

別表Ⅲ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）

項番	区分等	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	別表 Ⅰ・Ⅱ	重複する レセプト電算処理 システム用コード
1	D009の8	前立腺特異抗原(PSA)	(前立腺癌の確定診断がつかず2回以上算定する場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値を記載すること。	880100012	検査実施年月日及び検査結果(前立腺特異抗原(PSA)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	I	850100164
2	D007の25	フェリチン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100013	検査実施年月日及び検査結果(フェリチン):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
3	D005の5	末梢血液一般	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100014	検査実施年月日及び検査結果(末梢血液一般):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
4	D006の17	Dダイマー	(同一月に3回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100015	検査実施年月日及び検査結果(Dダイマー):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
5	D015の11	β2-マイクログロブリン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100016	検査実施年月日及び検査結果(β2-マイクログロブリン):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
6	J039	血漿交換療法	(血栓性血小板減少性紫斑病の算定可否の場合) 検査の実施年月日及び血小板値を記載すること。	880100017	検査実施年月日及び血小板値(血漿交換療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	I	842100059
7	医薬品	解凍赤血球液→LR「日赤」 赤血球液→LR「日赤」 洗浄赤血球液→LR「日赤」 照射赤血球液→LR「日赤」 照射解凍赤血球液→LR「日赤」 照射洗浄赤血球液→LR「日赤」	本製剤を投与するにあたってHb値を測定した場合は、投与の直前に測定したHb値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100018	検査実施年月日及びHb値(人赤血球液等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
8	医薬品	照射洗浄血小板→LR「日赤」 照射濃厚血小板→LR「日赤」 濃厚血小板→LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA→LR「日赤」 照射濃厚血小板HLA→LR「日赤」 濃厚血小板HLA→LR「日赤」	本製剤を投与するにあたって血小板値を測定した場合は、投与の直前に測定した血小板値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100025	検査実施年月日及び血小板値(人血小板濃厚液等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
9	医薬品	新鮮凍結血漿→LR「日赤」120 新鮮凍結血漿→LR「日赤」240 新鮮凍結血漿→LR「日赤」480	本製剤を投与するにあたってプロトロンビン時間(PT)及びフィブリノゲン値を測定した場合は、投与の直前に測定したPT及びフィブリノゲン値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100034 880100091	検査実施年月日及びプロトロンビン時間(新鮮凍結人血漿):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:***** 検査実施年月日及びフィブリノゲン値(新鮮凍結人血漿):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
10	医薬品	ファイバ静注用1000	本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第四因子又は第五因子に対するインヒビター力価を測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100041	検査実施年月日及びインヒビター力価(ファイバ静注用1000):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	830600130 850600150
11	医薬品	バイクロット配合静注用	本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第四因子又は第五因子に対するインヒビター力価を測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100044	検査実施年月日及びインヒビター力価(バイクロット配合静注用):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	830600129 850600147
12	医薬品	サイラムザ点滴静注液100mg サイラムザ点滴静注液500mg	(本製剤を投与するに当たって、投与以前に血清AFP値を測定した場合) 測定結果が陽性であった旨(「+」)を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100082	検査実施年月日及び血清AFP測定結果(+) (サイラムザ点滴静注液100mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	830600033 850600032
13	医薬品	ノボセプンH静注用1mg シリンジ ノボセプンH静注用2mg シリンジ ノボセプンH静注用5mg シリンジ ノボセプンH静注用8mg シリンジ	(血液凝固第四因子又は第五因子に対するインヒビターを保有する先天性血液患者の出血抑制の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第四因子又は第五因子に対するインヒビターの力価を測定した場合は測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。 (血小板に対する同種抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在みられるグラントマン血小板無力症患者の出血傾向の抑制の場合) 製剤を投与するに当たって、投与以前に抗血小板抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100046 880100049	検査実施年月日及びインヒビターの力価(ノボセプンH静注用1mg シリンジ等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:***** 検査実施年月日及び抗血小板抗体検査値(ノボセプンH静注用1mg シリンジ等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	830600128 850600146
14	医薬品	ソリス点滴静注300mg	(全身型重症筋無力症(免疫グロブリン大量静注療法又は血液浄化療法による症状の管理が困難な場合に限る。)の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アセチルコリン受容体抗体検査を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。 (視神経脊髄炎スベクトラム障害(視神経脊髄炎を含む)の再発予防の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100050 880100090	検査実施年月日及び抗アセチルコリン受容体抗体検査値(ソリス点滴静注300mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:***** 検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(ソリス点滴静注300mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
15	医薬品	キムリア点滴静注	(再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD19抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100054	検査実施年月日及びCD19抗原検査値(キムリア点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	850600025
16	医薬品	ユプリズナ点滴静注100mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100083	検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(ユプリズナ点滴静注100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
17	医薬品	ゼヴァリン イットリウム(90Y)静注用セット	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100084	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(ゼヴァリン イットリウム(90Y)静注用セット):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
18	医薬品	エンスブリング皮下注120mgシリンジ	本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100085	検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(エンスブリング皮下注120mgシリンジ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
19	医薬品	ベスボンサ点滴静注用1mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD22抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100086	検査実施年月日及びCD22抗原検査値(ベスボンサ点滴静注用1mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	850600078 850600079
20	医薬品	クリースピータ皮下注10mg クリースピータ皮下注20mg クリースピータ皮下注30mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にFGF23を測定した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100087	検査実施年月日及びFGF23検査値(クリースピータ皮下注10mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	850600026 850600027
21	医薬品	アドセトリス点滴静注用50mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD30抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100088	検査実施年月日及びCD30抗原検査値(アドセトリス点滴静注用50mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	850600003 850600004
22	医薬品	ガザイバ点滴静注1000mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100089	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(ガザイバ点滴静注1000mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	850600023 850600024
23	医薬品	ボテリジオ点滴静注20mg	(「CD4陽性の成人T細胞白血病リンパ腫」又は「再発又は難治性のCD4陽性の末梢性T細胞リンパ腫」の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD4抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100065	検査実施年月日及びCD4抗原検査値(ボテリジオ点滴静注20mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	850600083 850600084
24	医薬品	リツキサン点滴静注100mg リツキサン点滴静注500mg	(「CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫」、「CD20陽性の慢性リンパ性白血病」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100067	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキサン点滴静注100mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	850600096 850600097
25	医薬品	リツキシマBS点滴静注100mg「KHK」 リツキシマBS点滴静注500mg「KHK」	(「CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100070	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキシマBS点滴静注100mg「KHK」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	850600098 850600152
26	医薬品	リツキシマBS点滴静注100mg「ファイザー」 リツキシマBS点滴静注500mg「ファイザー」	(「CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100073	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキシマBS点滴静注100mg「ファイザー」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	850600099 850600100
27	医薬品	エルカルチンF錠100mg エルカルチンF錠250mg エルカルチンF静注1000mgシリンジ エルカルチンF内用液10% エルカルチンF内用液10%分包10mL エルカルチンF内用液10%分包5mL	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100076	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(エルカルチンF錠100mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
28	医薬品	レボカルニチン塩化物錠100mg「YD」 レボカルニチン塩化物錠300mg「YD」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100077	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチン塩化物錠100mg「YD」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
29	医薬品	レボカルニチン塩化物錠100mg「イセイ」 レボカルニチン塩化物錠300mg「イセイ」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100078	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチン塩化物錠100mg「イセイ」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
30	医薬品	レボカルニチン塩化物錠100mg「フソー」 レボカルニチン塩化物錠300mg「フソー」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100079	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチン塩化物錠100mg「フソー」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
31	医薬品	レボカルニチン塩化物錠100mg「日医工」 レボカルニチン塩化物錠300mg「日医工」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100080	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチン塩化物錠100mg「日医工」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****		
32	医薬品	エボジン注シリンジ1500 エボジン注シリンジ3000 エボジン注シリンジ6000 エボジン皮下注シリンジ24000	(貯血量が800mL以上1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合) 本製剤を投与するに当たって、投与以前にHb濃度を測定した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100081	検査実施年月日及びHb濃度値(エボジン注シリンジ1500等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 検査値:*****	Ⅱ	830600018

※「記載事項」欄における括弧書きは、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

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

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって別表Ⅰ・Ⅱ「欄」にⅠ又はⅡと記載しているものについては、別表Ⅰ又は別表Ⅱに掲げる記載事項と重複しているため、

別表Ⅲを用いた記載がされていれば、別表Ⅰ又は別表Ⅱに掲げるコードを用いた記載は省略して差し支えないこと。