し支えないものとする。
- 3 医療機関（薬局）番号は、医療機関について、医科にあつては1,000から2,999、歯科にあつては3,000から3,999、薬局にあつては4,000から4,999の一連番号を前記2の郡市区ごとに、地方厚生（支）局長がこれを定めるものとする。ただし、4桁の医療機関（薬局）番号のうち、中2桁又は下2桁が90となる番号は欠番とするものとする。
 なお、医科と歯科が併設される医療機関にあつては、医科、歯科それぞれの医療機関番号を定めるものとする。
- 4 同一の医療機関及び薬局において、保険医療機関、保険薬局並びに公費負担医療を担当する医療機関及び薬局のうち、2以上の指定を受けているものについては、同一の医療機関等コードを付すものとする。
- 5 検証番号は、次により算出した番号とする。
 - (1) 都道府県番号、点数表番号、郡市区番号及び医療機関番号の各数に末尾の桁を起点として順次2と1を乗じる。この場合の都道府県番号は別表2に定める番号とし、また、点数表番号は医科1、歯科3、薬局4とするものとする。
 - (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は1桁目と2桁目の数字の和と

するものとする。

- (3) 10と(2)で算出した数字の下1桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、1の位の数が0のときは検証番号を0とする。

例

都道府県 番号	点数表 番号	郡市区 番号	医療機関(薬局) 番号
3 4	1	0 7	1 2 3 ⑥ ← 起点
×	×	×	×
2 1	2	1 2	1 2 1 2

$$6 + 4 + 2 + 0 + (1 + 4) + 1 + 4 + 3 + (1 + 2) = 28$$

$$\text{○}10 - 8 = \boxed{2} \text{ ----- 検証番号}$$

○医療機関等コード 07、1236、2

- 6 医療機関等コードの管理は、地方厚生(支)局長において行うものとし、医療機関等コードの変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

別表 1

法別番号及び制度の略称表

(1)

	区 分	法別番号	制度の略称	
社 会 の 保 険 保 険 制 度	全国健康保険協会管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）	01	（協会）	
	船員保険	02	（船）	
	日雇特例被保険者 の 保 険	○一般療養（法第129条、第131条及び第140条関係）	03	（日）
		○特別療養費（法第145条関係）	04	（日 特） 又は（特）
	組管掌健康保険	06	（組）	
	防衛省職員給与法による自衛官等の療養の給付（法第22条関係）	07	（自）	
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付	39	（高）	
	国家公務員共済組合	31	} （共）	
	地方公務員等共済組合	32		
	警察共済組合	33		
	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団	34		
	特定健康保険組合	63	} （退）	
	国家公務員特定共済組合	72		
	地方公務員等特定共済組合	73		
	警察特定共済組合	74		
公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団	75			

（注） 63・72～75は、特例退職被保険者、特例退職組合員及び特例退職加入者に係る法別番号である。

(2)

	区 分	法別番号
※	国民健康保険法による退職者医療	67

※ 国民健康保険制度

(3)

	区 分	法別番号	制度の略称	
公	戦傷病者特別 援護法による	○療養の給付（法第10条関係）	13	—
		○更生医療（法第20条関係）	14	—
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○認定疾病医療（法第10条関係）	18	—
	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による	○新感染症の患者の入院（法第37条関係）	29	—
費	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による医療の実施に係る医療の給付（法第81条関係）		30	—
	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による	○結核患者の適正医療（法第37条の2関係）	10	（感37の2）
負		○結核患者の入院（法第37条関係）	11	（結核入院）
	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による	○措置入院（法第29条関係）	20	（精29）
担	障害者総合支援法による	○精神通院医療（法第5条関係）	21	（精神通院）
		○更生医療（法第5条関係）	15	—
		○育成医療（法第5条関係）	16	—
		○療養介護医療（法第70条関係）及び基準該当療養介護医療（法第71条関係）	24	—
医	麻薬及び向精神薬取締法による入院措置（法第58条の8関係）		22	—

療 制 度	係)			
	感染症の予防及び 感染症の患者に対 する医療に関する 法律による	○一類感染症等の患者の入院(法第37条 関係)	28	(感染症入 院)
	児童福祉法による	○療育の給付(法第20条関係)	17	—
		○肢体不自由児通所医療(法第21条の5 の28関係)及び障害児入所医療(法第24 条の20関係)	79	—
	原子爆弾被爆者に 対する援護に関 する法律による	○一般疾病医療費(法第18条関係)	19	—
	母子保健法による養育医療(法第20条関係)		23	—
	児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援(法第19条の2 関係)		52	—
	難病の患者に対す る医療等に関する 法律による	○特定医療(法第5条関係)	54	—
	特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病 総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県 神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害 に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康 影響による治療研究費		51	—
	肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付		38	—
	児童福祉法の措置等に係る医療の給付		53	—
	石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給 (法第4条関係)		66	—
	特定B型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措 置法による定期検査費及び母子感染症防止医療費の支給(法		62	—

第12条第1項及び第13条第1項関係)		
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第14条第4項に規定する医療支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律附則第4条第2項において準用する場合を含む。）	25	—
生活保護法による医療扶助（法第15条関係）	12	（生保）

別表2

都道府県番号表

都道府県名	コード	都道府県名	コード	都道府県名	コード
北海道	01	石川	17	岡山	33
青森	02	福井	18	広島	34
岩手	03	山梨	19	山口	35
宮城	04	長野	20	徳島	36
秋田	05	岐阜	21	香川	37
山形	06	静岡	22	愛媛	38
福島	07	愛知	23	高知	39
茨城	08	三重	24	福岡	40
栃木	09	滋賀	25	佐賀	41
群馬	10	京都	26	長崎	42
埼玉	11	大阪	27	熊本	43
千葉	12	兵庫	28	大分	44
東京都	13	奈良	29	宮崎	45
神奈川県	14	和歌山	30	鹿児島	46
新潟	15	鳥取	31	沖縄	47
富山	16	島根	32		

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

別紙

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

「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。以下「一般記載要領」という。）別紙1のIと同様であること。

II 診療報酬明細書（様式第10）の記載要領

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙1のII第3の1の(1)、(2)、(4)及び(9)と同様であること。

- (1) 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件の診療報酬明細書（以下「明細書」という。）に併せて記載すること。
- (2) 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。高齢受給者証若しく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、月の途中にかかわらず上記変更が生じ、別の明細書を作成する場合、変更前の明細書の「出来高部分」欄及び変更後の明細書の「包括評価部分」欄にその旨（例 社本より国保 ○年○月○日）を記載すること。また、変更後の明細書に変更前の明細書の「患者基礎情報」欄及び「包括評価部分」欄の内容を記載すること。

2 明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙1のII第3の2の(1)から(9)まで、(11)から(13)まで、(33)から(35)まで及び(37)から(39)までと同様であること。この場合、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、入院分の記載に係る例によること。

(1) 「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。

(2) 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について

「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄には算定告示別表20に掲げる「診断群分類番号」並びに「傷病名」、「手術名」、「手術・処置等1」、「手術・処置等2」、「定義副傷病」及び「重症度等」の内容のうち該当するもの全て記載すること。

(3) 「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について

「傷病名」欄には診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名（医療資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名）」及びその対応する

ICDコード（5桁まで（5桁目が存在しない場合は4桁まで、4桁目が存在しない場合は3桁まで）。以下同じ。）を記載すること。「副傷病名」欄には、「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の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（平成28年3月18日保医発0318第2号）（以下、「留意事項通知」という。）の別添2定義テーブルに掲げる「定義副傷病」名及びその対応するICDコードを記載すること。

なお、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26年4月30日保発0430第1号）の別添3に規定する傷病名を用いること。また、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28年3月25日医療課事務連絡）（以下、「傷病名コードの統一の推進について」という。）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。

(4) 「今回入院年月日」欄について

入院年月日（DPC算定対象となる病棟等以外の病棟（以下「対象外病棟」という。）からDPC算定対象となる病棟等に転棟した場合は転棟年月日）を和暦により記載すること。また、退院時には診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定することとなった場合は当該入院の年月日を記載すること。

なお、診断群分類の上2桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して7日以内の再入院があった場合（再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に、定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げるICDコード以外のICDコードを選択した場合を含む。以下同じ。）には前回入院と一連の入院とみなした入院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした入院年月日を記載し、あわせて「摘要」欄に「特別」と記載すること。

(5) 「今回退院年月日」欄について

退院年月日を和暦により記載すること。ただし、診断群分類点数表等による診療報酬額の算定を終了する場合には、当該終了日を記載すること。

なお、診断群分類の上2桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して7日以内の再入院があった場合には、前回入院と一連の入院とみなした退院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした退院年月日を記載し、あわせて「摘要」欄に「特別」と記載すること。

(6) 「診療実日数」欄について

① 「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。

② 診療実日数は、入院日数を記載することとし、入退院日は、それぞれ1日として数えること。

なお、診断群分類の上2桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して7日以内の再入院があった場合には、当該退院日の翌日から再入院の前日までの日数は含めないこと。

(7) 「転帰」欄について

当該患者の退院時における転帰については、以下の左に掲げる状態に応じ、右の番号及び状態を記載すること。

医療資源を最も投入した傷病が治癒したと判断される場合	1 治癒
医療資源を最も投入した傷病が軽快したと判断される場合	2 軽快
医療資源を最も投入した傷病が寛解したと判断される場合	3 寛解
医療資源を最も投入した傷病が不変と判断される場合	4 不変
医療資源を最も投入した傷病が増悪したと判断される場合	5 増悪
医療資源を最も投入した傷病による死亡の場合	6 死亡
医療資源を最も投入した傷病以外による死亡の場合	7 外死亡
DPC算定対象となる病棟等以外又は入院日Ⅲを 超えている等に該当し対象外となった場合	9 その他

(8) 「傷病情報」欄について

① 「傷病情報」欄については、次に掲げるア及びイの事項については必ず記載し、ウからオまでの事項については該当がある場合は順次記載すること。「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、診断群分類区分の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は、記載する必要があること。この場合、「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、当月分の出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、重要なものからそれぞれ最大4つまで記載すること。退院時処方投与の原因となった傷病のうち、その発症が、診療報酬明細書の「傷病情報」欄に記載された傷病名及び該当する診断群分類区分と関連するものについては、傷病名を記載する必要はないものとする。

なお、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26年4月30日保発0430第1号）別添3に規定する傷病名を用いるとともに、併せてICDコードを用いること。また、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」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。

ア 「主傷病名」

医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として1つ記載すること。

イ 「入院の契機となった傷病名」

今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を1つ記載すること。

ウ 「医療資源を2番目に投入した傷病名」

医療資源を2番目に投入した傷病名を記載すること。

エ 「入院時併存傷病名」

入院時に併存している傷病名（重要なものから最大4つまで記載すること。ただし、3つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

オ 「入院後発症傷病名」

入院後に発症した傷病名（重要なものから最大4つまで記載すること。ただし、3つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

- ② 心身医学療法を算定する場合にあつては、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。なお、この際のICDコードは、身体的傷病に対応するコードによること。
- ③ 「転帰」欄に「7 外死亡」と記載した場合には、死亡診断書に記入した死因を記載すること。その際、傷病名の前に「死因」と明記すること。
- (9) 「入退院情報」欄について
- 「入退院情報」欄については、次に掲げる②の事項については必ず記載し、①、③及び④の事項については該当がある場合は順次記載すること。
- ① 「DPC算定対象となる病棟等以外の病棟移動の有無」について
- 対象外病棟へ転棟又は対象外病棟からDPC算定対象となる病棟等へ転棟した場合は、「有」と記載すること。
- ② 「予定・緊急入院区分」について
- 予め当該医療機関に入院すること（入院日）が決まってい、その日に入院した場合は「1 予定入院」、それ以外の場合は「2 緊急入院」と記載すること。ただし、緊急入院等の場合のうち、救急自動車又はドクターヘリにより搬入された場合は「3 緊急入院（2以外の場合）」と記載すること。
- ③ 「前回退院年月日」について
- 当該医療機関において入院歴がある場合は、前回の退院年月日を和暦で記載すること。
- なお、診断群分類の上2桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して7日以内の再入院があった場合には前回入院を一連の入院とみなし、それ以前の退院年月日を記載すること。
- ④ 「前回同一傷病での入院の有無」について
- 当該医療機関において、今回入院時の入院契機病名と前回入院時に最も医療資源を投入した傷病名が同一（診断群分類の上2桁が同一）である場合に「有」を記載すること。
- (10) 「診療関連情報」欄について
- 診断群分類区分を決定するために必要な以下の事項を記載すること。
- ① 入院時年齢、出生時体重、JCS（Japan Coma Scale）、Burn Index。
- ② 手術、手術・処置等1、手術・処置等2について、名称（医科点数表において区分・名称が定められている場合にあつては、その区分及び名称）及び実施日（実施予定として診断群分類区分を決定した場合には実施予定日）。
- なお、手術・処置等1及び手術・処置等2において、同一の処置等が複数回実施された場合には、実施日に代え、当該入院における処置等の開始日。
- ③ 診断群分類点数表における重症度等に該当する場合にあつては、重症度等。
- なお、010060脳梗塞においては、年齢、出生時体重等の「発症時期及びJCS」及び重症度等の「発症前RankinScale」、040080肺炎等においては、病態等分類の「市中肺炎への該当の有無」及び重症度等の「A-DROP スコア」。

（記載例）

※010060脳梗塞の場合

例1)

脳卒中発症4日目以降又は無症候性、かつ、JCS10未満
発症前RankinScale 3

例2)

JCS：0

脳卒中発症4日目以降7日目以内
発症前Rankin Scale 3

※040080肺炎等の場合

例1)

市中肺炎かつ15歳以上65歳未満

A-DROPスコア 0

例2)

入院時年齢：20歳

市中肺炎

A-DROPスコア 0

(11) 「包括評価部分」欄について

- ① 「包括評価部分」欄については、診断群分類点数表等に基づき、各月の算定式を記載すること。
(記載例参照)
- ② 入院月が複数月ある場合は、退院するまでの各月診療分を全て記載すること。
- ③ 退院月に適用する診断群分類区分が入院中の診断群分類区分と異なる場合は、退院月の「診療分」の下段に「調整分」と記載し、当該調整に係る調整点数を月毎に記載すること。その上で、退院月の診療分と調整分の合計点数を「〇月請求分」として記載すること。
- ④ 診療報酬改定日以降の診療報酬明細書については、診療報酬改定日以前の請求月分までの算定式の記載を省略して差し支えないこと。
- ⑤ 外泊した場合は、「外泊」と記載し、外泊した日を記載すること。また、連続した2日を超える場合は、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。なお、算定に当たっては、「出来高部分」欄に記載すること。
- ⑥ 診断群分類の上2桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して7日以内の再入院については、「7日以内の再入院までの日 〇日、〇日」、転棟した日から起算して7日以内の再転棟については、「7日以内の再転棟までの日 〇日、〇日」と記載すること。なお、当該診療年月の月末日に退院（転棟）した後、翌月7日以内に当該傷病名による再入院（転棟）を行う予定がある場合には、「翌月再入院（転棟）予定あり」と記載すること。

(記載例)

※ 入院日Ⅰ以下：入Ⅰ

入院日Ⅰを超えて入院日Ⅱ以下：入Ⅱ

入院日Ⅱを超えて入院日Ⅲ以下：入Ⅲ

1点未満については四捨五入

例1：脳腫瘍 頭蓋内腫瘍摘出術等 手術・処置等2 1あり 定義副傷病 なし

(4月3日入院、6月4日退院の場合)の例(6月診療分)

4月請求分	入Ⅰ 2,960×15=小計 … a
	入Ⅱ 2,188×13=小計 … b
	(a+b) × 4月医療機関別係数=合計
5月請求分	入Ⅱ 2,188×2=小計 … c

1	93	入Ⅲ	$1,727 \times 29 = \text{小計} \cdots d$
			$(c+d) \times 5 \text{月医療機関別係数} = \text{合計}$
		6月請求分	
		入Ⅲ	$1,727 \times 4 = \text{小計} \cdots e$
			$e \times 6 \text{月医療機関別係数} = \text{合計}$

例2：急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞

その他の手術あり 手術・処置等1 なし、1あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 あり

→ 急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞

その他の手術あり 手術・処置等1 5あり 手術・処置等2 なし

に変更の場合

（4月17日入院、5月3日診断群分類区分変更、5月12日退院の場合）の例

（5月診療分）

1	93	4月請求分	
		入Ⅰ	$3,045 \times 10 = \text{小計} \cdots a$
		入Ⅱ	$2,251 \times 4 = \text{小計} \cdots b$
			$(a+b) \times 4 \text{月医療機関別係数} = \text{合計} \cdots A$
		5月診療分	
		入Ⅱ	$2,209 \times 2 = \text{小計} \cdots c$
		入Ⅲ	$1,878 \times 10 = \text{小計} \cdots d$
			$(c+d) \times 5 \text{月医療機関別係数} = \text{合計} \cdots B$
		調整分	
		入Ⅰ	$2,989 \times 8 = \text{小計} \cdots e$
		入Ⅱ	$2,209 \times 6 = \text{小計} \cdots f$
			$((e+f) \times 4 \text{月医療機関別係数}) - A = \text{小計} \cdots C$
		5月請求分	$B + C = \text{合計}$

(12) 「出来高部分」欄について

① 算定した医科点数表における所定点数の名称及び点数を記載すること。なお、その記載は一般記載要領別紙1のⅡ第3の2の(20)から(32)までの例によるものとする。

② 特定入院料を算定する治療室に係る加算の記載については以下による。

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

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

イ 救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「今回入院年月日」の欄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記載すること。

ウ 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は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、出生時体重を記載すること。

③ 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月診療分までの間は、「摘要」欄に算定日を記載することとされている点数の規定に従い、「摘要」欄に算定日を記載すること。

(13) 明細書提出時における診療行為内容の添付について

- ① 明細書については、その診療行為の内容がわかる情報（以下「コーディングデータ」という。）を別添様式により添付すること。その場合の具体的な取扱いについては以下のとおりとする。

ア 明細書及びコーディングデータについては、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して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」により提出すること。ただし、それが困難な場合であって明細書を紙媒体により提出する場合についても、コーディングデータは別添様式により電子媒体にて提出すること。

イ コーディングデータについては、明細書の該当月における包括評価による算定を行った期間の診療行為、医薬品及び特定器材の情報（以下「診療行為等」という。）を医科点数表の項目に従い入力すること。なお、特定入院料等を算定している期間については、当該特定入院料等に包括される診療行為等のうち、コーディングに係る診療行為等も併せて入力すること。

- ② 診断群分類120290産科播種性血管内凝固症候群及び130100播種性血管内凝固症候群（以下「DIC」という。）によって請求する場合、以下の内容が記載された症状詳記を添付すること。

ア DICの原因と考えられる基礎疾患

イ 厚生労働省DIC基準によるDICスコア又は急性期DIC診断基準（日本救急医学会DIC特別委員会）によるDICスコア

ウ 入院期間中に実施された治療内容（DIC及びDICの原因と考えられる基礎疾患に対する治療を含む。）及び検査値等の推移

(14) その他について

- ① 「包括評価部分」欄及び「出来高部分」欄について、医療保険と公費負担医療の併用又は公費負担医療と公費負担医療の併用の場合は、左側から負担区分、診療行為の診療識別の順に、該当する「負担区分コード番号」（別表）及び「診療識別コード番号」（別表）を順次記載すること。

- ② 「出来高部分」欄の記載については、それぞれの診療行為を診療識別コード番号の昇順に順次記載すること。

- ③ 明細書の「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄及び「包括評価部分」欄並びに「出来高部分」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、「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄、「包括評価部分」欄、「出来高部分」欄の順に該当する所定の内容を記載し、続紙として、これを当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

- ④ 当該病院における入院医療について、同一月において診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合は、明細書を総括表とし、「医科入院（様式第2（一））」明細書若しくは明細書又はこれらの明細書と同じ大きさの用紙（以下「出来高明細書」という。）を続紙として添付し、1件の明細書を作成すること。この場合、総括表の記載方法は、一般記載要領別紙1のⅡ第3の2の（1）から（9）まで、（11）から（13）まで及び（18）並びに本通知Ⅱの2の（1）と同様に記載し、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄に当該明細書1件の請求

額等の合計額がわかるよう記載すること。

- ⑤ 留意事項通知の第2の1の(1)に規定する、診断群分類区分に該当しないと判断された患者等、診断群分類点数表により診療報酬を算定しない患者については、医科点数表に基づき算定することとなった理由を総括表の「出来高部分」欄（医科点数表に基づき費用を算定する日のみの月の場合は、出来高明細書の「摘要」欄）の最上部に記載し、当該患者のうち以下に該当するものに限り、併せてDPCコードを記載すること。

ア 五号告示第二号に該当した患者

イ 診断群分類点数表に定める入院日皿を超えた患者

ウ 医科点数表算定コードに該当した患者

なお、当該記載にあたっては、原則、「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」の別添1-1又は別添1-2により記載を行うものであること。

（参考：平成28年4月公表予定の記録条件仕様）

- ・ 別添1-1「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（医科用）」第1章の3の(4)の「ウ レセプト情報」
- ・ 別添1-2「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（DPC用）」第1章の3の(4)の「ウ レセプト総括情報」

（エ）包括評価対象外理由レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	"GR"を記録する。	平成28年9月診療分までの間記録を省略する。
医科点数表算定理由	数字	2	固定	医科点数表算定理由コード（別表）を記録する。	
DPCコード	英数	14	可変	1 医科点数表算定理由コード（別表）の「08：厚生労働大臣が別に定める者（告示別表一に掲げる薬剤）の患者であるため」、 「09：医科点数表算定コードに該当するため」及び「10：入院期間3を超えて入院しているため」に該当する場合は、別に定めるDPCコードを記録する。 2 DPCコードの"X"は半角大文字を記録する。 3 医科点数表算定理由コード（別表）の「01：入院後24時間以内に死亡したため」～「07：厚生労働大臣が別に定める者（短期滞在手術等基本料3）の患者であるため」に該当する場合は、記録を任意とする。	

別表 医科点数表算定理由コード

コード名	コード	内容
医科点数表算定理由コード	01	入院後24時間以内に死亡したため
	02	生後1週間以内に死亡したため
	03	評価療養又は患者申出療養を受ける患者であるため
	04	臓器移植を受ける患者であるため
	05	包括評価の対象とならない入院料を算定する患者であるため
	06	厚生労働大臣が別に定める者(特定の手術等)の患者であるため
	07	厚生労働大臣が別に定める者(短期滞在手術等基本料3)の患者であるため
	08	厚生労働大臣が別に定める者(告示別表一に掲げる薬剤)の患者であるため
	09	医科点数表算定コードに該当するため
	10	入院期間3を超えて入院しているため

- ⑥ 上記⑤の記載については、平成28年10月診療分より行うものとし、平成28年9月診療分より以前における診断群分類点数表により診療報酬を算定しない患者に係る記載においては、従前のおり、総括表の「出来高部分」欄に医科点数表に基づき費用を算定することとなった理由を具体的に記載すること。

(例)

算定告示第1項第1号に該当する患者 入院後24時間以内に死亡した患者又は生後1週間以内に死亡した新生児

同 第1項第2号に該当する患者 評価療養又は患者申出療養を受ける患者

同 第1項第3号に該当する患者 臓器の移植術を受ける患者

同 第1項第4号に該当する患者 包括評価の対象とならない入院料を算定する患者

同 第1項第5号に該当する患者 区分番号D x x xに掲げる〇〇〇を受ける患者、区分番号K x x xに掲げる〇〇〇を受ける患者、区分番号又は〇〇〇の薬剤を投与される患者

※「区分番号D x x xに掲げる〇〇〇」、「区分番号K x x xに掲げる〇〇〇」又は「〇〇〇の薬剤」には、「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第1項第5号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者」(平成28年厚生労働省告示第74号)に掲げる医科診療報酬点数表の区分番号及びその名称、別表一に掲げる薬剤名、別表二に掲げる医科診療報酬点数表の区分番号、手術・検査名、その実施日及び診断群分類番号を記載す

る。

同 別表17の診断群分類点数表に 医科点数表算定コード××××××××××××××××
該当しない患者 に該当する患者

※「医科点数表算定コード××××××××××××××××
××」には、留意事項通知別添1 診断群分類定義樹
形図に記載されている医科点数表算定コード（14桁
コード）を記載する。

なお、入院日Ⅲを超えて入院している患者につい
ては、直近に算定していた診断群分類番号を記載す
る。

⑦ 当該病院における入院医療について、同一月に診断群分類点数表等に基づき費用を算定する入
院医療が複数回ある場合は、④、⑤及び⑥の例により記載すること。

なお、総括表の「出来高部分」欄に入院医療が複数回となった理由を記載すること。

⑧ ④及び⑦の場合において、各種（減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超）のいずれかに○をする場合に
は、総括表及び明細書のいずれにも○をすること。

⑨ 入院中に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「出
来高部分」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、他医療機関の名称、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
療行為等の近傍に他と記載すること。

⑩ 留意事項通知の第3の1の（8）同一傷病での再入院に係る取り扱い①に規定する、直近の入
院における「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の診
断群分類の上2桁が異なる場合であって、直近の入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と
再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上2桁が同一である場合につい
ては、再入院時の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容と経過について「摘要」欄に記載
すること。

⑪ 留意事項通知の第3の1の（8）同一傷病での再入院に係る取り扱い②に規定する、化学療法
の実施日（予定日）及び化学療法の概要を「摘要」欄に記載すること。

⑫ 留意事項通知の第3の1の（10）地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟する場合
等の取り扱いに規定する、入院していた患者が退院の翌日から起算して7日以内に地域包括ケア
入院医療管理料を算定する病室に再入院（転室）する場合については、「入院の契機となった傷病
名」の診断群分類を決定し、「摘要」欄に記載すること。

なお、当該再入院（転室）が一連の入院に該当しない場合は、地域包括ケア入院医療管理料を
算定する病室への再入院（転室）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び
経過について「摘要」欄に記載すること。

(別 表)

・負担区分コード番号

		負担区分 コード番号	医療保険 (後期高齢者)	公費①	公費②	公費③	公費④		
医療 保 険 と 公 費 又 は 公 費 と 公 費 の 併 用	1者	1	○						
		5		○					
		6				○			
		B					○		
		C						○	
	2者	2	○	○					
		3	○			○			
		E	○				○		
		G	○					○	
		7		○	○				
		H		○			○		
		I		○				○	
		J				○	○		
		K				○		○	
		L					○	○	
		3者	4	○	○	○			
			M	○	○			○	
			N	○	○				○
	O		○			○	○		
	P		○			○		○	
	Q		○				○	○	
	R			○	○	○			
	S			○	○			○	
	T			○			○	○	
	U					○	○	○	
	4者		V	○	○	○	○		
		W	○	○	○			○	
		X	○	○			○	○	
		Y	○			○	○	○	
Z			○	○	○	○	○		
5者	9	○	○	○	○	○			

注1 ○は請求点数のある管掌（法別）である。

2 国民健康保険又は退職者医療については、医療保険を国民健康保険又は退職者医療と読み替える。

・ 診療識別コード番号

診 療 識 別	コード番号
初 診	11
医学管理	13
在 宅	14
内 服	21
屯 服	22
外 用	23
調 剤	24
麻 毒	26
調 基	27
投薬その他	28
皮下筋肉内	31
静 脈 内	32
注射その他	33
薬剤料減点	39
処 置	40
手 術	50
麻 酔	54
検査・病理	60
画像診断	70
そ の 他	80
入院基本料	90
特定入院料・その他	92
診断群分類	93
食事療養・標準負担額	97

別添様式

コーディングデータに係る記録条件仕様

平成28年4月版

目 次 (1 / 2)

	頁
光ディスク等を用いた費用の請求に関する事項	1
1 光ディスクに関する事項	1
(1) マグネットオプティカルディスク (MO)	1
ア 媒体関連仕様	1
(ア) 媒体及び物理フォーマット	1
(イ) 論理フォーマット	1
(ウ) ファイル構成	1
イ 情報表記仕様	1
(ア) 提出ファイルの構成	1
(イ) 提出ファイル構成イメージ	3
(ウ) レコード形式	4
(エ) 内容を表現する文字の符号	5
ウ 各種レコードの記録要領に関する事項	6
(ア) 医療機関情報	6
(イ) レセプト共通情報	7
(ウ) レセプト情報	9
(エ) コーディングデータ情報	11
(オ) 診療報酬請求書情報	12
(2) コンパクトディスク (CD-R)	13
ア 媒体関連仕様	13
(ア) 媒体及び物理フォーマット	13
(イ) 論理フォーマット	13
(ウ) ファイル構成	13
イ 情報表記仕様	13
(ア) 提出ファイルの構成	13
(イ) 提出ファイル構成イメージ	13
(ウ) レコード形式	13
(エ) 内容を表現する文字の符号	13
ウ 各種レコードの記録要領に関する事項	13
(ア) 医療機関情報	13
(イ) レセプト共通情報	13
(ウ) レセプト情報	13
(エ) コーディングデータ情報	13
(オ) 診療報酬請求書情報	13
2 フレキシブルディスク (FD) に関する事項	14
(1) 媒体関連仕様	14
ア 媒体及び物理フォーマット	14
(ア) 媒体	14
(イ) 物理フォーマット	14
イ 論理フォーマット	14
ウ ファイル構成	14
(2) 情報表記仕様	14
ア 提出ファイルの構成	14
イ 提出ファイル構成イメージ	14
ウ レコード形式	14
エ 内容を表現する文字の符号	14
(3) 各種レコードの記録要領に関する事項	14
ア 医療機関情報	14
イ レセプト共通情報	14
ウ レセプト情報	14
エ コーディングデータ情報	14
オ 診療報酬請求書情報	14

目 次 (2 / 2)

頁

別 表 各種コードに関する事項	1 5
別表 1 審査支払機関コード	1 5
別表 2 都道府県コード	1 6
別表 3 点数表コード	1 7
別表 4 診療科名コード	1 7
別表 5 年号区分コード	1 8
別表 6 レセプト種別コード (D P C)	1 9
別表 7 男女区分コード	2 0
別表 8 診療識別コード	2 1
別表 9 特定器材単位コード	2 2
別 添 電子媒体への表記	2 4

光ディスク等を用いたコーディングデータの提出に関する事項

保険医療機関から審査支払機関へのコーディングデータの提出を行う場合の厚生労働大臣の定める光ディスク若しくはフレキシブルディスクに係る規格及び厚生労働大臣の定める方式については、記録形式をMS-DOSフォーマットのCSV形式とする。

なお、提出については光ディスク等に所要の事項を記載したラベル（別添）を貼付する。

1 光ディスクに関する事項

(1) マグネットオプティカルディスク (MO)

ア 媒体関連仕様

(ア) 媒体及び物理フォーマット

J I S X 6 2 7 5 - 1 9 9 7 に適合する 9 0 m m 2 3 0 M B 又は J I S X 6 2 7 7 - 1 9 9 8 に適合する 9 0 m m 6 4 0 M B の光ディスクを使用する。

(イ) 論理フォーマット

光ディスクの論理フォーマットは J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に規定する情報記録方式に準拠する。

(ウ) ファイル構成

光ディスクのファイル構成は以下に規定するものを除き J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠する。

a ルートディレクトリのディレクトリ項目は以下のとおりとする。

(a) ボリュームラベル項目の有無は任意とする。

(b) サブディレクトリ指示項目はあってはならない。

(c) ディレクトリ項目のうち使用中のファイル項目を以下に示す。

文字位置	名 前	内 容
1 ~ 8	名前	“CODING”
9 ~ 1 1	拡張名	“DPC”
1 2	属性	(00) 又は (20)
1 3 ~ 2 2	予約	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 3 ~ 2 4	記録時刻	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 5 ~ 2 6	記録日付	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 7 ~ 2 8	先頭クラスタ番号	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 9 ~ 3 2	ファイル長	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠

注1 文字列は、記述する文字を引用符でくくって表現する。

2 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

b その他のディレクトリ項目はすべて空きディレクトリ項目でなければならない。

イ 情報表記仕様

(ア) 提出ファイルの構成

ファイルの構成は、次のとおりとする。

a ファイルは1ボリューム1ファイルとする。

b 1ボリュームに収まらないような保険医療機関単位のレセプトは、レセプト単位に分割して別ボリュームに記録する。

c ファイルは改行コードにより複数レコードに分割し、レコードの組み合わせにて構成する。

d レセプトファイルを構成するレセプトは、DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトとする。

区 分	内 容
DPCレセプト	診断群分類適用入院レセプト
総括対象DPCレセプト	総括レセプトの明細情報である診断群分類適用入院レセプト

なお、DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトは同一ファイルに記録する。

e ファイルは、医療機関情報、DPCレセプト、総括対象DPCレセプト及び診療報酬請求書情報により構成し、保険医療機関単位に医療機関情報、DPCレセプト又は総括対象DPC及び診療報酬請求書情報の順に記録する。

f 医療機関情報は、医療機関情報レコードにより構成する。

g 診療報酬請求書情報は、診療報酬請求書レコードにより構成する。

h DPCレセプトは、レセプト共通情報、レセプト情報及びコーディングデータ情報により構成する。

i 総括対象DPCレセプトは、レセプト共通情報、レセプト情報及びコーディングデータ情報により構成する。

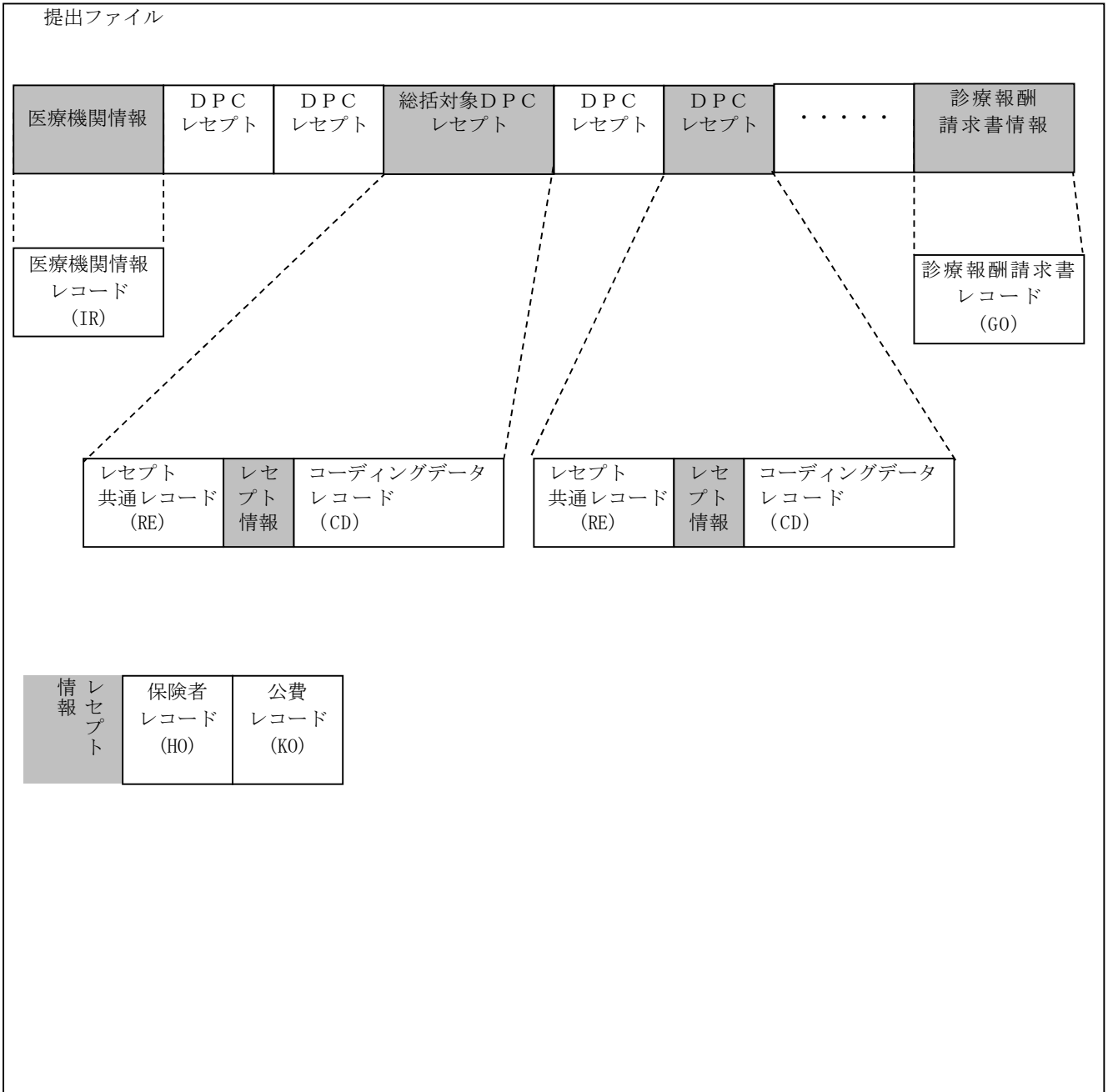
j レセプト共通情報は、レセプト共通レコードにより構成し、DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの先頭に記録する。

k レセプト情報は、保険者レコード及び公費レコード（複数記録可能）により構成し、レセプト種別に応じて必要なレコードの組み合わせにより、DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトに記録する。

l ファイル最終レコードの最終部分は、改行コードの後にファイルの終わりを示す1バイトの文字列（以下「EOFコード」という。）を記録する。

(イ) 提出ファイル構成イメージ

提出ファイル



(ウ) レコード形式

- a レコード形式は可変長レコードとし、各レコードの末尾には改行コードを入れる。
- b レコード内の各項目間は、コンマで区切る。（数値項目の編集に、位取り用のコンマを使用しない。）
- c 各項目は最大バイト数を規定し、項目形式が固定の項目については最大バイト数で記録し、可変の項目については有効桁（文字）までの記録とする。
 なお、有効桁（文字）以降に継続する“スペース”は記録しない。
 モード（項目形式）毎の文字種別及び詳細内容は次のとおりとする。

モード	項目形式	文字種別	詳細内容
数字	可変	半角数字	上位桁のゼロ及び小数点以下の下位桁のゼロを除いた数字（小数点以下が全てゼロの場合は小数点も除く）を記録する。 【記録例】 (誤) 「001」 → (正) 「1」 (誤) 「1.0」 → (正) 「1」 (誤) 「1.10」 → (正) 「1.1」 (誤) 「0.00」 → (正) 「0」
	固定	半角数字	最大バイト数で記録する。
英数	可変	半角英数	有効文字までの記録とする。
	固定	半角英数	最大バイト数で記録する。
漢字	可変	全角文字	有効文字までの記録とする。
	固定	全角文字	最大バイト数で記録する。

- d レコードの種類は、医療機関情報（医療機関情報レコード）、レセプト共通情報（レセプト共通レコード）、レセプト情報（保険者レコード及び公費レコード）、コーディングデータ情報（コーディングデータレコード）及び診療報酬請求書情報（診療報酬請求書レコード）とする。

- e 各レコードの先頭にはレコードの識別情報を記録する。

レコード種別	モード	バイト	識別情報	備考
医療機関情報レコード	英数	2	I R	保険医療機関単位データの先頭に記録必須
レセプト共通レコード			R E	該当レセプトの先頭に記録
レセプト情報 保険者レコード			H O	医療保険レセプトの場合に記録
レセプト情報 公費レコード			K O	公費負担医療レセプトの場合に記録
コーディングデータレコード			C D	包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報を出来高部分に係る診療行為の情報も含め記録
診療報酬請求書レコード			G O	保険医療機関単位データの最後に記録必須

- f 公費負担医療の併用の場合は公費レコードを複数記録し、「法別番号及び制度の略称表」（診療報酬請求書等の記載要領）に示す順番により、先順位の公費負担医療を第一公費として最初に記録し、後順位の公費負担医療を第二公費、第三公費、第四公費として順次記録する。

- g レセプト情報は、レセプト種別毎に必要なレコードを記録する。
 明細情報単位に記録が必要なレセプト情報は、次のとおりとする。

レセプト種別	保険者レコード	公費レコード
医療保険単独	○	×
医療保険と1～4種の公費負担医療の併用	○	○（1～4レコード記録）
公費負担医療単独	×	○（1レコード記録）
2～4種の公費負担医療の併用	×	○（2～4レコード記録）

注1 国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。

2 ○は記録必須を、×は記録不可を示す。

(エ) 内容を表現する文字の符号

内容を記録する文字の符号は、JISX0201-1976の8単位符号及びJISX0208-1983の附属書1にて規定されているシフト符号化表現（シフトJIS）によるものとする。

なお、内容を記録する文字以外の制御符号は、次のとおりとする。

符号名称	図形記号	16進数	バイト数	用途
コンマ	,	(2C)	1	項目の区切りを表現する。
引用符	"	(22)	1	使用しない。
改行コード		(0D) (0A)	2	レコードの区切りを表現する。
EOFコード		(1A)	1	ファイルの終わりを表現する。
疑問符（全角）	?	(81) (48)	2	使用しない。（JIS規定外コードが記録された場合、疑問符（全角）に置換する。）

注 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項

モードは入力する文字の種別、最大バイトは項目の最大バイト数、項目形式は項目長が固定長か可変長かを示す。

(ア) 医療機関情報

a 医療機関情報レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“IR” を記録する。	
審査支払機関	数字	1	固定	審査支払機関コード（別表1）を記録する。	
都道府県	数字	2	固定	保険医療機関の所在する都道府県コード（別表2）を記録する。	
点数表	数字	1	固定	点数表コード（別表3）“1”（医科）を記録する。	
医療機関コード	数字	7	固定	保険医療機関について定められた医療機関コードを記録する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
医療機関名称	漢字	40	可変	地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の名称を記録する。	
請求年月	数字	5	固定	1 請求年月を和暦で年号区分コード（別表5）を含めて記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予備	英数	15	可変	記録を省略する。	

注 GYMMのGは年号区分コード（別表5）、YYは和暦年、MMは月を示す。

(イ) レセプト共通情報

レセプト共通情報は、レセプトがDPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合に記録する。

a レセプト共通レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“RE”を記録する。	
レセプト番号	数字	6	可変	1 レコードが属するレセプト番号を記録する。 2 レセプト番号は、レセプト記録順に1から昇順に連続番号を記録する。	
レセプト種別	数字	4	固定	レセプト種別コード(別表6)を記録する。	
診療年月	数字	5	固定	1 診療年月を和暦で年号区分コード(別表5)を含めて記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
氏名	英数 又は 漢字	40	可変	1 姓名を記録する。 2 姓と名の間に1文字分の“スペース”を記録する。 3 モード毎の文字数の上限は次のとおりとする。 英数:40文字 漢字:20文字 4 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。	
男女区分	数字	1	固定	男女区分コード(別表7)を記録する。	
生年月日	数字	7	固定	1 生年月日を和暦で年号区分コード(別表5)を含めて記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
入院年月日	数字	7	固定	1 今回入院年月日を和暦で年号区分コード(別表5)を含めて記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
予 備	英数	8	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	英数	10	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	4	可変	記録を省略する。	
カルテ番号等	英数	20	可変	カルテ番号又は患者ID番号等を記録する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
診療科コード	数字	2	可変	1 診療科を記録する場合は、別に定める診療科名コード(別表4)を記録する。 2 診療科の記録は任意とする。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3 0	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	5	可変	記録を省略する。	
予 備	英数 又は 漢字	4 0	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	

注 GYYMM(DD)のGは年号区分コード(別表5)、YYは和暦年、MMは月、DDは日を示す。

(ウ) レセプト情報

レセプト情報は、レセプトがDPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合に記録する。

a 保険者レコード

項目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“H0”を記録する。	
保険者番号	英数	8	固定	1 保険者番号を記録する。 2 保険者番号が8桁に満たない場合は、先頭から“スペース”を記録し、8桁で記録する。	
被保険者証（手帳）等の 記号	英数 又は 漢字	38	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の記号を記録する。 2 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。 3 番号のみ設定されている場合は、記録を省略する。	記号と番号を合わせた文字数の上限は、モード毎に次のとおりとする。 英数：19文字 漢字：19文字
被保険者証（手帳）等の 番号	英数 又は 漢字	38	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の番号を記録する。 2 後期高齢者被保険者証の被保険者番号を記録する。 3 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	英数	8	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	5	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	8	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	英数	9	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	6	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	8	可変	記録を省略する。	

b 公費レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考	
レコード識別情報	英数	2	固定	“KO”を記録する。		
公費負担医療	負担者番号	英数	8	固定	医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記録する。	
	受給者番号	数字	7	可変	1 医療券等に記入されている受給者番号7桁を記録する。 2 受給者番号が7桁に満たない場合は、先頭から“0”を記録し、7桁で記録する。 3 医療観察法（法別30）の場合は、記録を省略する。	
	予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。		
予備	英数	8	可変	記録を省略する。		
予備	英数	8	可変	記録を省略する。		
予備	数字	6	可変	記録を省略する。		
予備	英数	6	可変	記録を省略する。		
予備	数字	5	可変	記録を省略する。		
予備	数字	2	可変	記録を省略する。		
予備	数字	8	可変	記録を省略する。		
予備	数字	8	可変	記録を省略する。		

(エ) コーディングデータ情報

コーディングデータ情報は、レセプトがDPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合、「診療識別の昇順」に記録する。

コーディングデータレコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“CD”を記録する。	
実施年月日	数字	7	固定	1 実施年月日を和暦で年号区分コード(別表5)を含めて記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
診療識別	数字	2	固定	診療識別コード(別表8)を記録する。	
順序番号	数字	4	可変	診療識別及び一連の行為毎に昇順に番号を記録する。	
行為明細番号	数字	3	可変	順序番号毎の行為明細単位に昇順に番号を記録する。	
レセプト電算処理システム用コード	数字	9	固定	診療行為コード(入院料、食事療養費、生活療養費及び標準負担額は除く)、医薬品コード又は特定器材コードを記録する。	
使用量	数字	11	可変	1 医薬品又は特定器材の場合は、使用量を記録する。 2 整数部5桁、小数部5桁として、整数部と小数部は小数点で区切り記録する。 3 使用量を記録しない場合は、記録を省略する。	
数量データ	数字	8	可変	1 数量データの記録が必要な診療行為の場合は、数量データを記録する。 2 数量データを記録しない場合は、記録を省略する。	
単位コード	数字	3	可変	1 特定器材の場合は、特定器材単位コード(別表9)を記録する。 2 単位が規定されている特定器材コードの場合は、記録を省略しても差し支えない。 3 酸素の補正率等、単位コードを記録しない場合は、記録を省略する。 4 診療行為又は医薬品の場合は、記録を省略する。	
回数	数字	3	可変	診療行為、医薬品及び特定器材の回数を記録する。	
特定器材名称	漢字	254	可変	1 未コード化特定器材の場合は、告示名を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	未コード化特定器材の記録については、平成29年3月診療分までの間とする。

注 GYMMDDのGは年号区分コード(別表5)、YYは和暦年、MMは月、DDは日を示す。

(オ) 診療報酬請求書情報
診療報酬請求書レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“G0”を記録する。	
総件数	数字	6	可変	レセプト共通レコードの最終レコードのレセプト番号を記録する。	
予 備	英数	10	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	

(2) コンパクトディスク (CD-R)

ア 媒体関連仕様

(ア) 媒体及び物理フォーマット

J I S T S X 0 0 2 5 - 2 0 0 5 の規格に適合する 1 2 0 mm コンパクトディスクを使用する。

(イ) 論理フォーマット

論理フォーマットは I S O 9 6 6 0 形式 (レベル 1) に準拠する。

書き込みは、ディスクアットワンス (シングルセッション方式) 方式とする。

(ウ) ファイル構成

第 1 章-1-(1)-ア-(ウ) の「マグネットオプティカルディスク」の「ファイル構成」と同じ。

イ 情報表記仕様

(ア) 提出ファイルの構成

第 1 章-1-(1)-イ-(ア) の「マグネットオプティカルディスク」の「提出ファイルの構成」と同じ。

(イ) 提出ファイル構成イメージ

第 1 章-1-(1)-イ-(イ) の「マグネットオプティカルディスク」の「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

(ウ) レコード形式

第 1 章-1-(1)-イ-(ウ) の「マグネットオプティカルディスク」の「レコード形式」と同じ。

(エ) 内容を表現する文字の符号

第 1 章-1-(1)-イ-(エ) の「マグネットオプティカルディスク」の「内容を表現する文字の符号」と同じ。

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項

(ア) 医療機関情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(ア) の「マグネットオプティカルディスク」の「医療機関情報」と同じ。

(イ) レセプト共通情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(イ) の「マグネットオプティカルディスク」の「レセプト共通情報」と同じ。

じ。

(ウ) レセプト情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(ウ) の「マグネットオプティカルディスク」の「レセプト情報」と同じ。

(エ) コーディングデータ情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(エ) の「マグネットオプティカルディスク」の「コーディングデータ情報」と同じ。

(オ) 診療報酬請求書情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(オ) の「マグネットオプティカルディスク」の「診療報酬請求書情報」と同じ。

2 フレキシブルディスク（FD）に関する事項

(1) 媒体関連仕様

ア 媒体及び物理フォーマット

(ア) 媒体

J I S X 6 2 2 3 - 1 9 8 7 の規格に適合するフレキシブルディスクを使用する。

(イ) 物理フォーマット

物理フォーマットは J I S X 6 2 2 5 - 1 9 9 5 に規定する情報記録方式に準拠する。

イ 論理フォーマット

論理フォーマットは J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に規定する情報記録方式に準拠する。

ウ ファイル構成

第1章-1-(1)-ア- (ウ) の「マグネットオプティカルディスク」の「ファイル構成」と同じ。

(2) 情報表記仕様

ア 提出ファイルの構成

第1章-1-(1)-イ- (ア) の「マグネットオプティカルディスク」の「提出ファイルの構成」と同じ。

イ 提出ファイル構成イメージ

第1章-1-(1)-イ- (イ) の「マグネットオプティカルディスク」の「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

ウ レコード形式

第1章-1-(1)-イ- (ウ) の「マグネットオプティカルディスク」の「レコード形式」と同じ。

エ 内容を表現する文字の符号

第1章-1-(1)-イ- (エ) の「マグネットオプティカルディスク」の「内容を表現する文字の符号」と同じ。

(3) 各種レコードの記録要領に関する事項

ア 医療機関情報

第1章-1-(1)-ウ- (ア) の「マグネットオプティカルディスク」の「医療機関情報」と同じ。

イ レセプト共通情報

第1章-1-(1)-ウ- (イ) の「マグネットオプティカルディスク」の「レセプト共通情報」と同じ。

ウ レセプト情報

第1章-1-(1)-ウ- (ウ) の「マグネットオプティカルディスク」の「レセプト情報」と同じ。

エ コーディングデータ情報

第1章-1-(1)-ウ- (エ) の「マグネットオプティカルディスク」の「コーディングデータ情報」と同じ。

オ 診療報酬請求書情報

第1章-1-(1)-ウ- (オ) の「マグネットオプティカルディスク」の「診療報酬請求書情報」と同じ。

各種コードに関する事項

別表1 審査支払機関コード

コード名	コード	内容
審査支払機関コード	1	社会保険診療報酬支払基金
	2	国民健康保険団体連合会

別表2 都道府県コード

コード名	コード	内容
	01	北海道
	02	青森
	03	岩手
	04	宮城
	05	秋田
	06	山形
	07	福島
	08	茨城
	09	栃木
	10	群馬
	11	埼玉
	12	千葉
	13	東京
	14	神奈川県
	15	新潟
	16	富山
	17	石川
	18	福井
	19	山梨
	20	長野
	21	岐阜
	22	静岡
	23	愛知
都道府県コード	24	三重
	25	滋賀
	26	京都
	27	大阪
	28	兵庫
	29	奈良
	30	和歌山
	31	鳥取
	32	島根
	33	岡山
	34	広島
	35	山口
	36	徳島
	37	香川
	38	愛媛
	39	高知
	40	福岡
	41	佐賀
	42	長崎
	43	熊本
	44	大分
	45	宮崎
	46	鹿児島
	47	沖縄

別表3 点数表コード

コード名	コード	内容
点数表コード	1	医科

別表4 診療科名コード

コード名	コード	内容		
診療科名コード	診療科コード	01	内科	
		02	精神科	
		09	小児科	
		10	外科	
		19	皮膚科	
		20	泌尿器科	
		23	産婦人科（産科又は婦人科）	
		26	眼科	
		27	耳鼻いんこう科	
		30	放射線科（放射線診断科又は放射線治療科）	
		31	麻酔科	
		34	アレルギー科	
		35	リウマチ科	
		36	リハビリテーション科	
		37	病理診断科	
		38	臨床検査科	
		39	救急科	
		経過措置診療科コード	03	神経科
			04	神経内科
	05		呼吸器科	
	06		消化器科	
	07		胃腸科	
	08		循環器科	
	11		整形外科	
	12		形成外科	
	13		美容外科	
	14		脳神経外科	
	15		呼吸器外科	
	16		心臓血管外科	
	17		小児外科	
	18		皮膚泌尿器科	
	21		性病科	
	22		こう門科	
	24		産科	
	25		婦人科	
	28		気管食道科	
	33		心療内科	

注 経過措置診療科コードとは、医療法施行令附則（平成20年2月27日政令第36号）の第二条に掲げる診療科である。

別表5 年号区分コード

コード名	コード	内容
年号区分コード	1	明治
	2	大正
	3	昭和
	4	平成

別表6 レセプト種別コード (DPC)

コード名	コード	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
レセプト 種別 (DPC)	1111	医科・医保単独 ・本人 ・入院	医科・国保単独 ・世帯主 ・入院
	1113	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1115	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・ その他 ・入院
	1117	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1119	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院
	1121	〃 ・ 医保と1種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・ 国保と1種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1123	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1125	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・ その他 ・入院
	1127	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1129	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院
	1131	〃 ・ 医保と2種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・ 国保と2種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1133	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1135	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・ その他 ・入院
	1137	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1139	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院
	1141	〃 ・ 医保と3種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・ 国保と3種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1143	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1145	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・ その他 ・入院
	1147	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1149	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院
	1151	〃 ・ 医保と4種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・ 国保と4種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1153	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1155	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・ その他 ・入院
	1157	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1159	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院
	1211	〃 ・ 公費単独 ・入院	—————
	1221	〃 ・ 2種の公費併用 ・入院	—————
	1231	〃 ・ 3種の公費併用 ・入院	—————
	1241	〃 ・ 4種の公費併用 ・入院	—————
	1317	〃 ・ 後期高齢者単独 ・一般・低所得者・入院	医科・後期高齢者単独 ・一般・低所得者・入院
	1319	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院
	1327	〃 ・ 後期高齢者と1種の公費併用 ・一般・低所得者・入院	〃 ・ 後期高齢者と1種の公費併用 ・一般・低所得者・入院
	1329	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院
	1337	〃 ・ 後期高齢者と2種の公費併用 ・一般・低所得者・入院	〃 ・ 後期高齢者と2種の公費併用 ・一般・低所得者・入院
	1339	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院
	1347	〃 ・ 後期高齢者と3種の公費併用 ・一般・低所得者・入院	〃 ・ 後期高齢者と3種の公費併用 ・一般・低所得者・入院
	1349	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院
	1357	〃 ・ 後期高齢者と4種の公費併用 ・一般・低所得者・入院	〃 ・ 後期高齢者と4種の公費併用 ・一般・低所得者・入院
	1359	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院

コード名	コード	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
レセプト 種別 (DPC)	1411	_____	医科・退職者単独 ・本人 ・入院
	1413	_____	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1415	_____	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院
	1421	_____	〃 ・退職者と1種の公費併用・本人 ・入院
	1423	_____	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1425	_____	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院
	1431	_____	〃 ・退職者と2種の公費併用・本人 ・入院
	1433	_____	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1435	_____	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院
	1441	_____	〃 ・退職者と3種の公費併用・本人 ・入院
	1443	_____	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1445	_____	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院
	1451	_____	〃 ・退職者と4種の公費併用・本人 ・入院
	1453	_____	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1455	_____	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院

別表7 男女区分コード

コード名	コード	内容
男女区分コード	1	男
	2	女

別表8 診療識別コード

コード名	コード		
診療識別コード	11	初診	
	13	医学管理	
	14	在宅	
	21	投薬	内服
	22		屯服
	23		外用
	24		調剤
	26		麻毒
	27		調基
	28		投薬その他
	31		注射	皮下筋肉内
	32	静脈内	
	33	注射その他	
	39	薬剤料減点	
	40	処置	
	50	手術	
	54	麻酔	
	60	検査・病理	
	70	画像診断	
	80	その他	

別表9 特定器材単位コード

コード名	コード	内容
特定器材単位コード	001	分
	002	回
	003	種
	004	箱
	005	巻
	006	枚
	007	本
	008	組
	009	セット
	010	個
	011	裂
	012	方向
	013	トローチ
	014	アンプル
	015	カプセル
	016	錠
	017	丸
	018	包
	019	瓶
	020	袋
	021	瓶(袋)
	022	管
	023	シリンジ
	024	回分
	025	テスト分
	026	ガラス筒
	027	桿錠
	028	単位
	029	万単位
	030	フィート
	031	滴
	032	mg
	033	g
	034	kg
	035	cc
	036	mL
	037	L
	038	mLV
	039	バイアル
	040	cm
	041	cm ²
	042	m
	043	μCi
	044	mCi
	045	μg

コード名	コード	内容
特定器材単位コード	046	管(瓶)
	047	筒
	048	GBq
	049	MBq
	050	KBq
	051	キット
	052	国際単位
	053	患者当り
	054	気圧
	055	缶
	056	手術当り
	057	容器
	058	mL (g)
	059	ブリスター
	060	シート

電子媒体への表記

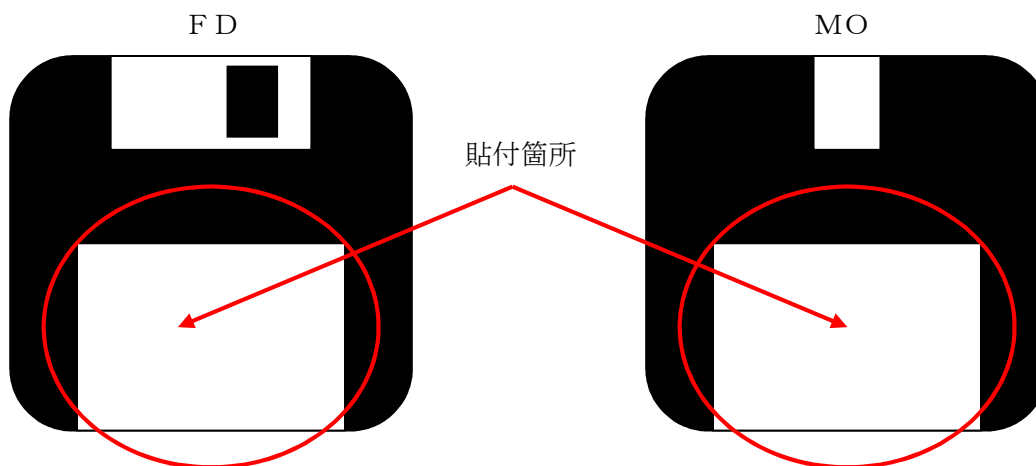
電子媒体への表記については、ファイル名（コーディングデータ）、医療機関コード、保険医療機関名称、診療月分及び提出年月日並びに支払基金又は国保連の別を記載する。

1 FD・MOへの貼付ラベル

コーディングデータ				
医療機関コード				
保険医療機関名称				
診療月分	年	月分		
提出年月日	年	月	日	

支払基金
・
国保連

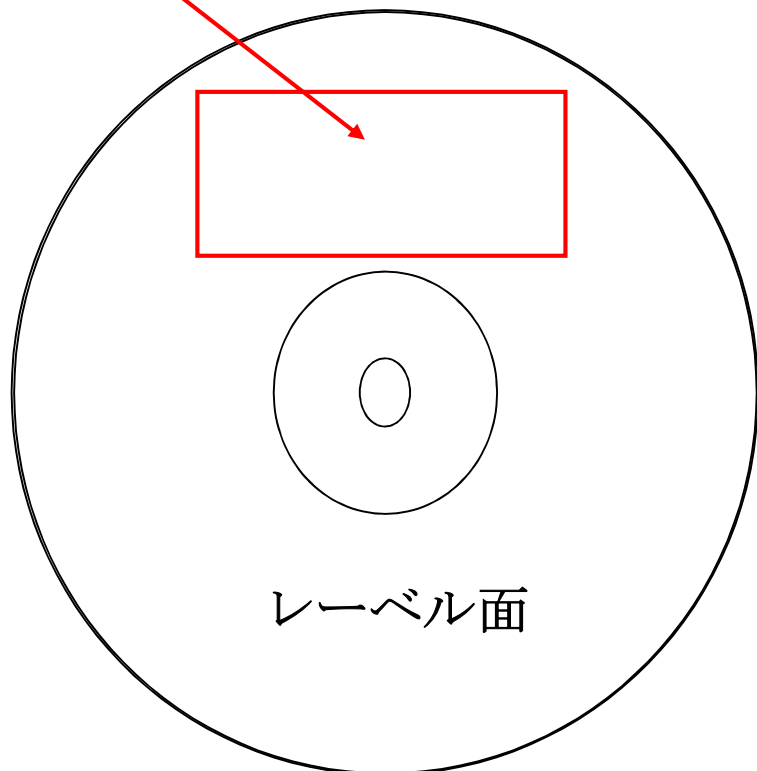
FD及びMOへのラベルの貼付箇所



2 CD-Rへの表記

レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入すること。

コーディングデータ			
医療機関コード			
保険医療機関名称			
診療月分	年	月分	
提出年月日	年	月	日
支払基金		・	国保連



「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）

別紙

訪問看護療養費請求書等の記載要領

I 一般的事項

- 1 訪問看護療養費請求書及び訪問看護療養費明細書（以下「請求書等」という。）については、
「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条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28年厚生労働省告示第92号）による改正後の
「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条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127号）に定める様式により扱うものであること。
- 2 請求書等の用紙の大きさは日本工業規格A列4番とし、白色紙黒色刷りとすること。
ただし、電子計算機により作成する場合にあっては、日本工業規格A列4番と±6mm（縦方向）、+6mmから-4mm（横方向）程度の差は差し支えないものであること。
- 3 請求書等は、次の表の区分によるものであること。

訪問看護療養費請求書	国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者に係るものを除く場合	様式第一
	国民健康保険の被保険者に係るものの場合	様式第二
	後期高齢者医療の被保険者に係るものの場合	様式第三
訪問看護療養費明細書		様式第四

- 4 訪問看護療養費を請求しようとするときは、指定訪問看護事業者（以下「事業者」という。）の当該指定に係る事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）ごとに様式第一、様式第二又は様式第三の訪問看護療養費請求書（以下「請求書」という。）に様式第四の訪問看護療養費明細書（以下「明細書」という。）を添えて都道府県社会保険診療報酬支払基金又は都道府県国民健康保険団体連合会（以下「審査支払機関」という。）に提出すること。
- 5 同一の指定訪問看護の利用者が指定訪問看護の終了した月と同一の月に再度指定訪問看護の利用を開始した場合においては、1枚の明細書にまとめて記載すること。
- 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。月の途中において給付割合の変更があった場合、又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号、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。

- 7 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、それぞれに係る指定訪問看護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。
- 8 電子計算機の場合は、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することとして差し支えないこと。
- 9 請求書等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、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。

II 請求書等の記載要領

第1 請求書に関する事項（様式第一関係）

1 「平成 年 月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。したがって、年月の異なる指定訪問看護に係る明細書がある場合には、それぞれの指定訪問看護が行われた年月分について請求書を作成すること。

なお、指定訪問看護が行われた年月の異なる明細書でも、返戻分の再請求等やむを得ない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 「ステーションコード」欄について

別添1「訪問看護ステーションコード設定要領」により、それぞれの訪問看護ステーションについて定められた訪問看護ステーションコード7桁を記載すること。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村（特別区を含む。）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

当該請求書を提出する年月日を記載すること。

- 5 「訪問看護ステーションの所在地及び名称、指定訪問看護事業者氏名、**印**」欄について
- (1) 訪問看護ステーションの所在地及び名称並びに指定訪問看護事業者氏名については、事業者の指定申請の際に地方厚生（支）局長に届け出た当該訪問看護ステーションの所在地、名称及び事業者名を記載すること。
 - (2) **印**については、当該様式に、予め訪問看護ステーションの所在地、名称及び事業者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、事業者自体で請求書用紙の調製をしない場合において、訪問看護ステーションの所在地、名称及び事業者名及び印のゴム印等を製作の上、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) 訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち訪問看護に係る分及び訪問看護単独の者に係る明細書について記載することとし、訪問看護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「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」欄には明細書の訪問看護に係る件数の合計を、「日数」欄には明細書の訪問看護の「実日数」欄の「保険」の項の日数の合計を、「金額」欄には明細書の「合計」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「負担金額」欄には明細書の「合計」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。
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）」の「小計」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。
- 7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について
- (1) 指定訪問看護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「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、指定訪問看護と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総合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) 「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」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。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、「医保」又は「公費①」の項に係る「請求」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。
- (4) 「控除額」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「負担金額」の項に記載されている金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

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、例えば生活保護法に係る分とその他の公費負担医療に係る分とを併せて請求する場合には、「

12(生保)

」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総合支援法の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) 「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」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。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」の項に記載した金額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「医保」の「請求」の項の金額を合計して記載すること。
- (4) 「控除額」欄の記載方法は、7の(4)と同様であること。

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分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号は、別添2「法別番号及び制度の略称表」に示すとおり

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) 「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」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。
- (4) 「控除額」欄の記載方法は、7の(4)と同様であること。

10 「②合計」欄について

「公費と医保の併用」欄、「公費と公費の併用」欄及び「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」欄及び「② 合計」欄の請求件数の合計を記載すること。

第1の2 請求書に関する事項（様式第三関係）

「後期高齢者医療」欄について

- (1) 訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち訪問看護に係る分及び訪問看護単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 「件数」欄、「日数」欄及び「金額」欄については、Ⅱの第1の6の(2)と同様であること。

第2 明細書に関する事項（様式第四）

1 「平成 年 月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。

2 「都道府県番号」欄について

「保険者番号の設定について」（昭和51年8月7日保発第45号、庁保発第34号厚生省保険、公衆衛生、薬務、社会、児童家庭、援護局長、社会保険庁医療保険部長連名通知）の別表に掲げる都道府県番号表に従い、訪問看護ステーションの所在する都道府県の番号を記載すること。

3 「訪問看護ステーションコード」欄について

Ⅱの第1の2と同様であること。

4 「6訪問」における「1 社・国 2 公費 3 後期 4 退職」（以下「保険種別1」という。）、「1 単独 2 2併 3 3併」（以下「保険種別2」という。）及び「2 本人

4 「六歳 6 家族」欄について

- (1) 「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、該当する番号を○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

- (2) 「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、以下の左に掲げる種別に応じ、該当する番号を○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ものであること。

- (3) 「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「4」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「8」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 本人」（若しくは「2 本」）、「4 六歳」（若しくは「4 六」）、「6 家族」（若しくは「6 家」）、「8 高齢一」（若しくは「8 高一」）又は「0 高齢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	.....	2	本人
4 未就学者	.....	4	六歳
6 家族	.....	6	家族
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者	.....	8	高齢一
0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付	.....	0	高齢7

- (4) 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

- (1) 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（「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。以下「記載要領等」という。）の別添2（以下「設定要領」という。）の(1)を参照）。
- (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」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

- (1) 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。
- (2) 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、記載枠に入りきらない等の場合は、（ ）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

- (1) 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（設定要領の(2)を参照）。
- (2) 別添2「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者番号を「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者番号を「第2公費」という。）記載すること。
- (3) 保険者番号及び受給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（設定要領の(3)を参照）。

10 「氏名」欄について

(1) 指定訪問看護を受けた者の姓名を記載すること。ただし、健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団法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。

(2) 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」又は「2 女」と記載しても差し支えないこと。

(3) 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」又は「4 平」と記載すること。

(4) 訪問した住所は、都道府県名から記載すること。なお、集合住宅等の場合は部屋番号までを記載すること。

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。

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）

12 「特記」欄について

次の表の内容に該当する特記事項を記載する場合は、略称を記載すること。

なお、電子計算機の場合はコードと略称を記載すること。

コード	略称	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条及び高齢者の医療の確保に関する法律施行令（昭和57年政令第293号）第15条に規定する額を超える場合
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。)
04	後保	公費負担医療単独及び公費負担医療併用の場合、請求金額を訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法によった場合
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
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って、現物給付化することが困難な場合を除く。)
17	上位	70歳以上で「標準報酬月額28万円以上(国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては課税所得145万円以上)の世帯」の適用区分(Ⅳ)の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく医療受給者証(以下「特定医療費受給者証」という。)又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
18	一般	70歳以上で「標準報酬月額26万円以下(国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては課税所得145万円未満)の世帯」の適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
19	低所	70歳以上で「低所得者の世帯」の適用区分(Ⅰ又はⅡ)の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者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
21	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っ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。)であつて、当該後期高齢者医療の被保険者が75歳に到達した月に訪問看護を受けた者の場合
26	区ア	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の限度額適用認定証(適用区分が(ア))が提示された場合 ② 「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超)の世帯」の適用区分(ア)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示さ

		れた場合
27	区イ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示された場合 ② 「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合
28	区ウ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ））が提示された場合 ② 「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合
29	区エ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示された場合 ② 「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合
30	区オ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「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（適用区分が（オ））が提示された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合

13 「訪問看護ステーションの所在地及び名称」欄について

事業者の指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た当該訪問看護ステーションの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。

14 「心身の状態」欄について

指定訪問看護の利用者の心身の状態を記載するものとし、特にその日常生活活動能力（ADL）の状態が明らかになるよう具体的に記載すること。

15 「訪問開始年月日」欄について

- (1) 当該指定訪問看護を開始した年月日を記載すること。
- (2) 同一の利用者に対する指定訪問看護の継続中に、当該訪問看護ステーションにおいて、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該訪問看護ステーションの指定訪問看護の内容の継続性が認められて継続して訪問看護ステーションの指定を受けた場合を除き、新たに訪問看護ステーションの指定を受けた日を訪問開始年月日として記載し、「特記事項」欄にその旨を記載すること。
- (3) 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訪問開始年月日として記載し、「特記事項」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。

16 「訪問終了年月日時刻」欄について

当該指定訪問看護を終了した年月日及び最後に訪問した時刻を記載すること。

17 「実日数」欄について

- (1) 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、「保険」については医療保険（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。）、「公費①」については第1公費、「公費②」については第2公費に係る指定訪問看護を行った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公費に係る分については、「公費①」の項に記載すること。ただし、第1公費に係る分が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る分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公費に係る分が第1公費に係る分と同じ場合は、第2公費に係る分の記載を省略しても差し支えないこと。
- (2) 同一日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合であっても、1日として記載すること。

18 「主たる傷病名」欄について

指定訪問看護の利用者の主たる傷病名については、当該指定訪問看護に係る主治医の交付した訪問看護指示書に基づいて、主傷病、副傷病の順に1から3の項目欄にそれぞれ記載するが、必要に応じて1から3の項目順以降に別途記載してもよい。なお、「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（平成18年厚生労働省告示第103号）第2の1に規定する疾病等の有無について、「1 別表7」、「2 別表8」又は「3 無」の該当する数字を○で囲むこと。また、利用者が「1 人工呼吸器使用の状態」、「2 気管カニューレ使用の状態」若しくは「3 真皮を越える褥瘡の状態」にある者又は15歳未満の利用者であって「4 超重症児」若しくは「5 準超重症児」にある者は、該当するものを全て○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、○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。

19 「訪問終了の状況」欄について

症状の軽快により指定訪問看護を必要としなくなった場合は「1 軽快」、介護老人保健施設等に入所した場合は「2 施設」、保険医療機関等に入院した場合は「3 医療機関」又は死亡した場合は「4 死亡」の該当する番号をそれぞれ○で囲むこと。また上記に該当しない場合は「5 その他」の番号を○で囲み、その内容を（ ）に記載すること。

20 「死亡の状況」欄について

訪問看護ターミナルケア療養費を算定した場合、「時刻」欄には死亡年月日及び時刻を記載し、「場所」欄には、死亡した場所が自宅の場合は「1 自宅」、介護保険施設等の場合は「2 施設」、病院の場合は「3 病院」、診療所の場合は「4 診療所」の該当する番号をそれぞれ○で囲むこと。上記に該当しない場合には、「5 その他」の番号を○で囲み、その内容を（ ）に記載すること。

21 「指示期間」欄について

(1) 当該指定訪問看護に係る主治医の交付した最新の訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書の指示有効期間（訪問看護療養費又は精神科訪問看護療養費）を示す年月日を記載すること。

なお、指示年月日の記載がない場合は、指示書の有効期間を交付後1か月とみなすこと。

(2) 主治医から、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である旨の特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受けた場合は、「（特別指示期間）」又は「（精神特別指示期間）」欄に特別指示の有効期間を示す年月日を記載すること。

なお、請求を行う月の前月に特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、当該請求月においても引き続き当該特別指示による訪問看護を実施した場合にあっては、特別指示があった前月の年月日についても「（特別指示期間）」又は「（精神特別指示期間）」欄に記載すること。

22 「主治医の属する医療機関の名称」欄について

当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の所属する保険医療機関等の名称を記載すること。

23 「主治医の氏名」欄について

当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の氏名を記載すること。

24 「基本療養費」及び「精神科基本療養費」欄について

(1) 訪問看護基本療養費(I)を算定する場合

ア 保健師、助産師又は看護師が週3日までの指定訪問看護を行った場合は⑪の「看護師等」の項に「×, ×××」円、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合は⑪の「理学療法士等」の項に「×, ×××」円、悪性腫瘍の利用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が行った場合は⑪の「専門の研修を受けた看護師」の項に「××, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ 准看護師が週3日までの指定訪問看護を行った場合は、⑫の「准看護師」の項に「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(2) 訪問看護基本療養費(Ⅱ)を算定する場合

ア 「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第67号)に規定する同一建物居住者に対し、週3日までの指定訪問看護を保健師、助産師又は看護師が行った場合は⑬の「看護師等」の項に「×, ×××」円、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合は⑬の「理学療法士等」の項に「×, ×××」円、悪性腫瘍の利用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が行った場合は⑬の「専門の研修を受けた看護師」の項に「××, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一日に3人以上に対して訪問した場合は、(3人以上)の項に同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ 准看護師が、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する同一建物居住者に対し、週3日までの指定訪問看護を行った場合は、⑭の「准看護師」の項に「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一日に3人以上に対して訪問した場合は、(3人以上)の項に同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(3) 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)を算定する場合

ア 保健師又は看護師が週3回までの指定訪問看護を行った場合には、1回の指定訪問看護の実施時間に基づき、⑳の「看護師等」の項の「30分未満」又は「30分以上」のいずれかに「×, ×××」円、作業療法士が行った場合は㉑の「作業療法士」の項の「30分未満」又は「30分以上」のいずれかに「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ 准看護師が週3回までの指定訪問看護を行った場合には、1回の指定訪問看護の実施時間に基づき、㉒の「准看護師」の項の「30分未満」又は「30分以上」のいずれかに「×,

×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(4) 精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定する場合

ア 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する同一建物居住者に対して、週3回までの指定訪問看護を保健師又は看護師が行った場合には、1回の指定訪問看護の実施時間に基づき、③④の「看護師等」の項の「30分未満」又は「30分以上」のいずれかに「×, ×××」円、作業療法士が行った場合は③⑤の「作業療法士」の項の「30分未満」又は「30分以上」のいずれかに「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一日に3人以上に対して訪問した場合は、(3人以上)の項に同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ 准看護師が訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する同一建物居住者に対して、週3回までの指定訪問看護を准看護師が行った場合には、1回の指定訪問看護の実施時間に基づき、③⑥の「准看護師」の項の「30分未満」又は「30分以上」のいずれかに「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。なお、同一日に3人以上に対して訪問した場合は、(3人以上)の項に同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(5) 訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)の加算並びに精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)の加算について

ア 末期の悪性腫瘍等の利用者又は特別訪問看護指示書が交付された者に対して、必要に応じて1日に2回指定訪問看護を行った場合は、①⑤の「難病等複数回訪問加算」欄に、「×, ×××」円、当該月において複数回訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、1日に3回以上指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者に対して、必要に応じて1日に2回指定訪問看護を行った場合は、④⑦の「精神科複数回訪問加算」欄に、「×, ×××」円、当該月において複数回訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、1日に3回以上指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。

イ 訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合は、①⑥又は③⑦の「緊急訪問看護加算」欄に「×, ×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

ウ 別に厚生労働大臣の定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が90分を超える訪問看護を実施した場合は、①⑦又は③⑧の「長時間訪問看護加算」欄

に「×, ×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

エ 3歳未満又は3歳以上6歳未満の利用者に対して、指定訪問看護を実施した場合は、それぞれ⑩の「乳幼児加算」又は⑲の「幼児加算」欄に「×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額をそれぞれ記載すること。

オ 訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)において、別に厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者に対して、訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師が同時に訪問看護を行った場合は⑳の「複数名訪問看護加算」欄の「看護師等」の項に「×, ×××」円、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が同時に行った場合は「理学療法士等」の項に「×, ×××」円、准看護師が同時に行った場合は「准看護師」の項に「×, ×××」円、看護補助者が同時に行った場合は「看護補助者」の項に「×, ×××」円と記載し、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。また、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)において、訪問看護ステーションの保健師又は看護師が同時に訪問看護を行った場合は㉑の「複数名訪問看護加算」欄の「看護師等」の項に「×, ×××」円、作業療法士が同時に行った場合は「作業療法士」の項に「×, ×××」円、准看護師が同時に行った場合は「准看護師」の項に「×, ×××」円、看護補助者が同時に行った場合は「看護補助者」の項に「×, ×××」円、精神保健福祉士が同時に行った場合は「精神保健福祉士」の項に「×, ×××円」と記載し、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

カ 夜間(午後6時から午後10時まで)又は早朝(午前6時から午前8時まで)に指定訪問看護を行った場合は㉒又は㉔の「夜間・早朝訪問看護加算」欄に「×, ×××」円、深夜(午後10時から午前6時まで)に指定訪問看護を行った場合は㉓又は㉕の「深夜訪問看護加算」欄に「×, ×××」円、それぞれ当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

(6) 精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)を算定する場合

保健師又は看護師が指定訪問看護を行った場合は、㉖の「看護師等」の項に「×, ×××」円、作業療法士が行った場合は㉗の「作業療法士」の項に「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

なお、延長時間加算を算定した場合は、㉘の「延長時間加算」欄に、「×××」円、当該月に指定訪問看護を行った延長時間数の合計及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

(7) 訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定する場合

ア 訪問看護基本療養費(Ⅲ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている患者に対して、保健師、助産師、看護師又は准看護師が指定訪問看護を行った場合には㉙の「看護師等」の項に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合には㉚の「理学療法士等」の項に「×, ×××」円、当該月に訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定した回数の合計及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

- イ 精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている患者に対して、保健師、看護師又は准看護師が指定訪問看護を行った場合には④の「看護師等」の項に、作業療法士が行った場合には④の「作業療法士」の項に「×、×××」円、当該月に精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定した回数合計及びこれらに乗じて得た額を記載すること。
- (8) 月の途中で、利用者の住所変更等の理由により加算の算定の有無に異動があった場合には、項目を縦に二分し、それぞれの場合について、算定額、当該月に行った指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。
- (9) 指定訪問看護の利用者が、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等第2の1に規定する疾病等の利用者等であって他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「特記事項」欄の「1 他①」の数字を○で囲み、他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「特記事項」欄の「1 他①」及び「2 他②」のそれぞれの数字を○で囲むとともに、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称をそれぞれ記載すること。なお、電子計算機の場合は、「1 他①」又は「2 他②」の○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。
- (10) 同一の指定訪問看護において複数の者が行った場合は、いずれか1人の者についてのみ1日として記載すること(複数名訪問看護加算の算定日を除く。)
なお、従たる訪問看護ステーションに勤務する看護師等が指定訪問看護を行った場合は、訪問看護療養費明細書の「特記事項」欄の「3 従」の数字を○で囲むこと。
なお、電子計算機の場合は、「3 従」の○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。
- (11) 特別地域訪問看護加算を算定した場合は、「特記事項」欄の「4 特地」の数字を○で囲み、利用者の住所及び通常の場合訪問に要する時間(片道)を併せて記載すること。
なお、電子計算機の場合は、「4 特地」の○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。
- (12) 要介護被保険者等で、訪問看護を医療保険で算定している場合は、「特記事項」欄の「5 介」の数字を○で囲むこと。
なお、電子計算機の場合は、「5 介」の○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。
- (13) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が24時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、往診担当医や訪問看護担当者氏名、担当日等を文書により提供している利用者の場合は、「特記事項」欄の「6 支援」の数字を○で囲むこと。
なお、電子計算機の場合は、「6 支援」の○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。
- (14) 訪問看護基本療養費(Ⅱ)または精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定した場合は、「特記事項」欄の「7 同一日」の数字を○で囲み、当該算定にかかる全ての訪問日を併せて記載すること。
- (15) 複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数

の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、「特記事項」欄の「8 同一緊急」の数字を○で囲むとともに、当該加算のみを算定した日、当該加算のみを算定した日の直前に訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した年月日及び当該加算のみを算定した日に計画に基づく指定訪問看護を行った当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。なお、当該他の訪問看護ステーションの名称等は、「他①」又は「他②」（「特記事項」欄の「1 他①」又は「2 他②」に記載した訪問看護ステーションと対応するものであること。）と記載しても差し支えないものであること。

25 「管理療養費」欄について

(1) 次により記載すること。

ア 月の初日の訪問の場合は、左側の「 円」の項に「×, ×××」円と記載すること。

イ 月の2日目以降の訪問の場合は、中央の「 円」の項に「×, ×××」円と記載し、「 日」の項には訪問した日数から1を引いた数を記載すること。

ウ 右側の「 円」の項には、ア及びイにより計算した合計金額を記載すること。

(2) 管理療養費の各加算については、当該月に算定した加算の内容を次のとおり記載すること。

ア 24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算を算定した場合は、㉔の「24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算」のいずれかに○を付け、「 円」の項に「×, ×××」円と記載すること。

イ 特別管理加算を算定した場合は、㉕の「特別管理加算」の「 円」の項に「×, ×××」と記載すること。

ウ 退院時共同指導加算を算定した場合は、㉖の「退院時共同指導加算」の「 円」の項に「×, ×××」円と記載し、当該月に退院時共同指導加算を算定した回数合計及びこれらに乗じて得た額を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても1回に限り算定すること。さらに、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者で特別管理指導加算を算定した場合は、㉗の「特別管理指導加算」の「 円」の項に「×, ×××」円と記載し、当該月に特別管理指導加算を算定した回数合計及びこれらに乗じて得た額を記載すること。特別管理指導加算は、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については当該入院中に2回に限り算定できる。

エ 退院支援指導加算を算定した場合は、㉘の「退院支援指導加算」の「 円」の項に「×, ×××」円と記載すること。

オ 在宅患者連携指導加算を算定した場合は、㉙の「在宅患者連携指導加算」の「 円」の項に「×, ×××」円と記載すること。

カ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合は、㉚の「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」の「 円」の項に「×, ×××」円と記載し、当該月に在宅患者緊

急時等カンファレンス加算を算定した回数の合計及びこれらに乗じて得た額を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても1回に限り算定すること。

キ 精神科重症患者早期集中支援管理連携加算を算定した場合は、58の「精神科重症患者早期集中支援管理連携加算」の「円」の項に、「×, ×××」円と記載すること。

- (3) 訪問看護指示書を交付した主治医に対して、訪問看護計画書若しくは訪問看護報告書又は精神訪問看護計画書若しくは精神訪問看護報告書により報告をした場合には、その最終報告年月日を「主治医への直近報告年月日」欄に記載すること。

26 「情報提供療養費」欄について

当該月において、当該指定訪問看護の利用者の居住する市（区）町村、保健所又は精神保健福祉センターに対して利用者に関する指定訪問看護の状況等の情報を提供した場合に、「×, ×××」円と記載し、「提供した情報の概要」欄にその内容を、「情報提供先の市（区）町村等の名称」欄に利用者の居住する市（区）町村等の名称をそれぞれ記載すること。

27 「ターミナルケア療養費」欄について

訪問看護ステーションが、在宅で死亡した利用者について、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制について利用者及びその家族に対して説明を行った上でターミナルケアを行った場合に、訪問看護ターミナルケア療養費の所定額を「××, ×××」円と記載し、「死亡の状況」欄の「時刻」と「場所」も併せて記載すること。

28 「（公費分金額）」欄について

- (1) 指定訪問看護と公費負担医療との併用の場合にあつては、「（公費分金額）」欄には公費負担医療に係る請求金額を記載するが、公費負担医療に係る請求金額が指定訪問看護に係る請求金額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つた場合又は公費負担医療に係る給付の内容が指定訪問看護と異なる場合は、公費負担医療に係る請求金額が指定訪問看護に係る請求金額と異なることとなるので、この場合には「（公費分金額）」欄に当該公費負担医療に係る請求金額を記載すること。この場合において、指定訪問看護に係る請求金額と異なる公費負担医療が2種以上あるときは、「（公費分金額）」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金額を記載すること。

- (2) 公費負担医療単独の場合にあつては、「基本療養費」欄から「ターミナルケア療養費」欄に、当月療養に係るすべての金額等を記載し、「（公費分金額）」欄には記載しないこと。

- (3) 公費負担医療と公費負担医療との併用の場合にあつては、「（公費分金額）」欄を縦に区分し、左から順に第1公費、第2公費の順で当該公費に係る請求金額を記載するが、金額のすべての請求金額と同じ請求金額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金額を記載することを省略しても差し支えないこと。

なお、「基本療養費」欄から「ターミナルケア療養費」欄には、当該療養に係るすべての

回数及び金額を記載すること。

- (4) 同一明細書において、指定訪問看護と公費負担医療の医療給付の内容が異なる場合又は指定訪問看護と公費負担医療の実日数が異なる場合は、「基本療養費」欄から「ターミナルケア療養費」欄に記載された内訳のうち、公費負担医療に係る分に下線を付すこと。

なお、指定訪問看護と公費負担医療の実日数が異なる場合において、「(公費分金額)」欄との対応が明らかである場合は下線を省略しても差し支えないこと。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。

29 「訪問日」欄について

- (1) 基本療養費を算定する場合は、指定訪問看護を行った日について、該当する日付を○で囲むこと。ただし、特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に基づき指定訪問看護を行った場合は、該当する日付を△で囲むこと。
- (2) 指定訪問看護を行った日について、1日に2回訪問を行った場合は、その日付を◎で囲み、1日に3回以上訪問を行った場合は、その日付を◇で囲むこと。
- (3) 長時間訪問看護加算を算定した場合は、その日付を□で囲むこと。
- (4) 複数名訪問看護加算を算定した場合は、その日付を▽で囲むこと。

30 「合計」欄について

- (1) 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、「保険」については医療保険、「公費①」については第1公費、「公費②」については第2公費に係る金額（「基本療養費」欄の金額、「精神科基本療養費」欄の金額、「管理療養費」欄の金額、「情報提供療養費」欄の金額及び「ターミナルケア療養費」欄の金額の合計をいう。）を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の金額は、「公費①」の項に記載すること。ただし、第1公費に係る金額が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る金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公費に係る金額が第1公費に係る金額と同じ場合は、第2公費に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。

- (2) 「負担金額」の項については、以下によること。

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。）については、以下によること。

健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療の場合は、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、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載すること。

患者負担額が免除される場合は「免除」、支払が猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。

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。)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「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) 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号二、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号二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号二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、「備考」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、「備考」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。
 - (オ) 健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療の場合は、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、「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すること。
患者負担額が免除される場合は「免除」、支払が猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。
 - (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、「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すること。また、負担額が免除される場合は「免除」、支払いが猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。
- ウ 「負担金額」の項中「公費①」又は「公費②」の項には、「公費①」については第1公費、「公費②」については第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」の項に金額を記載するもの場合はイの(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の一部負担金の額)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、障害者総合支援法による自立支援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。)と障害者総合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、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定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。

エ 高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって難病法による特定医療及び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(「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。

31 その他

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総合支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあつては、法別番号順等によらず、次の記載要領によること。

- (1) 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、障害者総合支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。
- (2) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。
- (3) 生活保護法に係る実日数は「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実日数は「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る実日数は「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に係る実日数又は障害者総合支援法に係る実日数が、生活保護法に係る実日数と同じ場合は、当該実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

- (4) 「基本療養費」欄から「ターミナルケア療養費」欄までには、生活保護法に係る日数及び

金額を記載すること。

- (5) 「(公費分金額)」欄は縦に2区分し、左から順次感染症法による結核患者の適正医療、障害者総合支援法の順で当該公費に係る請求金額を記載するが、生活保護法に係る請求金額と同じ請求金額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金額を記載することを省略しても差し支えないこと。
- (6) 生活保護法に係る請求金額は「合計」欄の「請求」の項の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る請求金額は「請求」の項の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る請求金額は「請求」の項の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

32 後期高齢者医療におけるその他

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、「特記事項」欄に障害と記載すること。

(別添1)

訪問看護ステーションコード設定要領

- 1 訪問看護ステーションコードは、次のように郡市区番号2桁、訪問看護ステーション番号（以下「ステーション番号」という。）4桁、検証番号1桁、計7桁の算用数字を組み合わせたものとする。

--	--	--	--	--	--	--

2 桁 4 桁 1 桁
郡市区番号 ステーション番号 検証番号

- 2 郡市区番号は、都道府県ごとに、郡、市及び区を単位として、地方厚生（支）局長が定めるものとする。

- 3 ステーション番号は、「9, 000」から「9, 499」までの一連の番号を2の郡、市及び区ごとに、地方厚生（支）局長がこれを定めるものとする。ただし、4桁のステーション番号のうち、中2桁又は下2桁が「90」となる番号は、欠番とするものとする。

- 4 検証番号は、次により算出した番号とする。

- (1) 都道府県番号、算定表番号、郡市区番号及びステーション番号の各数に末尾の桁を起点として順次「2」と「1」を乗じる。この場合の都道府県番号は、別表「都道府県番号表」に定める番号とする。また、算定表番号は、「6」とする。
- (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は、1桁目と2桁目の数の和とする。
- (3) 「10」と(2)で算出した数の下1桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、(2)で算出した数の下1桁の数が「0」のときは、検証番号を「0」とする。

[例]

都道府県 番 号	算定表 番 号	郡市区 番 号	ステーション 番 号	
4	4	6	0 7	9 1 2 3 ←起点
x	x	x	x x	x x x x
2	1	2	1 2	1 2 1 2

$$8+4+(1+2)+0+(1+4)+9+2+2+6=39$$

$$\textcircled{1} 10 - 9 = 1 \quad \text{検証番号「1」}$$

◎訪問看護ステーションコード : 「07,9123,1」

5 訪問看護ステーションコードの管理は、地方厚生（支）局長において行うものとし、当該ステーションコードの設定又は変更に際しては、審査支払機関に対して速やかに連絡するものとする。

(別表)

都 道 府 県 番 号

都道府県	番号	都道府県	番号	都道府県	番号
北海道	01	石川	17	岡山	33
青森	02	福井	18	広島	34
岩手	03	山梨	19	山口	35
宮城	04	長野	20	徳島	36
秋田	05	岐阜	21	香川	37
山形	06	静岡	22	愛媛	38
福島	07	愛知	23	高知	39
茨城	08	三重	24	福岡	40
栃木	09	滋賀	25	佐賀	41
群馬	10	京都	26	長崎	42
埼玉	11	大阪	27	熊本	43
千葉	12	兵庫	28	大分	44
東京	13	奈良	29	宮崎	45
神奈川	14	和歌山	30	鹿児島	46
新潟	15	鳥取	31	沖縄	47
富山	16	島根	32		

(別添2)

法別番号及び制度の略称表

(1)

	区 分	法別番号	制度の略称	
医 療 保 険 制 度	全国健康保険協会管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）	01	（協会）	
	船員保険	02	（船）	
	日雇特例被保険者の保険	○一般医療（法第133条及び第141条関係）	03	（日）
		○特別療養費（法第145条関係）	04	（日 特） 又は（特）
	組管掌健康保険	06	（組）	
	防衛省職員給与法による自衛官等の療養の給付（法第22条関係）	07	（自）	
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付	39	（高）	
	国家公務員共済組合	31	（共）	
	地方公務員等共済組合	32		
	警察共済組合	33		
	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団	34		
	特定健康保険組合	63	（退）	
	国家公務員特定共済組合	72		
	地方公務員等特定共済組合	73		
	警察特定共済組合	74		
公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団	75			

(注) 63・72～75は、特例退職被保険者及び特例退職組合員に係る法別番号である。

(2)

	区 分	法 別 番 号
※	国民健康保険法による退職者医療	67

※ 国民健康保険制度

(3)

	区	分	法別番号	制度の略称
公 費 負 担 医 療 制	戦傷病者特別 援護法による	○療養の給付（法第10条関係）	13	—
		○更生医療（法第20条関係）	14	—
	原子爆弾被爆者に対 する援護に関する法 律による	○認定疾病医療（法第10条関係）	18	—
	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 察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第 81条関係）		30	—
	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に よる結核患者の入院（法第37条関係）		11	（結核入院）
	障害総合支援法によ る	○精神通院医療（法第5条関係）	21	（精神通院）
		○更生医療（法第5条関係）	15	—
		○育成医療（法第5条関係）	16	—
		○療養介護医療（法第70条関係）及び 基準該当療養介護医療（法第71条関 係）	24	—
	原子爆弾被爆者に対 する援護に関する法 律による	○一般疾病医療費（法第18条関係）	19	—
	児童福祉法による慢性特定疾病医療支援（法第19条の2関 係）		52	—
	難病の患者に対する 医療等に関する法律 による	○特定医療（法第5条関係）	54	—
	特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣 病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨 城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健 康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水 銀の健康影響による治療研究費		51	—
肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付		38	—	

度	児童福祉法の措置等に係る医療の給付	5 3	—
	石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給 (法第4条関係)	6 6	—
	特定B型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措置法による定期検査費及び母子感染症防止医療費の支給(法第12条第1項及び第13条第1項関係)	6 2	—
	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第14条第4項に規定する医療支援給付(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律附則第4条第2項において準用する場合を含む。)	2 5	—
	生活保護法による医療扶助(法第15条関係)	1 2	(生保)