

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）

| 項番 | 区分          | 診療行為<br>名称等              | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                  | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                        | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|----|-------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 1  | A000        | 初診料                      | (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)<br>「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30年3月5日保医発0305第1号)別添1第1章第1部通則2のAからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。                                                  | 820100001            | ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院                         |             |                    |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 820100002            | イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院                                      |             |                    |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 820100003            | ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院                         |             |                    |
|    |             |                          | (注5のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を算定した場合)<br>2つ目の診療科の診療科名を記載すること。                                                                                                                                               | 830100002            | 2つ目の診療科(初診料);*****                                      |             |                    |
|    |             |                          | (情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合)<br>当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。                                                      | 820100990            | オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(初診料)                    |             |                    |
| 2  | A001        | 再診料                      | (情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合)<br>一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。                                       | 820100816            | オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(初診料)                    |             |                    |
|    |             |                          | (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)<br>「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1部通則2のAからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。                                                                       | 820100001            | ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院                         |             |                    |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 820100002            | イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院                                      |             |                    |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 820100003            | ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院                         |             |                    |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 112008350            | 同日再診料                                                   | ○           |                    |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 112024950            | 同日再診料(情報通信機器)                                           | ○           |                    |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 112016850            | 同日特定受給率再診料                                              | ○           |                    |
|    |             |                          | (同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。))がある場合)<br>同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。))がある旨を記載すること。                                                                                                                                    | 112025150            | 同日特定受給率再診料(情報通信機器)                                      | ○           |                    |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 112008850            | 同日電話等再診料                                                | ○           |                    |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 112023450            | 同日電話等再診料(30年3月以前継続)                                     | ○           |                    |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 112016950            | 同日電話等特定受給率再診料                                           | ○           |                    |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 112023750            | 同日電話等特定受給率再診料(30年3月以前継続)                                | ○           |                    |
| 3  | A001<br>注20 | 看護師等遠隔診療補助加算             | (注31に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合)<br>2つ目の診療科の診療科名を記載すること。                                                                                                                                                    | 830100003            | 2つ目の診療科(再診料);*****                                      |             |                    |
|    |             |                          | (情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合)<br>当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを記載すること。                                                     | 820100817            | オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(再診料)                    |             |                    |
|    |             |                          | (情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合)<br>一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを記載すること。                                      | 820100818            | オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(再診料)                    |             |                    |
|    |             |                          | (へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合)<br>前回の対面診療を実施した年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。                                                                                                   | 850190207            | 前回の対面診療を実施した年月日(再診料(看護師等遠隔診療補助加算));(元号)yy"年"mm"月"dd"日   |             | ※                  |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 820190492            | 初回(再診料(看護師等遠隔診療補助加算))                                   |             | ※                  |
| 4  | A002        | 外来診療料                    | (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)<br>「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1部通則2のAからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。                                                                       | 820100001            | ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院                         |             |                    |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 820100002            | イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院                                      |             |                    |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 820100003            | ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院                         |             |                    |
|    |             |                          | (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)<br>2つ目の診療科の診療科名を記載すること。                                                                                                                                                     | 830100004            | 2つ目の診療科(外来診療料);*****                                    |             |                    |
|    |             |                          | (情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合)<br>当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。                                                      | 820100819            | オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(外来診療料)                  |             |                    |
| 5  | A002<br>注11 | 看護師等遠隔診療補助加算             | (情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合)<br>一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。                                       | 820100820            | オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(外来診療料)                  |             |                    |
|    |             |                          | (へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合)<br>前回の対面診療を実施した年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。                                                                                                   | 850190208            | 前回の対面診療を実施した年月日(外来診療料(看護師等遠隔診療補助加算));(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |             | ※                  |
|    |             |                          |                                                                                                                                                                                                          | 820190493            | 初回(外来診療料(看護師等遠隔診療補助加算))                                 |             | ※                  |
|    |             |                          | 入院元を記載すること。                                                                                                                                                                                              | 830100005            | 入院元(一般病棟入院基本料)(救急・在宅等支援病床初期加算);*****                    |             |                    |
|    |             |                          | (入院元が急性期医療を担う病院である場合)<br>当該加算の算定対象である旨、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)<br>〔記載例1〕<br>入院元であるXXX病院は地域一般入院料2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。<br>(転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。 | 830100006            | 算定対象である旨及び転院(転棟)回数(救急・在宅等支援病床初期加算);*****                |             |                    |
| 6  | A100        | 一般病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算 | (入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合)<br>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)<br>〔記載例2〕<br>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。                                                                             | 830100007            | 直近の入院医療機関名及び退院年月日(救急・在宅等支援病床初期加算);*****                 |             |                    |
|    |             |                          | (必要があって患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合)<br>その医療上の必要性を記載すること。                                                                                                                                                         | 830100008            | 他の病棟又は病床へ移動させた医療上の必要性(療養病棟入院基本料);*****                  |             |                    |
|    |             |                          | (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って、療養病棟入院基本料の入院料27を算定した場合)<br>その医療上の必要性を記載すること。                                                                                | 830100009            | 医療上の必要性(療養病棟入院基本料);*****                                |             |                    |
|    |             |                          | (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料27を算定する場合)<br>非該当患者である旨を記載すること。                                                                                         | 820100392            | 非該当患者(療養病棟入院基本料)                                        |             |                    |

| 項番 | 区分         | 診療行為<br>名称等                                               | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                          | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                             | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|----|------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 8  | A101       | 療養病棟入院基本料<br>の急性期患者支援療<br>養病床初期加算又は<br>在宅患者支援療養病<br>床初期加算 | 入院元を記載すること。                                                                                                                                                                                                      | 830100010            | 入院元(急性期患者支援療養病床初期加算);*****                                                   |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 830100011            | 入院元(在宅患者支援療養病床初期加算);*****                                                    |             |                    |
|    |            |                                                           | (入院元が急性期医療を担う病院である場合)<br>当該加算の算定対象である旨、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<br>例1参照)<br>[記載例1]<br>入院元であるXXX病院は地域一般入院料2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<br>XXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。<br>(転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。 | 830100012            | 算定対象である旨及び転院(転棟)回数(急性期患者支援療養病床初期<br>加算);*****                                |             |                    |
|    |            |                                                           | (入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合)<br>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)<br>[記載例2]<br>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。                                                                                     | 830100015            | 直近の入院医療機関名及び退院年月日(在宅患者支援療養病床初期加<br>算);*****                                  |             |                    |
| 9  | A103       | 精神病棟入院基本料<br>の重度認知症加算                                     | 当該加算を当月に算定した根拠となる評価(当該加算の施設基準に基づくランク等)及び評価日を記載すること。<br>(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。)                                                                                                                | 830100016            | 算定根拠となる評価(重度認知症加算(精神病棟入院基本料));*****                                          |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 850100013            | 評価年月日(重度認知症加算(精神病棟入院基本料));(元号)yy"年<br>"mm"月"dd"日"                            |             |                    |
| 10 | A104       | 特定機能病院入院基<br>本料の重度認知症加<br>算                               | 当該加算を当月に算定した根拠となる評価(当該加算の施設基準に基づくランク等)及び評価日を記載すること。<br>(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。)                                                                                                                | 830100455            | 算定根拠となる評価(重度認知症加算(特定機能病院精神病棟入院基本<br>料));*****                                |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 850100386            | 評価年月日(重度認知症加算(特定機能病院精神病棟入院基本料));<br>(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                      |             |                    |
| 11 | A106       | 障害者施設等入院基<br>本料                                           | (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)<br>「特」と記載すること。                                                                                                                                                     | 190161210            | 特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)                                                         | ○           |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 190161310            | 特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)(夜勤時間超過減算)                                               | ○           |                    |
|    |            |                                                           | (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」に該当しない場合)<br>「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。                                                                                                                 | 830100472            | 「特外」理由(障害者施設等入院基本料);*****                                                    |             |                    |
| 12 | A109       | 有床診療所療養病床<br>入院基本料                                        | (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)<br>その医療上の必要性を記載すること。                                                                                                                                                                 | 830100018            | 他の病棟又は病床へ移動した医療上の必要性(有床診療所療養病床入<br>院基本料);*****                               |             |                    |
|    |            |                                                           | (患者の急性増悪により、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<br>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<br>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)<br>その医療上の必要性を記載すること。                                                | 830100019            | 同一の保険医療機関の療養病床以外又は別の保険医療機関の一般病<br>棟等以外へ転院する医療上の必要性(有床診療所療養病床入院基本<br>料);***** |             |                    |
| 13 | A108       | 有床診療所入院基本<br>料の有床診療所急性<br>期患者支援病床初期<br>加算                 | 入院元を記載すること。                                                                                                                                                                                                      | 830100800            | 入院元(有床診療所急性期患者支援病床初期加算);*****                                                |             | ※                  |
|    |            |                                                           | (入院元が急性期医療を担う病院である場合)<br>当該加算の算定対象である旨、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<br>例1参照)<br>[記載例1]<br>入院元であるXXX病院は地域一般入院料2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<br>XXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。<br>(転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。 | 830100801            | 算定対象である旨及び転院(転棟)回数(有床診療所急性期患者支援病<br>床初期加算);*****                             |             | ※                  |
| 14 | A108       | 有床診療所入院基本<br>料の有床診療所在宅<br>患者支援病床初期加<br>算                  | 入院元を記載すること。                                                                                                                                                                                                      | 830100802            | 入院元(有床診療所在宅患者支援病床初期加算);*****                                                 |             | ※                  |
|    |            |                                                           | (入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合)<br>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)<br>[記載例2]<br>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。                                                                                     | 830100803            | 直近の入院医療機関名及び退院年月日(有床診療所在宅患者支援病床<br>初期加算);*****                               |             | ※                  |
| 15 | A109       | 有床診療所療養病床<br>入院基本料の有床診<br>療所急性期患者支援<br>療養病床初期加算           | 入院元を記載すること。                                                                                                                                                                                                      | 830100020            | 入院元(有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算);*****                                              |             |                    |
|    |            |                                                           | (入院元が急性期医療を担う病院である場合)<br>当該加算の算定対象である旨、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<br>例1参照)<br>[記載例1]<br>入院元であるXXX病院は地域一般入院料2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<br>XXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。<br>(転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。 | 830100021            | 算定対象である旨及び転院(転棟)回数(有床診療所急性期患者支援療<br>養病床初期加算);*****                           |             |                    |
| 16 | A109       | 有床診療所療養病床<br>入院基本料の有床診<br>療所在宅患者支援療<br>養病床初期加算            | 入院元を記載すること。                                                                                                                                                                                                      | 830100779            | 入院元(有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算);*****                                               |             |                    |
|    |            |                                                           | (入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合)<br>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)<br>[記載例2]<br>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。                                                                                     | 830100022            | 直近の入院医療機関名及び退院年月日(有床診療所在宅患者支援療養<br>病床初期加算);*****                             |             |                    |
| 17 | A200-<br>2 | 急性期充実体制加算                                                 | (当該加算の算定を開始した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合)<br>当該加算の算定を開始した入院年月日を記載すること。                                                                                                                                           | 850100487            | 加算の算定を開始した入院年月日(急性期充実体制加算);(元号)yy"年<br>"mm"月"dd"日"                           |             |                    |
|    |            |                                                           | (他の保険医療機関に入院中の患者が転院により入院する場合)<br>転院前の入院における主傷病名を記載すること。                                                                                                                                                          | 830100804            | 転院前の入院における主傷病名(救急医療管理加算1);*****                                              |             | ※                  |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820100393            | 一 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態(救急医療管理加<br>算1)                                      |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820101043            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS0                                                   |             | ※                  |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820100395            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS1                                                   |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820100396            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS2                                                   |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820100397            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS3                                                   |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820100398            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS10                                                  |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820100399            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS20                                                  |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820100400            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS30                                                  |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820100401            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS100                                                 |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820100402            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS200                                                 |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820100403            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS300                                                 |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820101044            | 三 呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P/＼F比400以上(酸<br>素投与前)                                |             | ※                  |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820100408            | 三 呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P/＼F比300以上40<br>0未満(酸素投与前)                           |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820100409            | 三 呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P/＼F比200以上30<br>0未満(酸素投与前)                           |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820100410            | 三 呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P/＼F比200未満(酸<br>素投与前)                                |             |                    |
|    |            |                                                           |                                                                                                                                                                                                                  | 820101045            | 三 呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P/＼F比400以上(酸<br>素投与後)                                |             | ※                  |

| 項番 | 区分         | 診療行為<br>名称等                                             | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                   | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|----|------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 18 | A205<br>の1 | 救急医療管理加算1                                               | <p>以下の内容について、記載すること。</p> <p>ア 「基本診療料の施設基準等」の別表七の三（以下この項において「別表」という。）別表の一から十二までのうち該当する状態</p> <p>イ 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFIO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。）</p> <p>ウ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの</p> <p>エ 重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であってJCS(Japan Coma Scale)0の状態、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の状態、別表の四に掲げる状態であってNYHA 1度の状態、又は別表の八に掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠</p> | 820101046            | 三 呼吸不全で重症な状態(救急医療管理加算1):P/F比300以上400未満(酸素投与後)      |             | ※                  |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820101047            | 三 呼吸不全で重症な状態(救急医療管理加算1):P/F比200以上300未満(酸素投与後)      |             | ※                  |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820101048            | 三 呼吸不全で重症な状態(救急医療管理加算1):P/F比200未満(酸素投与後)           |             | ※                  |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 842100116            | 呼吸不全で重症な状態(救急医療管理加算1)であって、酸素投与後の場合におけるFIO2の値(%)    |             | ※                  |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830100805            | P/F比400以上であって呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見(救急医療管理加算1):***** |             | ※                  |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100404            | 四 心不全で重症な状態(救急医療管理加算1):NYHA1                       |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100405            | 四 心不全で重症な状態(救急医療管理加算1):NYHA2                       |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100406            | 四 心不全で重症な状態(救急医療管理加算1):NYHA3                       |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100407            | 四 心不全で重症な状態(救急医療管理加算1):NYHA4                       |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100411            | 五 急性薬物中毒(救急医療管理加算1)                                |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100412            | 六 ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg以上                     |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100413            | 六 ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg未満                     |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100414            | 六 ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用なし                          |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100415            | 六 ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用あり                          |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 842100001            | 七 重症な代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)AST値:*****                |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 842100002            | 七 重症な代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)ALT値:*****                |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 842100003            | 七 重症な代謝障害(腎不全)(救急医療管理加算1)eGFR値:*****               |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 842100004            | 七 重症な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)JDS値:*****              |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 842100005            | 七 重症な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)NGSP値:*****             |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 842100006            | 七 重症な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)随時血糖値:*****             |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830100023            | 七 重症な代謝障害(その他)(救急医療管理加算1)具体的な状態:*****              |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100416            | 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 9以上       |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100417            | 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 4以上9未満    |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100418            | 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 1以上4未満    |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820101049            | 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 0         |             | ※                  |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100419            | 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷なし               |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100420            | 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷あり               |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100421            | 九 外傷、破傷風等で重症な状態(救急医療管理加算1)                         |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100808            | 十 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態(救急医療管理加算1)     |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100822            | 十一 消化器疾患で緊急処置を必要とする重症な状態(救急医療管理加算1)                |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100823            | 十二 蘇生術を必要とする重症な状態(救急医療管理加算1)                       |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830100473            | 緊急入院が必要であると判断した医学的根拠(救急医療管理加算1):*****              |             |                    |
|    |            |                                                         | 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に關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關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30年4月27日保発0428第10号)(本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。)(別添5に掲げる医科診療行為コードを記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 831110001            | 入院後3日以内に実施した主要な診療行為(救急医療管理加算1):***** (医科診療行為コード)   |             |                    |
|    |            |                                                         | (当該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)<br>当該加算を算定した入院年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850100017            | 救急医療管理加算1を算定した入院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日             |             |                    |
|    |            | (他の保険医療機関に入院中の患者が転院により入院する場合)<br>転院前の入院における主傷病名を記載すること。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830100806            | 転院前の入院における主傷病名(救急医療管理加算2):*****                    |             | ※                  |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100422            | 一 吐血、喀血又は重症な脱水で全身状態不良の状態(救急医療管理加算2)                |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820101050            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS0                         |             | ※                  |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100423            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS1                         |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100424            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS2                         |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100425            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS3                         |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100426            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS10                        |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100427            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS20                        |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100428            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS30                        |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100429            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS100                       |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100430            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS200                       |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100431            | 二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS300                       |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100436            | 三 呼吸不全で重症な状態(救急医療管理加算2):P/F比400以上(酸素投与前)           |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100437            | 三 呼吸不全で重症な状態(救急医療管理加算2):P/F比300以上400未満(酸素投与前)      |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100438            | 三 呼吸不全で重症な状態(救急医療管理加算2):P/F比200以上300未満(酸素投与前)      |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100439            | 三 呼吸不全で重症な状態(救急医療管理加算2):P/F比200未満(酸素投与前)           |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820101051            | 三 呼吸不全で重症な状態(救急医療管理加算2):P/F比400以上(酸素投与後)           |             | ※                  |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820101052            | 三 呼吸不全で重症な状態(救急医療管理加算2):P/F比300以上400未満(酸素投与後)      |             | ※                  |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820101053            | 三 呼吸不全で重症な状態(救急医療管理加算2):P/F比200以上300未満(酸素投与後)      |             | ※                  |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820101054            | 三 呼吸不全で重症な状態(救急医療管理加算2):P/F比200未満(酸素投与後)           |             | ※                  |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 842100117            | 呼吸不全で重症な状態(救急医療管理加算2)であって、酸素投与後の場合におけるFIO2の値(%)    |             | ※                  |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830100807            | P/F比400以上であって呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見(救急医療管理加算2):***** |             | ※                  |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100432            | 四 心不全で重症な状態(救急医療管理加算2):NYHA1                       |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100433            | 四 心不全で重症な状態(救急医療管理加算2):NYHA2                       |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100434            | 四 心不全で重症な状態(救急医療管理加算2):NYHA3                       |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100435            | 四 心不全で重症な状態(救急医療管理加算2):NYHA4                       |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100440            | 五 急性薬物中毒(救急医療管理加算2)                                |             |                    |
|    |            |                                                         | <p>以下の内容について、記載すること。</p> <p>ア 別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態として該当するもの</p> <p>イ 別表の二、三、四、六、七又は八に準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFIO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態に準ずる状態に該当する場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                    |             |                    |
|    |            |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                                    |             |                    |

| 項番 | 区分         | 診療行為<br>名称等       | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                                      | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|----|------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 19 | A205<br>の2 | 救急医療管理加算2         | する状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。)<br>ウ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの<br>エ 重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態に準ずる状態であってJCS(Japan Coma Scale)0の状態、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であってP/F比400以上の状態、別表の四に掲げる状態に準ずる状態であってNYHAⅠ度の状態、又は別表の八に掲げる状態に準ずる状態(顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。)であってBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠 | 820100441            | 六 ショック(救急医療管理加算2):平均血圧70mmHg以上                                                        |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820100442            | 六 ショック(救急医療管理加算2):平均血圧70mmHg未満                                                        |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820100443            | 六 ショック(救急医療管理加算2):昇圧剤利用なし                                                             |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820100444            | 六 ショック(救急医療管理加算2):昇圧剤利用あり                                                             |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 842100007            | 七 重篤な代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算2)AST値:*****                                                   |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 842100008            | 七 重篤な代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算2)ALT値:*****                                                   |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 842100009            | 七 重篤な代謝障害(腎不全)(救急医療管理加算2)eGFR値:*****                                                  |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 842100010            | 七 重篤な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)JDS値:*****                                                 |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 842100011            | 七 重篤な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)NGSP値:*****                                                |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 842100012            | 七 重篤な代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)随時血糖値:*****                                                |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830100025            | 七 重篤な代謝障害(その他)(救急医療管理加算2)具体的な状態:                                                      |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820100445            | 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index 9以上                                          |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820100446            | 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index 4以上9未満                                       |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820100447            | 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index 1以上4未満                                       |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101055            | 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index 0                                            |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820100448            | 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2):気道熱傷なし                                                  |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820100449            | 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2):気道熱傷あり                                                  |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830100642            | 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷(救急医療管理加算2)Burn Index 0;顔面熱傷又は気道熱傷なしの場合は、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠:***** |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820100450            | 九 外傷、破傷風等で重篤な状態(救急医療管理加算2)                                                            |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820100451            | 十 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態(救急医療管理加算2)                                        |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820100824            | 十一 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態(救急医療管理加算2)                                                   |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820100825            | 十二 蘇生術を必要とする重篤な状態(救急医療管理加算2)                                                          |             |                    |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101056            | 十三 その他の重症な状態(救急医療管理加算2)                                                               |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830100808            | 緊急入院が必要であると判断した医学的根拠(救急医療管理加算2):*****                                                 |             | ※                  |
|    |            |                   | 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に關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關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30年4月27日保発0428第10号)(本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。)(の別添5に掲げる医科診療行為コードを記載すること。                                                                                                    | 831110002            | 入院後3日以内に実施した主要な診療行為(救急医療管理加算2):***** (医科診療行為コード)                                      |             |                    |
|    |            |                   | (当該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)<br>当該加算を算定した入院年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                        | 850100387            | 加算を算定した入院年月日(救急医療管理加算2):(元号)yy"年"mm"月dd"日                                             |             |                    |
| 20 | A209       | 特定感染症入院医療<br>管理加算 | 院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者に係る感染症について、記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                             | 820101057            | ア 狂犬病(特定感染症入院医療管理加算)                                                                  |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101058            | イ 鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)(特定感染症入院医療管理加算)                                             |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101059            | ウ エムボックス(特定感染症入院医療管理加算)                                                               |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101060            | エ 重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)(特定感染症入院医療管理加算)                          |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101061            | オ 腎臓慢性出血熱(特定感染症入院医療管理加算)                                                              |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101062            | カ ニパウイルス感染症(特定感染症入院医療管理加算)                                                            |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101063            | キ ハンタウイルス肺症候群(特定感染症入院医療管理加算)                                                          |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101064            | ク ヘンドラウイルス感染症(特定感染症入院医療管理加算)                                                          |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101065            | ケ インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)(特定感染症入院医療管理加算)                                 |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101066            | コ 後天性免疫不全症候群(ニューモシス肺炎に限る。)(特定感染症入院医療管理加算)                                             |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101067            | サ 麻しん(特定感染症入院医療管理加算)                                                                  |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101068            | シ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)                                                    |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101069            | ス RSウイルス感染症(特定感染症入院医療管理加算)                                                            |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101070            | セ カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)                                                   |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101071            | ソ 感染性胃腸炎(特定感染症入院医療管理加算)                                                               |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101072            | タ 急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く、病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)(特定感染症入院医療管理加算)                             |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101073            | チ 新型コロナウイルス感染症(特定感染症入院医療管理加算)                                                         |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101074            | ツ 侵襲性髄膜炎菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)                                                           |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101075            | テ 水痘(特定感染症入院医療管理加算)                                                                   |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101076            | ト 先天性風しん症候群(特定感染症入院医療管理加算)                                                            |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101077            | ナ パンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)                                                  |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101078            | ニ パンコマイシン耐性腸球菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)                                                      |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101079            | ヌ 百日咳(特定感染症入院医療管理加算)                                                                  |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101080            | ネ 風しん(特定感染症入院医療管理加算)                                                                  |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101081            | ノ ペニシリン耐性肺炎球菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)                                                       |             | ※                  |
|    |            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 820101082            | ハ 無菌性髄膜炎(特定感染症入院医療管理加算)                                                               |             | ※                  |

| 項番 | 区分     | 診療行為<br>名称等                  | 記 載 事 項                                                      | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                                               | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|----|--------|------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|    |        |                              |                                                              | 820101083            | ヒ 薬剤耐性アシネトバクター感染症(特定感染症入院医療管理加算)                                                               |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101084            | フ 薬剤耐性緑膿菌感染症(特定感染症入院医療管理加算)                                                                    |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101085            | ヘ 流行性耳下腺炎(特定感染症入院医療管理加算)                                                                       |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101086            | ホ 感染症法第6条第8項に規定する指定感染症(特定感染症入院医療管理加算)                                                          |             | ※                  |
|    |        |                              | (7日を超えて算定する場合)<br>病原体検査の結果及び他の患者への感染の危険性が特に高いと判断する根拠を記載すること。 | 830100809            | 病原体検査の結果及び他の患者への感染の危険性が特に高いと判断する根拠(特定感染症入院医療管理加算);*****                                        |             | ※                  |
| 21 | A212   | 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 | 当該加算の算定開始日を記載すること。                                           | 850100020            | 算定開始年月日(超重症児(者)入院診療加算):(元号)yy"年"mm"月dd"日                                                       |             |                    |
|    |        |                              |                                                              | 850100021            | 算定開始年月日(準超重症児(者)入院診療加算):(元号)yy"年"mm"月dd"日                                                      |             |                    |
| 22 | A220-2 | 特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算         | 個室管理を必要とする原因となった感染症について、記載すること。                              | 820101087            | ア 狂犬病(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                                   |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101088            | イ 鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                              |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101089            | ウ エムボックス(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                                |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101090            | エ 重症熱性血小板減少症候群(病原体がフシボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                           |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101091            | オ 腎症候性出血熱(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                               |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101092            | カ ニパウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                             |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101093            | キ ハンタウイルス肺症候群(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                           |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101094            | ク ヘンドラウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                           |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101095            | ケ インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                  |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101096            | コ 麻しん(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                                   |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101097            | サ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                     |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101098            | シ RSウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                             |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101099            | ス カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                    |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101100            | セ 感染性胃腸炎(病原体がノロウイルスであるものに限る。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                           |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101101            | ソ 急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                              |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101102            | タ 新型コロナウイルス感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                          |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101103            | チ 侵襲性髄膜炎菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                            |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101104            | ツ 水痘(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                                    |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101105            | テ 先天性風しん症候群(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                             |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101106            | ト バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                   |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101107            | ナ バンコマイシン耐性腸球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                       |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101108            | ニ 百日咳(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                                   |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101109            | ヌ 風しん(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                                   |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101110            | ネ ペニシリン耐性肺炎球菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                        |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101111            | ノ 無菌性髄膜炎(病原体がバクテロウイルスB19によるものに限る。)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                      |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101112            | ハ 薬剤耐性アシネトバクター感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                       |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101113            | ヒ 薬剤耐性緑膿菌感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                            |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101114            | フ 流行性耳下腺炎(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                               |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101115            | ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(急性灰白髄炎)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                          |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101116            | ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(結核)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                              |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101117            | ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(ジフテリア)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                           |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101118            | ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(重症急性呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。))(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算)) |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101119            | ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。))(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))   |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101120            | ヘ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(特定鳥インフルエンザ)(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                      |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101121            | ホ 感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                          |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101122            | マ 感染症法第6条第8項に規定する指定感染症(個室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                  |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101123            | ア 鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                             |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101124            | イ 麻しん(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                                  |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101125            | ウ 新型コロナウイルス感染症(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                         |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101126            | エ 水痘(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                                                   |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101127            | オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(急性灰白髄炎)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                         |             | ※                  |
|    |        |                              |                                                              | 820101128            | オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(結核)(陰圧室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                             |             | ※                  |

| 項番 | 区分     | 診療行為<br>名称等           | 記 載 事 項                                                                                                                                                                    | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                                                | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|----|--------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 23 | A220-2 | 特定感染症患者療養環境特別加算の除任室加算 | 除任室管理を必要とする原因となった感染症について、記載すること。                                                                                                                                           | 820101129            | オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(ジフテリア)(除任室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                           |             | ※                  |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820101130            | オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(重症急性呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。))(除任室加算(特定感染症患者療養環境特別加算)) |             | ※                  |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820101131            | オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。))(除任室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))   |             | ※                  |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820101132            | オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症(特定鳥インフルエンザ)(除任室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                      |             | ※                  |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820101133            | カ 感染症法同法第6同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症(除任室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                       |             | ※                  |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820101134            | キ 感染症法同法第6同条第8項に規定する指定感染症(除任室加算(特定感染症患者療養環境特別加算))                                               |             | ※                  |
| 24 | A221-2 | 小児療養環境特別加算            | 「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A221-2小児療養環境特別加算の(1)のア又はイに規定するもののうち、対象患者として該当するものを選択して記載すること。                                                                      | 820100025            | ア 麻疹等に感染しており、他の患者への感染の危険性が高い患者                                                                  |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100026            | イ 易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者                                                                        |             |                    |
| 25 | A226   | 重症皮膚潰瘍管理加算            | 患者の皮膚潰瘍に係るSheaの分類を記載すること。                                                                                                                                                  | 830100027            | 皮膚潰瘍に係るSheaの分類(重症皮膚潰瘍管理加算):*****                                                                |             |                    |
| 26 | A228   | 精神科応急入院施設管理加算         | 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1項に規定する応急入院患者及び同法第34条第1項から第3項までの規定により移送された患者(応急入院患者等)である旨を記載すること。                                                                 | 820100452            | 規定により移送された患者(応急入院患者等)(精神科応急入院施設管理加算)                                                            |             |                    |
| 27 | A229   | 精神科隔離室管理加算            | 算定日を記載すること。                                                                                                                                                                | 算定日情報                | (算定日)                                                                                           | ○           |                    |
| 28 | A230-3 | 精神科身体合併症管理加算          | 対象患者について基本診療料の施設基準等別表第七の二の各号に掲げるものの中からいずれか該当するものを選択して記載すること。                                                                                                               | 820100453            | 呼吸器系疾患の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                         |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100454            | 心疾患の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                            |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100455            | 手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                              |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100456            | 脊髄損傷の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                           |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100457            | 重篤な内分泌・代謝性疾患の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                   |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100458            | 重篤な栄養障害の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                        |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100459            | 意識障害の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                           |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100460            | 全身感染症の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                          |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100461            | 中枢神経系の感染症の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                      |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100462            | 急性腰痛の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                           |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100463            | 劇症肝炎又は重症急性膵炎の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                   |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100464            | 悪性症候群又は横紋筋融解症の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                  |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100465            | 広範囲(半肢以上)熱傷の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                    |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100466            | 手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100467            | 透析導入時の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                          |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100468            | 重篤な血液疾患の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                        |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100469            | 急性かつ重篤な腎疾患の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                     |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100470            | 手術室での手術を必要とする状態の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100471            | 膠原病の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                            |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100472            | 妊産婦である患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                          |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100473            | 指定難病の患者(精神科身体合併症管理加算)                                                                           |             |                    |
| 29 | A230-4 | 精神科リエゾンチーム加算          | 算定日を記載すること。                                                                                                                                                                | 算定日情報                | (算定日)                                                                                           | ○           |                    |
| 30 | A231-2 | 強度行動障害入院医療管理加算        | 強度行動障害スコア及び医療度判定スコアの値を記載すること。                                                                                                                                              | 830100028            | 強度行動障害スコア(強度行動障害入院医療管理加算):*****                                                                 |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 830100029            | 医療度判定スコア(強度行動障害入院医療管理加算):*****                                                                  |             |                    |
| 31 | A231-4 | 摂食障害入院医療管理加算          | 初回算定時のBMIの値を記載すること。                                                                                                                                                        | 842100013            | 初回算定時のBMI値(摂食障害入院医療管理加算):*****                                                                  |             |                    |
| 32 | A233-2 | 栄養サポートチーム加算           | 算定日を記載すること。                                                                                                                                                                | 算定日情報                | (算定日)                                                                                           | ○           |                    |
| 33 | A234-2 | 感染対策向上加算3             | (初回算定後、90日を超えて再度算定した場合)<br>当該加算を算定した入院年月日を記載すること。                                                                                                                          | 850100401            | 加算を算定した入院年月日(感染対策向上加算3):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                                     |             |                    |
| 34 | A234-4 | 重症患者初期支援充実加算          | (当該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)<br>当該加算を算定した入院年月日を記載すること。                                                                                                           | 850190197            | 加算を算定した入院年月日(重症患者初期支援充実加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                                  |             |                    |
| 35 | A236   | 褥瘡ハイリスク患者ケア加算         | (当該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)<br>当該加算を算定した入院年月日を記載すること。<br><br>「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A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算の(3)のaからケまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。 | 850100026            | 加算を算定した入院年月日(褥瘡ハイリスク患者ケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                                 |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100826            | ア ショック状態のもの                                                                                     |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100902            | イ 重度の末梢循環不全のもの                                                                                  |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100827            | ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの                                                                     |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100903            | エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの                                                                        |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100828            | オ 特殊体位による手術を受けたもの                                                                               |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100904            | カ 強度の下痢が続く状態であるもの                                                                               |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100829            | キ 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄痘等)であるもの                                                                |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100830            | ク 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの                                                             |             |                    |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100831            | ケ 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があって既に褥瘡を有するもの                                                      |             |                    |
| 36 | A242   | 呼吸ケアチーム加算             | 算定日を記載すること。                                                                                                                                                                | 算定日情報                | (算定日)                                                                                           | ○           |                    |
| 37 | A244   | 病棟薬剤業務実施加算            | 算定日を記載すること。                                                                                                                                                                | 算定日情報                | (算定日)                                                                                           | ○           |                    |
| 38 | A246-3 | 医療的ケア児(者)入院前支援加算      | 入院前支援を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                       | 850190209            | 入院前支援を行った年月日(医療的ケア児(者)入院前支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                              |             | ※                  |
|    |        |                       |                                                                                                                                                                            | 820100832            | せん妄のリスク因子:70歳以上                                                                                 |             |                    |

| 項番 | 区分         | 診療行為<br>名称等        | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                  | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|----|------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 39 | A247-<br>2 | せん妄ハイリスク患者<br>ケア加算 | せん妄のリスク因子の確認結果について、「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」別紙様式7の3に規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。                                                                                                                                                  | 820100905            | せん妄のリスク因子:脳器質的障害                                |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100833            | せん妄のリスク因子:認知症                                   |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100906            | せん妄のリスク因子:アルコール多飲                               |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100907            | せん妄のリスク因子:せん妄の既往                                |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100834            | せん妄のリスク因子:リスクとなる薬剤(特にベンゾジアゼピン系薬剤)の使用            |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100835            | せん妄のリスク因子:全身麻酔を要する手術後又はその予定があること                |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100836            | せん妄のリスク因子:その他                                   |             |                    |
|    |            |                    | リスク因子に1項目以上該当する場合は、「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」別紙様式7の3に規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。                                                                                                                                                  | 820100908            | ハイリスク患者に対するせん妄対策:認知機能低下に対する介入(見当識の維持等)          |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100909            | ハイリスク患者に対するせん妄対策:脱水の治療・予防(適切な補液と水分摂取)           |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100837            | ハイリスク患者に対するせん妄対策:リスクとなる薬剤(特にベンゾジアゼピン系薬剤)の漸減・中止  |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100838            | ハイリスク患者に対するせん妄対策:早期離床の取組                        |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100839            | ハイリスク患者に対するせん妄対策:疼痛管理の強化(痛みの客観的評価の併用等)          |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100840            | ハイリスク患者に対するせん妄対策:適切な睡眠管理(非薬物的な入眠の促進等)           |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100841            | ハイリスク患者に対するせん妄対策:本人及び家族へのせん妄に関する情報提供            |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100842            | ハイリスク患者に対するせん妄対策:その他                            |             |                    |
| 40 | A250<br>注2 | 薬剤調整加算             | 内服薬が減少する前後の内服薬の種類数(クロロプロマジン換算の評価による場合はクロロプロマジン換算した量)を記載すること。                                                                                                                                                                             | 842100014            | 調整前の内服薬の種類数(薬剤調整加算):*****                       |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 842100015            | 調整前の内服薬の種類数(クロロプロマジン換算量(mg))(薬剤調整加算):*****      |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 842100016            | 調整後の内服薬の種類数(薬剤調整加算):*****                       |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 842100017            | 調整後の内服薬の種類数(クロロプロマジン換算量(mg))(薬剤調整加算):*****      |             |                    |
|    |            |                    | (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)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こと。                                                                                                                                            | 830100030            | 他の保険医療機関名(薬剤調整加算):*****                         |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 842100018            | 当該保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤調整加算):*****           |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 842100019            | 他の保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤調整加算):*****           |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 842100020            | 当該保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤調整加算):*****           |             |                    |
| 41 | A251       | 排尿自立支援加算           | 当該加算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。)を記載すること。                                                                                                                                                                                         | 850100027            | 初回算定年月日(排尿自立支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"           |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 842100022            | 通算算定回数(排尿自立支援加算):*****                          |             |                    |
| 42 | A253       | 協力対象施設入所者<br>入院加算  | 当該入院患者の入所していた介護保険施設等の名称                                                                                                                                                                                                                  | 830100810            | 入所していた介護保険施設等:*****                             |             | ※                  |
| 43 | A300       | 救命救急入院料            | (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)<br>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。                                                                                                                                                                 | 850100028            | 救命救急入院料の算定に係る入院年月日(救命救急入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |             |                    |
| 44 | A300<br>注5 | 急性薬物中毒加算<br>1      | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物を記載すること。                                                                                                                                                                                                             | 820101135            | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):バルビタール系薬物       |             | ※                  |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820101136            | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):プロムバレル尿酸素       |             | ※                  |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820101137            | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):三還系・四環系抗うつ薬     |             | ※                  |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820101138            | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):アセトアミノフェン       |             | ※                  |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820101139            | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):サリチル酸           |             | ※                  |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820101140            | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):有機リン系農薬         |             | ※                  |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820101141            | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):カーバメート系農薬       |             | ※                  |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820101142            | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):グルホシネート         |             | ※                  |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820101143            | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):バラコート           |             | ※                  |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820101144            | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):メタンフェタミン        |             | ※                  |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820101145            | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):メタノール           |             | ※                  |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820101146            | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):胃酸化合物           |             | ※                  |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820101147            | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):ヒ素化合物           |             | ※                  |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 830100811            | 急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):その他:*****       |             | ※                  |
| 45 | A302       | 新生児特定集中治療<br>室管理料  | (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)<br>出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。<br>慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 | 820100027            | 出生時体重 1,500g以上                                  |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100028            | 出生時体重 1,000g以上1,500g未満                          |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100029            | 出生時体重 1,000g未満                                  |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820101040            | 出生時体重 500g以上750g未満                              |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820101041            | 出生時体重 500g未満                                    |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100474            | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ア 高度の先天奇形                 |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100475            | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):イ 低体温                     |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100476            | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ウ 重症黄疸                    |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100477            | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):エ 未熟児                     |             |                    |
|    |            |                    |                                                                                                                                                                                                                                          | 820100478            | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):オ 意識障害又は昏睡                |             |                    |

別表Ⅰ（医科）－ 7

| 項番 | 区分     | 診療行為<br>名称等                        | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                                                                | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|----|--------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|    |        |                                    | 「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A302新生児特定集中治療室管理料の(1)のAからSまでのいずれに該当するか選択して記載すること。                                                                                                                                              | 820100479            | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪                                                                     |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100480            | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)                                                                         |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100481            | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ク 急性薬物中毒                                                                                  |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100482            | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ケ ショック                                                                                    |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100483            | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)                                                                 |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100484            | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):サ 大手術後                                                                                    |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100485            | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):シ 救急蘇生後                                                                                   |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100486            | 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態                                                                        |             |                    |
| 46 | A302-2 | 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料             | 「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A302-2新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の(1)のAからケまでのいずれに該当するか選択して記載すること。                                                                                                                                   | 820101148            | 該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ア 体外式膜型人工肺を実施している状態                                                              |             | ※                  |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820101149            | 該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):イ 腎代替療法(血液透析、腹膜透析等)を実施している状態                                                     |             | ※                  |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820101150            | 該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ウ 交換輸血を実施している状態                                                                  |             | ※                  |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820101151            | 該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):エ 低体温療法を実施している状態                                                                 |             | ※                  |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820101152            | 該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):オ 人工呼吸器を使用している状態(出生時体重が七百五十グラム未満である場合に限る。)                                       |             | ※                  |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820101153            | 該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):カ 人工呼吸器を使用している状態であって、一酸化窒素吸入療法を実施している状態                                          |             | ※                  |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820101154            | 該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):キ 人工呼吸器を使用している状態であって、胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している状態                                        |             | ※                  |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820101155            | 該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ク 手術後に人工呼吸器を使用している状態                                                             |             | ※                  |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820101156            | 該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ケ 新興感染症や先天性感染症等の感染症患者であって、陰圧個室管理など嚴重な感染対策を行いながら人工呼吸器を使用している状態(合併症として発生した感染症は除く。) |             | ※                  |
| 47 | A303の1 | 総合周産期特定集中治療室管理料<br>1 母体・胎児集中治療室管理料 | 「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A303総合周産期特定集中治療室管理料の(2)のAからカまでのいずれに該当するか選択して記載すること。                                                                                                                                            | 820100487            | 該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ア 合併症妊娠                                                                                   |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100488            | 該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):イ 妊娠高血圧症候群                                                                                |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100489            | 該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ウ 多胎妊娠                                                                                    |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100490            | 該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):エ 胎盤位置異常                                                                                  |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100491            | 該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):オ 切迫流産                                                                                    |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100492            | 該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの                                                                 |             |                    |
| 48 | A303の2 | 総合周産期特定集中治療室管理料<br>2 新生児集中治療室管理料   | (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)<br>出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。<br>慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。             | 820100027            | 出生時体重 1,500g以上                                                                                                  |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100028            | 出生時体重 1,000g以上1,500g未満                                                                                          |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100029            | 出生時体重 1,000g未満                                                                                                  |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820101040            | 出生時体重 500g以上750g未満                                                                                              |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820101041            | 出生時体重 500g未満                                                                                                    |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100493            | 該当するもの(新生児集中治療室管理料):ア 高度の先天奇形                                                                                   |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100494            | 該当するもの(新生児集中治療室管理料):イ 低体温                                                                                       |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100495            | 該当するもの(新生児集中治療室管理料):ウ 重症黄疸                                                                                      |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100496            | 該当するもの(新生児集中治療室管理料):エ 未熟児                                                                                       |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100497            | 該当するもの(新生児集中治療室管理料):オ 意識障害又は昏睡                                                                                  |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100498            | 該当するもの(新生児集中治療室管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪                                                                       |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100499            | 該当するもの(新生児集中治療室管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)                                                                           |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100500            | 該当するもの(新生児集中治療室管理料):ク 急性薬物中毒                                                                                    |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100501            | 該当するもの(新生児集中治療室管理料):ケ ショック                                                                                      |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100502            | 該当するもの(新生児集中治療室管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)                                                                   |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100503            | 該当するもの(新生児集中治療室管理料):サ 大手術後                                                                                      |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100504            | 該当するもの(新生児集中治療室管理料):シ 救急蘇生後                                                                                     |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100505            | 該当するもの(新生児集中治療室管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態                                                                          |             |                    |
| 49 | A303-2 | 新生児治療回復室入院医療管理料                    | (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)<br>出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。<br>慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 | 820100027            | 出生時体重 1,500g以上                                                                                                  |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100028            | 出生時体重 1,000g以上1,500g未満                                                                                          |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100029            | 出生時体重 1,000g未満                                                                                                  |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820101040            | 出生時体重 500g以上750g未満                                                                                              |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820101041            | 出生時体重 500g未満                                                                                                    |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100506            | 該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ア 高度の先天奇形                                                                               |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100507            | 該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):イ 低体温                                                                                   |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100508            | 該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ウ 重症黄疸                                                                                  |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100509            | 該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):エ 未熟児                                                                                   |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100510            | 該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):オ 意識障害又は昏睡                                                                              |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100511            | 該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪                                                                   |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100512            | 該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)                                                                       |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100513            | 該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ク 急性薬物中毒                                                                                |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100514            | 該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ケ ショック                                                                                  |             |                    |
|    |        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        | 820100515            | 該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)                                                               |             |                    |

| 項番 | 区分               | 診療行為<br>名称等                                                                                                                                                       | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                  | レセプト電算処理<br>システム用コード                          | 左記コードによるレセプト表示文言                                                   | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|----|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 820100516                                     | 該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):サ 大手術後                                     |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 820100517                                     | 該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):シ 救急蘇生後                                    |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 820100518                                     | 該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態                         |             |                    |
| 50 | A306             | 特殊疾患入院医療管理料                                                                                                                                                       | (必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合)<br>その医療上の必要性を詳細に記載すること。                                                                                                                                                          | 830100031                                     | 患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特殊疾患入院医療管理料):*****                            |             |                    |
| 51 | A308             | 回復期リハビリテーション病棟入院料                                                                                                                                                 | 対象となる疾患の発症年月日、手術年月日又は損傷年月日及び入棟年月日並びに退棟年月日を記載する                                                                                                                                                           | 850100029                                     | 対象疾患の発症年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                  |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 850100030                                     | 対象疾患の手術年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                  |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 850100031                                     | 対象疾患の損傷年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                  |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 850100032                                     | 入棟年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                       |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 850100033                                     | 退棟年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                       |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 842100023                                     | 1日6単位以上のリハビリテーション提供日数(回復期リハビリテーション病棟入院料):*****                     |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 842100024                                     | 転院前の算定日数(回復期リハビリテーション病棟入院料):*****                                  |             |                    |
|    |                  | (「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、当該患者をリハビリテーション実績指数の算出から除外する場合)<br>当該患者の入棟月の診療報酬明細書に、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。 | 830100032                                                                                                                                                                                                | 実績指数算出から除外する理由(回復期リハビリテーション病棟入院料):*****       |                                                                    |             |                    |
|    |                  | (必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合)<br>その医療上の必要性を詳細に記載すること。                                                                                                                   | 830100033                                                                                                                                                                                                | 患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(回復期リハビリテーション病棟入院料):***** |                                                                    |             |                    |
| 52 | A308-3           | 地域包括ケア病棟入院料                                                                                                                                                       | (必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合)<br>その医療上の必要性を詳細に記載すること。                                                                                                                                                          | 830100034                                     | 患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(地域包括ケア病棟入院料):*****                            |             |                    |
| 53 | A308-3           | 地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算又は在宅患者支援病床初期加算                                                                                                                           | 入院元を記載すること。                                                                                                                                                                                              | 830100035                                     | 入院元(急性期患者支援病床初期加算):*****                                           |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 830100036                                     | 入院元(在宅患者支援病床初期加算):*****                                            |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   | (入院元が急性期医療を担う病院である場合)<br>当該加算の算定対象である旨、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)<br>[記載例1]<br>入院元であるXXX病院は地域一般入院料2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。<br>(転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。 | 830100037                                     | 算定対象である旨及び転院(転棟)回数(急性期患者支援病床初期加算):*****                            |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   | (入院元が介護保健施設、介護医療院、居住施設等又は自宅である場合)<br>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)<br>[記載例2]<br>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。                                                                              | 830100040                                     | 直近の入院医療機関名及び退院年月日(在宅患者支援病床初期加算):*****                              |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          |                                               |                                                                    |             |                    |
| 54 | A309             | 特殊疾患病棟入院料                                                                                                                                                         | (必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合)<br>その医療上の必要性を詳細に記載すること。                                                                                                                                                          | 830100041                                     | 患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特殊疾患病棟入院料):*****                              |             |                    |
| 55 | A311-2<br>A311-3 | 精神科救急急性期医療入院料<br>精神科急性期治療病棟入院料<br>精神科救急・合併症入院料                                                                                                                    | 算定を開始した年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                       | 850100034                                     | 精神科救急急性期医療入院料の算定開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                          |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 850100035                                     | 精神科急性期治療病棟入院料の算定開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                          |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 850100036                                     | 精神科救急・合併症入院料の算定開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                           |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   | (転棟患者等が精神科急性期治療病棟入院料を算定する場合)<br>転棟の必要性を記載すること。                                                                                                                                                           | 830100042                                     | 転棟の必要性(精神科救急急性期医療入院料):*****                                        |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 830100043                                     | 転棟の必要性(精神科急性期治療病棟入院料):*****                                        |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 830100044                                     | 転棟の必要性(精神科救急・合併症入院料):*****                                         |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   | (医療観察法入院患者(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等)に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定による入院患者)であった者が、引き続き精神科救急救急急性期医療入院料、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)<br>医療観察法による入院の開始日及び終了日(年月日)を記載すること。         | 850100037                                     | 医療観察法による入院開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                |             |                    |
|    | 850100038        | 医療観察法による入院終了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                          |                                               |                                                                    |             |                    |
| 56 | A311-2<br>A311-3 | 精神科救急急性期医療入院料<br>精神科急性期治療病棟入院料<br>精神科救急・合併症入院料<br>の非定型抗精神病薬加算                                                                                                     | 非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。                                                                                                                                                                         | 830100045                                     | 向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科救急急性期医療入院料)):*****                            |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 830100046                                     | 向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科急性期治療病棟入院料)):*****                            |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 830100047                                     | 向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科救急・合併症入院料)):*****                             |             |                    |
| 57 | A311             | 精神科救急急性期医療入院料                                                                                                                                                     | 当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。                                                                                                                                                                         | 850100039                                     | 当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科救急急性期医療入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"           |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   | (当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合)<br>投与中止日及び投与中止の理由について、「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」別添1第1章第2部A311-3精神科救急急性期医療入院料の(3)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。                                                                 | 850100040                                     | 当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急急性期医療入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"           |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 820100519                                     | クロザピンの投与中止の理由(精神科救急急性期医療入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止              |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 820100520                                     | クロザピンの投与中止の理由(精神科救急急性期医療入院料):イ 患者事由により、投与を中止                       |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   | (他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合)<br>他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数                                                                                                      | 850100041                                     | 他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急急性期医療入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |             |                    |
|    | 842100025        | クロザピンの投与中止回数(精神科救急急性期医療入院料):*****                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |                                               |                                                                    |             |                    |
| 58 | A311-2           | 精神科急性期治療病棟入院料                                                                                                                                                     | 当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。                                                                                                                                                                         | 850100042                                     | 当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科急性期治療病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"           |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   | (当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合)<br>投与中止日及び投与中止の理由について、「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」別添1第1章第2部A311-2精神科急性期治療病棟入院料の(4)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。                                                                 | 850100043                                     | 当該病棟におけるクロザピンの投与中止日(精神科急性期治療病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"             |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 820100521                                     | クロザピンの投与中止の理由(精神科急性期治療病棟入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止              |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 820100522                                     | クロザピンの投与中止の理由(精神科急性期治療病棟入院料):イ 患者事由により、投与を中止                       |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   | (他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合)<br>他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数                                                                                                      | 850100044                                     | 他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科急性期治療病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |             |                    |
|    | 842100026        | クロザピンの投与中止回数(精神科急性期治療病棟入院料):*****                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |                                               |                                                                    |             |                    |
| 59 | A311-3           | 精神科救急・合併症                                                                                                                                                         | 当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。                                                                                                                                                                         | 850100045                                     | 当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科救急・合併症入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"            |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   | (当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合)<br>投与中止日及び投与中止の理由について、「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」別添1第1章第2部A311-3精神科救急・合併症入院料の(3)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。                                                                  | 850100046                                     | 当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急・合併症入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"            |             |                    |
|    |                  |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          | 820100523                                     | クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止               |             |                    |

| 項番 | 区分         | 診療行為<br>名称等                                                | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                  | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                 | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|----|------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 50 | 3          | 入院料                                                        |                                                                                                                                                                                                          | 820100524            | クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):イ 患者事由により、投与を中止                      |             |                    |
|    |            |                                                            | (他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合)<br>他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数                                                                                                      | 850100047            | 他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急・合併症入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 842100027            | クロザピンの投与中止回数(精神科救急・合併症入院料):*****                                 |             |                    |
| 60 | A312       | 精神療養病棟入院料                                                  | (必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合)<br>その医療上の必要性を詳細に記載すること。                                                                                                                                                          | 830100048            | 患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(精神療養病棟入院料):*****                            |             |                    |
| 61 | A312       | 精神療養病棟入院料<br>の非定型抗精神病薬<br>加算                               | 非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。                                                                                                                                                                         | 830100049            | 向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神療養病棟入院料)):*****                              |             |                    |
| 62 | A312       | 精神療養病棟入院料<br>の重症者加算                                        | 算定日を記載すること。                                                                                                                                                                                              | 算定日情報                | (算定日)                                                            | ○           |                    |
| 63 | A314       | 認知症治療病棟入院料                                                 | (必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合)<br>その医療上の必要性を詳細に記載すること。                                                                                                                                                          | 830100050            | 患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(認知症治療病棟入院料):*****                           |             |                    |
| 64 | A317       | 特定一般病棟入院料<br>の救急・在宅等支援<br>病床初期加算                           | 入院元を記載すること。                                                                                                                                                                                              | 830100051            | 入院元(特定一般病棟入院料)(救急・在宅等支援病床初期加算):*****                             |             |                    |
|    |            |                                                            | (入院元が急性期医療を担う病院である場合)<br>当該加算の算定対象である旨、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)<br>[記載例1]<br>入院元であるXXX病院は地域一般入院料2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。<br>(転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。 | 830100006            | 算定対象である旨及び転院(転棟)回数(救急・在宅等支援病床初期加算):*****                         |             |                    |
|    |            |                                                            | (入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合)<br>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)<br>[記載例2]<br>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。                                                                             | 830100007            | 直近の入院医療機関名及び退院年月日(救急・在宅等支援病床初期加算):*****                          |             |                    |
| 65 | A317       | 特定一般病棟入院料<br>を算定している患者に<br>ついて、地域包括ケア<br>入院医療管理が行われ<br>た場合 | 地域包括ケア入院医療管理を行う病室に入室した年月日を記載すること。                                                                                                                                                                        | 850100048            | 特定一般病棟入院料(地域包括ケア)を行う病室への入室年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日                 |             |                    |
|    |            |                                                            | (必要があつて患者を他の病棟等へ移動した場合)<br>その医療上の必要性を記載すること。                                                                                                                                                             | 830100054            | 患者を他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特定一般病棟入院料)(地域包括ケア):*****                    |             |                    |
| 66 | A318       | 地域移行機能強化病<br>棟入院料の非定型抗<br>精神病薬加算                           | 非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。                                                                                                                                                                         | 830100055            | 向精神病薬名(地域移行機能強化病棟入院料)(非定型抗精神病薬加算):*****                          |             |                    |
| 67 | A318       | 地域移行機能強化病<br>棟入院料の重症者加<br>算                                | 算定した日を記載すること。                                                                                                                                                                                            | 算定日情報                | (算定日)                                                            | ○           |                    |
| 68 | A319       | 特定機能病院リハビ<br>リテーション病棟入院料                                   | (医療上特に必要がある場合であつて、特定機能病院リハビリテーション病棟から他の病棟へ患者が移動した場合)<br>その医療上の必要性について詳細に記載する。                                                                                                                            | 830100476            | 他の病棟へ患者が移動した医療上の必要性(特定機能病院リハビリテーション病棟入院料):*****                  |             |                    |
|    |            |                                                            | 転院前の保険医療機関における特定機能病院リハビリテーション病棟入院料又は回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数を記載すること。                                                                                                                                       | 830100477            | 転院前の保険医療機関における算定日数(特定機能病院リハビリテーション病棟入院料):*****                   |             |                    |
| 69 | A400<br>の1 | 短期滞在手術等基本<br>料1                                            | 短手1と表示し、算定日及び手術名を記載すること                                                                                                                                                                                  | 算定日情報                | (算定日)                                                            | ○           |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100992            | 対象手術(短手1):内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)                |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100993            | 対象手術(短手1):小児食物アレルギー負荷検査                                          |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100525            | 対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 3 長径四センチメートル以上(六歳未満に限る。)               |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100526            | 対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 3 長径六センチメートル以上十二センチメートル未満(六歳未満に限る。)  |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100527            | 対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 4 長径十二センチメートル以上(六歳未満に限る。)            |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100528            | 対象手術(短手1):腋臭症手術                                                  |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100994            | 対象手術(短手1):四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。)                              |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100995            | 対象手術(短手1):骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)         |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100529            | 対象手術(短手1):半月板切除術                                                 |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100530            | 対象手術(短手1):関節鏡下半月板切除術                                             |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100996            | 対象手術(短手1):ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。)                          |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100531            | 対象手術(短手1):手根管開放手術                                                |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100532            | 対象手術(短手1):関節鏡下手根管開放手術                                            |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100997            | 対象手術(短手1):涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの                                |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100998            | 対象手術(短手1):眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法                                        |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100999            | 対象手術(短手1):眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法                                      |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820101000            | 対象手術(短手1):眼瞼下垂症手術 3 その他のもの                                       |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820101001            | 対象手術(短手1):翼状片手術(弁の移植を要するもの)                                      |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820101002            | 対象手術(短手1):治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜異性に限るものに限る。)   |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820101003            | 対象手術(短手1):緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術                              |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100533            | 対象手術(短手1):水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの                   |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820101157            | 対象手術(短手1):水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの                         |             | ※                  |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820101158            | 対象手術(短手1):水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合                                 |             | ※                  |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820101159            | 対象手術(短手1):水晶体再建術 3 計画的後囊切開を伴う場合                                  |             | ※                  |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100534            | 対象手術(短手1):乳腺腫瘍摘出術 1 長径五センチメートル未満                                 |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820101160            | 対象手術(短手1):乳腺腫瘍摘出術 2 長径五センチメートル以上                                 |             | ※                  |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100535            | 対象手術(短手1):気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)                                    |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820100536            | 対象手術(短手1):気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)                      |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820101004            | 対象手術(短手1):経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回                                  |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820101005            | 対象手術(短手1):経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合                    |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820101006            | 対象手術(短手1):下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術                                        |             |                    |
|    |            |                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 820101007            | 対象手術(短手1):下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)                                  |             |                    |

| 項番 | 区分         | 診療行為<br>名称等                                                                                                           | 記 載 事 項                                                                                                                    | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|----|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820101008            | 対象手術(短手1):下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術                                       |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820101009            | 対象手術(短手1):下肢静脈瘤血管内焼灼術                                           |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820101010            | 対象手術(短手1):下肢静脈瘤血管内塞栓術                                           |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100537            | 対象手術(短手1):内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術                    |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100538            | 対象手術(短手1):内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径ニセンチメートル未満                       |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820101011            | 対象手術(短手1):痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)                      |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820101012            | 対象手術(短手1):肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。) |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820101013            | 対象手術(短手1):尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)                                   |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820101014            | 対象手術(短手1):顕微鏡下精索静脈瘤手術                                           |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100539            | 対象手術(短手1):経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの         |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820101161            | 対象手術(短手1):経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの                    |             | ※                  |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820101162            | 対象手術(短手1):経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの                            |             | ※                  |
|    |            |                                                                                                                       | (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)<br>短期滞在手術等基本料を算定しない理由を記載すること。                         | 830100056            | 非算定理由(短手1):*****                                                |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       | (短期滞在手術等基本料1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)<br>その旨を記載すること。                               | 820100540            | 対象手術とは別目的で実施した検査等(短手1)                                          |             |                    |
| 70 | A400<br>の3 | 短期滞在手術等基本料3                                                                                                           | 短手3と表示し、検査日又は手術日及び検査名又は手術名を記載すること。                                                                                         | 算定日情報                | (算定日)                                                           | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190117810            | (選)急性期一般入院料1                                                    | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190214510            | (選)急性期一般入院料2                                                    | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190214610            | (選)急性期一般入院料3                                                    | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190214710            | (選)急性期一般入院料4                                                    | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190214810            | (選)急性期一般入院料5                                                    | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190214910            | (選)急性期一般入院料6                                                    | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190215010            | (選)地域一般入院料1                                                     | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190111910            | (選)地域一般入院料2                                                     | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190112010            | (選)地域一般入院料3                                                     | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190113410            | (選)一般病棟特別入院基本料                                                  | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190118710            | (選)特定機能病院一般病棟7対1入院基本料                                           | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190114710            | (選)特定機能病院一般病棟10対1入院基本料                                          | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190119410            | (選)専門病院7対1入院基本料                                                 | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190115710            | (選)専門病院10対1入院基本料                                                | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190115810            | (選)専門病院13対1入院基本料                                                | ○           |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 190122890            | 選定療養(入院180日超)減算(入院基本料)                                          | ○           |                    |
| 71 | A          | 180日を超える期間通算対象入院料を算定する場合                                                                                              | (「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」(平成18年9月12日厚生労働省告示第498号)の九のいずれにも該当しない場合)<br>「選」と記載すること。                                        | 820100030            | イ 通算対象入院料算定患者以外の患者                                              |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100031            | ロ 難病患者等入院診療加算を算定する患者                                            |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100032            | ハ 重症者等療養環境特別加算を算定する患者                                           |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100033            | ニ 厚生労働省告示に規定する難病患者等                                             |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100034            | ホ 悪性新生物に対する腫瘍薬を投与している状態にある患者                                    |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100035            | ヘ 悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態にある患者                                  |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100036            | ト ドレーン法等を実施している状態にある患者                                          |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100037            | チ 人工呼吸器を使用している状態にある患者                                           |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100038            | リ 人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態にある患者                                    |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100039            | ヌ 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術患者                                       |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100040            | ル 15歳未満の患者                                                      |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100041            | ヲ 小児慢性特定疾病児童等患者又は育成医療給付患者                                       |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100042            | ワ ロからヌまでに掲げる状態に準ずる状態にある患者                                       |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       | (「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」の九のいずれかに該当する場合)<br>「選外」と記載し、「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」第九のイからワまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。 | 820100043            | 処置室で死亡                                                          |             |                    |
| 72 | A          | 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 | 死亡年月日及び死亡を確認した場所として、「処置室で死亡」、「手術室で死亡」、「処置室・手術室以外で死亡」の中から該当するものを選択して記載すること。<br>なお、「処置室・手術室以外で死亡」を選択した場合は、死亡を確認した場所を記載すること。  | 820100044            | 手術室で死亡                                                          |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100045            | 処置室・手術室以外で死亡                                                    |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 830100057            | 死亡を確認した場所:*****                                                 |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100046            | (イ) 心疾患患者でジギタリス製剤を投与                                            |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100047            | (ロ) てんかん患者で抗てんかん剤を投与                                            |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100558            | (ハ) 臓器移植術を受けた患者で免疫抑制剤を投与                                        |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100559            | (ニ) 気管支喘息等の患者でテオフィリン製剤を投与                                       |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100560            | (ホ) 不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与                                      |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100561            | (ヘ) 統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与                                      |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100562            | (ト) 躁うつ病の患者でリチウム製剤を投与                                           |             |                    |
|    |            |                                                                                                                       |                                                                                                                            | 820100563            | (チ) 躁うつ病又は躁病の患者でバルプロ酸ナトリウム等を投与                                  |             |                    |

| 項番 | 区分          | 診療行為<br>名称等                         | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                     | レセプト電算処理<br>システム用コード                           | 左記コードによるレセプト表示文言                                                 | 紙レセ<br>のみ記載                          | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|----|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| 73 | B001<br>の2  | 特定薬剤治療管理料<br>1                      | 「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1部第1節B001の2特定薬剤治療管理料の(1)の(イ)から(ナ)までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。また、初回の算定年月を記載すること。ただし、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1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1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。 | 820100054                                      | (リ) 留意事項通知に規定する患者でシクロスポリンを投与                                     |                                      |                    |
|    |             |                                     | 820100056                                                                                                                                                                                                                                                   | (ヌ) 留意事項通知に規定する患者でタクロリムス水和物を投与                 |                                                                  |                                      |                    |
|    |             |                                     | 8201000565                                                                                                                                                                                                                                                  | (ル) 若年性関節リウマチ等の患者でサリチル酸系製剤を継続投与                |                                                                  |                                      |                    |
|    |             |                                     | 8201000566                                                                                                                                                                                                                                                  | (ヲ) 悪性腫瘍の患者でメトトレキサートを投与                        |                                                                  |                                      |                    |
|    |             |                                     | 8201000567                                                                                                                                                                                                                                                  | (ワ) 留意事項通知に規定する患者でエベロリムスを投与                    |                                                                  |                                      |                    |
|    |             |                                     | 8201000568                                                                                                                                                                                                                                                  | (カ) 入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質等を数日間以上投与              |                                                                  |                                      |                    |
|    |             |                                     | 8201000569                                                                                                                                                                                                                                                  | (ヨ) 重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与 |                                                                  |                                      |                    |
|    |             |                                     | 8201000570                                                                                                                                                                                                                                                  | (タ) イマチニブを投与                                   |                                                                  |                                      |                    |
|    |             |                                     | 820100062                                                                                                                                                                                                                                                   | (レ) リンパ管筋腫症の患者でシロリムス製剤を投与                      |                                                                  |                                      |                    |
|    |             |                                     | 820100063                                                                                                                                                                                                                                                   | (ソ) 腎細胞癌の患者で抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与                  |                                                                  |                                      |                    |
|    |             |                                     | 8201000572                                                                                                                                                                                                                                                  | (ツ) 片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与                    |                                                                  |                                      |                    |
|    |             |                                     | 8201000843                                                                                                                                                                                                                                                  | (ネ) 統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与               |                                                                  |                                      |                    |
|    |             |                                     | 820101163                                                                                                                                                                                                                                                   | (ナ) プスルファンを投与                                  |                                                                  | ※                                    |                    |
| 74 | B001<br>の2  | 特定薬剤治療管理料<br>1の臓器移植加算               | 当該臓器移植を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                       | 850100049                                      | 臓器移植年月日(臓器移植加算)(特定薬剤治療管理料1):(元号)yy"年<br>mm"月"dd"日"               |                                      |                    |
| 75 | B001<br>の2  | 特定薬剤治療管理料<br>1の注9加算                 | ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の実施を記載すること。                                                                                                                                                                                                                             | 830100058                                      | ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の実施(特定薬剤治療管理料1):*****                        |                                      |                    |
| 76 | B001<br>の2  | 特定薬剤治療管理料<br>1の注10加算                | (エベロリムスの初回投与から3月の間に算定する場合)<br>エベロリムスの初回投与日                                                                                                                                                                                                                  | 850100050                                      | エベロリムスの初回投与年月日(特定薬剤治療管理料1):(元号)yy"年<br>mm"月"dd"日"                |                                      |                    |
|    |             |                                     | (エベロリムスの初回投与から3月の間に算定する場合)<br>エベロリムスの血中濃度測定の実施                                                                                                                                                                                                              | 830100059                                      | エベロリムスの血中濃度測定の実施(特定薬剤治療管理料1):*****                               |                                      |                    |
| 77 | B001<br>の3  | 悪性腫瘍特異物質治<br>療管理料                   | 行った腫瘍マーカーの検査名を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                       | 830100060                                      | 検査名(悪性腫瘍特異物質治療管理料):*****                                         |                                      |                    |
| 78 | B001<br>の4  | 小児特定疾患カウ<br>ンセリング料                  | 同一患者に対し初めてのカウンセリングを行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                           | 850100051                                      | 同一患者に対し初めてのカウンセリング実施年月日(小児特定疾患カウ<br>ンセリング料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"  |                                      |                    |
| 79 | B001<br>の9  | 外来栄養食事指導料<br>の「注2」の場合               | 指導した年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                             | 850100052                                      | 指導した年月日(外来栄養食事指導料(注2)):(元号)yy"年"mm"月<br>"dd"日"                   |                                      |                    |
| 80 | B001<br>の12 | 心臓ペースメーカー指<br>導管理料の導入期加<br>算        | ペースメーカー移植術、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スメーシング機能付き植込型<br>除細動器移植術を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                            | 850100053                                      | 導入期加算(心臓ペースメーカー指導管理料)移植年月日:(元号)yy"年<br>"mm"月"dd"日"               |                                      |                    |
| 81 | B001<br>の12 | 心臓ペースメーカー指<br>導管理料の植込型除<br>細動器移行期加算 | 直近の算定年月及び使用開始日を記載すること。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」別添1第2章第1部第1節B001の12心臓ペースメーカー指導管理料の(5)の(ア)又は(イ)に規定するもの<br>のうち該当するものを選択して記載すること。                                                                                                                      | 850100054                                      | 直近の算定年月日(植込型除細動器移行期加算):(元号)yy"年"mm"月<br>"dd"日"                   |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 850100055                                      | 使用開始年月日(植込型除細動器移行期加算):(元号)yy"年"mm"月<br>"dd"日"                    |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 820100064                                      | ア 留意事項通知に規定する患者でICD適否確定までの間使用                                    |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 820100065                                      | イ 留意事項通知に規定する患者でICD植え込みまでの間使用                                    |                                      |                    |
| 82 | B001<br>の12 | 心臓ペースメーカー指<br>導管理料の遠隔モニ<br>タリング加算   | 当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                     | 850190001                                      | 直近の算定年月(遠隔モニタリング加算(心臓ペースメーカー指導管理<br>料)):(元号)yy"年"mm"月"           |                                      |                    |
| 83 | B001<br>の14 | 高度難聴指導管理料<br>のイ                     | 人工内耳植込術を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                      | 850100056                                      | 人工内耳植込術実施年月日(高度難聴指導管理料(術後3月以内)):(元<br>号)yy"年"mm"月"dd"日"          |                                      |                    |
| 84 | B001<br>の14 | 高度難聴指導管理料<br>のロ                     | 前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。                                                                                                                                                                                                                             | 850100488                                      | 前回算定年月日(高度難聴指導管理料(その他の患者)):(元号)yy"年<br>"mm"月"dd"日"               |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 820190488                                      | 初回(高度難聴指導管理料(その他の患者))                                            |                                      |                    |
| 85 | B001<br>の14 | 高度難聴指導管理料<br>の人工内耳機器調整<br>加算        | 前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。                                                                                                                                                                                                                             | 850190043                                      | 前回算定年月日(人工内耳機器調整加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                          |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 820190043                                      | 初回(人工内耳機器調整加算)                                                   |                                      |                    |
| 86 | B001<br>の15 | 慢性維持透析患者外<br>来医学管理料                 | (慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した場合)<br>その必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                     | 830100061                                      | 管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した必要性(慢性維持透析<br>患者外来医学管理料):*****             |                                      |                    |
|    |             |                                     | (慢性維持透析患者外来医学管理料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<br>合)<br>「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1部第1節B001の15慢性維持<br>透析患者外来医学管理料の(10)の(ア)から(カ)までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。                                                                              | 820100066                                      | ア 出血性合併症患者の退院月翌月の月2回目以後の末梢血液一般検<br>査                             |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 820100067                                      | イ バルス療法施行時の月2回目以後のカルシウム等の検査                                      |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 820100068                                      | ウ 副甲状腺切除を行った患者の月2回目以後のカルシウム等の検査                                  |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 820100069                                      | エ シナカルセット塩酸塩投与患者の月2回目以後のカルシウム等の検査                                |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 820100070                                      | オ 透析アミロイド症の月2回目以後のβ2-ミクログロブリン検査                                  |                                      |                    |
| 87 | B001<br>の16 | 喘息治療管理料1の<br>重度喘息患者治療<br>管理加算       | 当該加算に係る第1回目の治療管理を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                             | 850100058                                      | 第1回目の治療管理を行った年月日(重度喘息患者治療管理加算):(元<br>号)yy"年"mm"月"dd"日"           |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                | 850100059                                                        | 算定年月日(慢性疼痛疾患管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |                    |
| 88 | B001<br>の17 | 慢性疼痛疾患管理料                           | (当該患者に対し最初に当該管理料を算定した場合)<br>算定年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                   | 850100059                                      | 算定年月日(慢性疼痛疾患管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                             |                                      |                    |
| 89 | B001<br>の23 | がん患者指導管理料<br>のロ                     | 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記載すること。                                                                                                                                                                                                                          | 850100060                                      | 過去に算定した年月日(がん患者指導管理料ロ):(元号)yy"年"mm"月<br>"dd"日"                   |                                      |                    |
| 90 | B001<br>の23 | がん患者指導管理料<br>のハ                     | 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記載すること。                                                                                                                                                                                                                          | 850100061                                      | 過去に算定した年月日(がん患者指導管理料ハ):(元号)yy"年"mm"月<br>"dd"日"                   |                                      |                    |
| 91 | B001<br>の26 | 植込型輸液ポンプ持<br>続注入療法指導管理<br>料の導入期加算   | 植込術を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                          | 850100062                                      | 植込術の実施年月日(導入期加算(植込型輸液ポンプ持続注入療法指導<br>管理料)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"    |                                      |                    |
| 92 | B001<br>の27 | 糖尿病透析予防指導<br>管理料                    | 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記載すること。                                                                                                                                                                                                                    | 842100028                                      | ヘモグロビンA1c値(糖尿病透析予防指導管理料):*****                                   |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 8201000574                                     | 内服薬やインスリン製剤使用(糖尿病透析予防指導管理料)                                      |                                      |                    |
| 93 | B001<br>の28 | 小児運動器疾患指導<br>管理料                    | 前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。                                                                                                                                                                                                                             | 850190002                                      | 前回算定年月日(小児運動器疾患指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"                             |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 820190002                                      | 初回(小児運動器疾患指導管理料)                                                 |                                      |                    |
| 94 | B001<br>の29 | 乳腺炎重症化予防ケ<br>ア・指導料                  | 通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。                                                                                                                                                                                                                             | 842100029                                      | 乳腺炎重症化予防ケア・指導料1の通算実施回数:*****                                     |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 842100111                                      | 乳腺炎重症化予防ケア・指導料2の通算実施回数:*****                                     |                                      | ※                  |
| 95 | B001<br>の31 | 腎代替療法指導管理<br>料                      | (腎代替療法指導管理料を2回算定する場合)<br>その医療上の必要性を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                               | 830100065                                      | 2回算定する医療上の必要性(腎代替療法指導管理料):*****                                  |                                      |                    |
|    |             |                                     | (「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1部第1節B001の31腎代替<br>療法指導管理料の(2)の(ア)に該当する場合)<br>直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、「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<br>ついて」別添1第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(6)の(イ)から(ハ)のうちいずれか該当するもの<br>を選択して記載すること。                                     | 8201000575                                     | eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(イ) 25mL/min/1.73<br>m2以上 30mL/min/1.73m2未満 |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 8201000576                                     | eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ロ) 15mL/min/1.73<br>m2以上 25mL/min/1.73m2未満 |                                      |                    |
|    |             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 8201000577                                     | eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ハ) 15mL/min/1.73<br>m2未満                   |                                      |                    |

| 項番  | 区分                | 診療行為<br>名称等       | 記 載 事 項                                                                                                               | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                    | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |                   |                   | (「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1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(2)のイに該当する場合)<br>腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由を記載すること。 | 830100066            | 腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由:<br>*****            |             |                    |
| 96  | B001<br>の32       | 一般不妊治療管理料         | 前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。                                                                                        | 850100402            | 前回算定年月(一般不妊治療管理料):(元号)yy"年"mm"月"                    |             |                    |
|     |                   |                   |                                                                                                                       | 820190049            | 初回(一般不妊治療管理料)                                       |             |                    |
| 97  | B001<br>の33       | 生殖補助医療管理料         | 生殖補助医療の開始日における年齢(初回である場合は初回である旨)を記載すること。                                                                              | 830100478            | 生殖補助医療の開始日における年齢(生殖補助医療管理料):*****                   |             |                    |
|     |                   |                   |                                                                                                                       | 820190061            | 初回(生殖補助医療管理料)                                       |             |                    |
|     |                   |                   | 治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で、当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日を記載すること。                                                  | 830100479            | 治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計(生殖補助医療管理料):*****          |             |                    |
|     |                   |                   |                                                                                                                       | 850100403            | 胚移植術の実施回数を確認した年月日(生殖補助医療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"    |             |                    |
|     |                   |                   | 治療計画を作成し、又は見直した場合における当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。                                                               | 850100404            | 治療計画の同意を得た年月日(生殖補助医療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"        |             |                    |
|     |                   |                   | (2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合)<br>当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。                                                     | 850100405            | 治療計画の同意を得た年月日(2回目以降)(生殖補助医療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |             |                    |
| 98  | B001<br>の34<br>のハ | 二次性骨折予防継続管理料3     | 初回算定年月日を記載すること。                                                                                                       | 850100406            | 初回算定年月日(二次性骨折予防継続管理料3):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"          |             |                    |
| 99  | B001<br>の35       | アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料 | 初回算定年月日を記載すること。                                                                                                       | 850100407            | 初回算定年月日(アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"      |             |                    |
| 100 | B001<br>の36       | 下肢創傷処置管理料         | 下肢創傷処置を実施した年月日を記載すること。                                                                                                | 850190198            | 下肢創傷処置実施年月日(下肢創傷処置管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"          |             |                    |
| 101 | B001<br>の37       | 慢性腎臓病透析予防指導管理料    | 初回算定年月日を記載すること。                                                                                                       | 850190210            | 初回算定年月日(慢性腎臓病透析予防指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"         |             | ※                  |

| 項番  | 区分        | 診療行為<br>名称等        | 記 載 事 項                                                                                                      | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                               | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-----------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 102 | B001-2    | 小児科外来診療料           | 〈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〉<br>その理由を記載すること。                                           | 830100067            | 夜間緊急の受診等やむを得ない院内投与理由(小児科外来診療料);<br>*****                       |             |                    |
|     |           |                    | 〈他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定しているため小児科外来診療料を算定しない場合〉<br>他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定している旨記載すること。                     | 820100578            | 小児科外来診療料非算定理由:他の保険医療機関で在宅療養指導管理料算定                             |             |                    |
| 103 | B001-2-2  | 地域連携小児夜間・休日診療料     | 〈病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合〉<br>その理由を詳細に記載すること。                                                        | 830100068            | 2回以上算定する理由(地域連携小児夜間・休日診療料);*****                               |             |                    |
| 104 | B001-2-4  | 地域連携夜間・休日診療料       | 〈病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合〉<br>その理由を詳細に記載すること。                                                        | 830100069            | 2回以上算定する理由(地域連携夜間・休日診療料);*****                                 |             |                    |
| 105 | B001-2-7  | 外来リハビリテーション診療料     | 算定日を記載すること。                                                                                                  | 算定日情報                | (算定日)                                                          | ○           |                    |
| 106 | B001-2-8  | 外来放射線照射診療料         | 算定日を記載すること。                                                                                                  | 算定日情報                | (算定日)                                                          | ○           |                    |
|     |           |                    | 〈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〉<br>算定日を記載すること。                                                                | 算定日情報                | (算定日)                                                          | ○           |                    |
|     |           |                    | 〈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〉<br>治療を継続する医学的理由を記載すること。                                           | 830100070            | 治療を継続する医学的理由(外来放射線照射診療料);*****                                 |             |                    |
|     |           |                    | 〈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終了する場合〉<br>早期に治療終了となった医学的理由を記載すること。                                | 830100071            | 早期に治療終了となった医学的理由(外来放射線照射診療料);*****                             |             |                    |
| 107 | B001-2-11 | 小児かかりつけ診療料         | 〈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〉<br>その理由を記載すること。                                           | 830100072            | 夜間緊急の受診等やむを得ない院内投与理由(小児かかりつけ診療料);<br>*****                     |             |                    |
| 108 | B001-3-2  | ニコチン依存症管理料         | 初回の当該管理料を算定した年月日を記載すること。                                                                                     | 850100064            | 初回算定年月日(ニコチン依存症管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                        |             |                    |
| 109 | B001-7    | リンパ浮腫指導管理料(入院)     | 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)(年月日)を記載すること。                                    | 850100065            | 手術実施年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                    |             |                    |
|     |           |                    |                                                                                                              | 850100066            | 手術予定年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                    |             |                    |
| 110 | B001-7    | リンパ浮腫指導管理料(入院外)    | 〈退院後に再度算定する場合〉<br>退院日(年月日)及び実施した手術名を記載すること。                                                                  | 850100067            | 退院年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院外));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                     |             |                    |
|     |           |                    |                                                                                                              | 830100073            | 手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外));*****                                     |             |                    |
|     |           |                    | 〈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〉<br>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。                           | 830100074            | 入院中にリンパ浮腫指導管理料(入院外)を算定した保険医療機関名(リンパ浮腫指導管理料(入院外));*****         |             |                    |
|     |           |                    |                                                                                                              | 830100075            | 入院中に実施した手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外));*****                             |             |                    |
| 111 | B001-9    | 療養・就労自立支援指導料       | 前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。                                                                               | 850190003            | 前回算定年月(療養・就労自立支援指導料);(元号)yy"年"mm"月"月"                          |             |                    |
|     |           |                    |                                                                                                              | 820190003            | 初回(療養・就労自立支援指導料)                                               |             |                    |
| 112 | B004      | 退院時共同指導料1の特別管理指導加算 | 算定日を記載すること。                                                                                                  | 算定日情報                | (算定日)                                                          | ○           |                    |
| 113 | B005      | 退院時共同指導料2          | 共同指導を行った年月日を記載すること。<br><br>〈同一日に退院時共同指導料2と退院時リハビリテーション指導料又は退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合〉<br>共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。 | 850100071            | 共同指導を行った日(退院時共同指導料2);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                       |             |                    |
|     |           |                    |                                                                                                              | 830100076            | 共同指導を行った者の職種;*****                                             |             |                    |
|     |           |                    |                                                                                                              | 850100072            | 指導年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                      |             |                    |
| 114 | B005-1-2  | 介護支援等連携指導料         | 算定年月日(当該入院中に既に算定している場合は併せて初回算定日)を記載すること。                                                                     | 算定日情報                | (算定日)                                                          | ○           |                    |
|     |           |                    |                                                                                                              | 850100073            | 初回算定年月日(介護支援等連携指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                        |             |                    |
| 115 | B005-1-3  | 介護保険リハビリテーション移行支援料 | 介護保険によるリハビリテーションを開始した年月日及び維持期のリハビリテーションを終了した年月日を記載すること。                                                      | 850100074            | 介護保険によるリハビリテーションの開始年月日(介護保険リハビリテーション移行支援料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |             |                    |
|     |           |                    |                                                                                                              | 850100075            | 維持期リハビリテーションの終了年月日(介護保険リハビリテーション移行支援料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"     |             |                    |
| 116 | B005-4    | ハイリスク妊産婦共同管理料(1)   | ハイリスク妊婦又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った年月日を記載すること。                                                                      | 850100076            | 医学管理を行った年月日(ハイリスク妊産婦共同管理料(1));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"              |             |                    |
| 117 | B005-6の1  | がん治療連携計画策定料1       | 退院年月日を記載すること。                                                                                                | 850100077            | 退院年月日(がん治療連携計画策定料1);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                        |             |                    |
| 118 | B005-7の2  | 認知症専門診断管理料2        | 前回算定年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。                                                                                | 850190004            | 前回算定年月日(認知症専門診断管理料2);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                       |             |                    |
|     |           |                    |                                                                                                              | 820190004            | 初回(認知症専門診断管理料2)                                                |             |                    |
| 119 | B005-7-2  | 認知症療養指導料1(入院)      | 認知症療養計画に基づく最初の治療を行った年月日を記載すること。                                                                              | 850100078            | 認知症療養計画に基づく初回治療年月日(認知症療養指導料1(入院));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"          |             |                    |
| 120 | B005-7-2  | 認知症療養指導料1(入院外)     | 治療を行った年月日を記載すること。                                                                                            | 850100079            | 治療年月日(認知症療養指導料1(入院外));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                      |             |                    |
| 121 | B005-7-2  | 認知症療養指導料2          | 治療を行った年月日を記載すること。                                                                                            | 850100080            | 治療開始年月日(認知症療養指導料2);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                         |             |                    |
| 122 | B005-7-2  | 認知症療養指導料3          | 治療を行った年月日を記載すること。                                                                                            | 850100081            | 治療開始年月日(認知症療養指導料3);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                         |             |                    |
| 123 | B005-7-3  | 認知症サポート指導料         | 前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。                                                                               | 850190005            | 前回算定年月(認知症サポート指導料);(元号)yy"年"mm"月"月"                            |             |                    |
|     |           |                    |                                                                                                              | 820190005            | 初回(認知症サポート指導料)                                                 |             |                    |
| 124 | B005-9    | 外来排尿自立指導料          | A251排尿自立支援加算の初回算定日並びにA251排尿自立支援加算の初回算定日からのA251排尿自立支援加算及び当該指導料の通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。                | 850100082            | 排尿自立支援加算の初回算定年月日(外来排尿自立指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                |             |                    |
|     |           |                    |                                                                                                              | 842100030            | 排尿自立支援加算及び外来排尿自立指導料の通算算定回数(外来排尿自立指導料);*****                    |             |                    |
| 125 | B005-10   | ハイリスク妊産婦連携指導料1     | 精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を標榜する保険医療機関に対して診療情報が文書により提供された妊婦又は出産日(年月日)を記載すること。                                  | 820100844            | 診療情報が文書により提供された妊婦(ハイリスク妊産婦連携指導料1)                              |             |                    |
|     |           |                    |                                                                                                              | 850100409            | 出産日(ハイリスク妊産婦連携指導料1);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                        |             |                    |
| 126 | B005-10-2 | ハイリスク妊産婦連携指導料2     | 当該保険医療機関で精神療法が実施されている又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産日(年月日)を記載すること。                            | 820100845            | 産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦(ハイリスク妊産婦連携指導料2)                     |             |                    |
|     |           |                    |                                                                                                              | 850100410            | 出産日(ハイリスク妊産婦連携指導料2);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                        |             |                    |

| 項番  | 区分         | 診療行為<br>名称等                       | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                            | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 127 | B005-11の1  | 遠隔連携診療料1 診<br>断を目的とする場合           | (2回以上算定する場合)<br>「未確」と表示し、前回算定年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850100411            | 前回算定年月日(遠隔連携診療料1 診断を目的とする場合):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”            |             |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820100846            | 未確(遠隔連携診療料1 診断を目的とする場合)                                     |             |                    |
| 128 | B005-12    | こころの連携指導料<br>(1)                  | 初回算定年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100413            | 初回算定年月日(こころの連携指導料(1)):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                   |             |                    |
| 129 | B005-13    | こころの連携指導料<br>(2)                  | 初回算定年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100414            | 初回算定年月日(こころの連携指導料(2)):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                   |             |                    |
| 130 | B005-14    | プログラム医療機器<br>等指導管理料               | プログラム医療機器等指導管理料を算定する際に用いる特定保険医療材料について記載すること。<br><br>(地域の医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である医療機関において高血圧治療補助アプリを用いる場合(例えば、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関からの紹介で治療する場合や心筋梗塞等の救急治療で入院後に当該医療機関において一定期間外来でフォローする場合))<br>当該医療機関でアプリを活用して治療を行う具体的な理由について記載するとともに、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関での治療が可能かどうかを検討を行い、その検討結果について記載すること。                                                     | 820101164            | ニコチン依存症治療補助アプリ(プログラム医療機器等指導管理料)                             |             | ※                  |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820101165            | 高血圧治療補助アプリ(プログラム医療機器等指導管理料)                                 |             | ※                  |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830100812            | 当該保険医療機関においてアプリを活用して治療を行う理由(プログラム医療機器等指導管理料):*****          |             | ※                  |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830100813            | 地域のかかりつけ医機能を担う保険医療機関での治療が可能かどうかの検討結果(プログラム医療機器等指導管理料):***** |             | ※                  |
| 131 | B007       | 退院前訪問指導料                          | (2回算定した場合)<br>各々の訪問指導年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 850100084            | 訪問指導年月日(退院前訪問指導料):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                       |             |                    |
| 132 | B007-2     | 退院後訪問指導料                          | 退院日(年月日)を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 850100085            | 退院年月日(退院後訪問指導料):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                         |             |                    |
| 133 | B008の1     | 薬剤管理指導料1                          | 算定日及び薬剤名を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 算定日情報                | (算定日)                                                       | ○           |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830100078            | 薬剤名(薬剤管理指導料1):*****                                         |             |                    |
| 134 | B008の2     | 薬剤管理指導料2                          | 算定日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 算定日情報                | (算定日)                                                       | ○           |                    |
| 135 | B008-2     | 薬剤総合評価調整管理<br>料                   | (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)<br>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こと。                                                                                                                                                                                                                                                     | 830100079            | 他の保険医療機関名(薬剤総合評価調整管理料):*****                                |             |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 842100031            | 当該保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料):*****                  |             |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 842100032            | 他の保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料):*****                  |             |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 842100033            | 当該保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料):*****                  |             |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 842100034            | 他の保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤総合評価調整管理料):*****                  |             |                    |
| 136 | B009       | 診療情報提供料(Ⅰ)                        | 算定日を記載すること。<br><br>(保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合)<br>情報提供先を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 算定日情報                | (算定日)                                                       | ○           |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830100080            | 情報提供先(診療情報提供料(Ⅰ)):*****                                     |             |                    |
| 137 | B009       | 診療情報提供料(Ⅰ)<br>の注8に規定する加算          | 退院年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 850100087            | 退院年月日(注8加算(診療情報提供料(Ⅰ))):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                 |             |                    |
| 138 | B009       | 診療情報提供料(Ⅰ)<br>の検査・画像情報提供<br>加算のイ  | 退院年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 850100088            | 退院年月日(検査・画像情報提供加算イ(診療情報提供料(Ⅰ))):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”         |             |                    |
| 139 | B009       | 診療情報提供料(Ⅰ)<br>の療養情報提供加算           | 療養に係る情報を得た訪問看護ステーション名を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830100081            | 訪問看護ステーション名(療養情報提供加算(診療情報提供料(Ⅰ))):*****                     |             |                    |
| 140 | B010       | 診療情報提供料(Ⅱ)                        | 算定日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 算定日情報                | (算定日)                                                       | ○           |                    |
| 141 | B010-2     | 診療情報連携共有料                         | 連携先の保険医療機関名を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830100082            | 連携先保険医療機関名(診療情報連携共有料):*****                                 |             |                    |
| 142 | B011       | 連携強化診療情報提<br>供料                   | (妊婦である場合)<br>当該患者が妊婦している者である旨記載すること。<br><br>(産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関等と他の保険医療機関が連携した場合)<br>前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                | 820100579            | 妊娠中(連携強化診療情報提供料)                                            |             |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100415            | 前回算定年月(連携強化診療情報提供料):(元号)yy”年”mm”月”                          |             |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820190050            | 初回(連携強化診療情報提供料)                                             |             |                    |
| 143 | B011<br>注5 | 連携強化診療情報提<br>供料                   | (注5に規定する注1から注4までのいずれにも該当しない場合(頻回の情報提供の必要性を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合を除く。))<br>前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                     | 850190199            | 前回算定年月(注5(頻回の情報提供を行う場合以外)):(元号)yy”年”mm”月”                   |             |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 820190062            | 初回(注5(頻回の情報提供を行う場合以外))                                      |             |                    |
| 144 | B012       | 傷病手当金意見書交付<br>料                   | 交付年月日を記載すること。<br><br>(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)<br>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。<br><br>(遺族等に対して意見書を交付した場合で遺族等が他に療養の給付を受けていない場合)<br>当該遺族等の診療報酬明細書に相続と表示し、意見書の対象となった傷病名を「傷病名」欄に記載すること。<br><br>(遺族等に対して意見書を交付した場合で遺族等が他に療養の給付を受けている場合)<br>当該遺族等の診療報酬明細書に相続と表示し、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「傷病名」欄に記載すること。 | 850100089            | 交付年月日(傷病手当金意見書交付料):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                      |             |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 傷病名コード               | (傷病名を表示する。)                                                 | ○           |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 修飾語コード               | (修飾語を表示する。)                                                 | ○           |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 傷病名コード               | (傷病名を表示する。)                                                 | ○           |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 修飾語コード               | (修飾語を表示する。)                                                 | ○           |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 傷病名コード               | (傷病名を表示する。)                                                 | ○           |                    |
| 145 | B012       | 感染症法による公費<br>負担申請に係る診断<br>書料及び協力料 | 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旨を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 180000850            | 感染症法申請診断書交付料                                                | ○           |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 180000950            | 感染症法申請手続代行料                                                 | ○           |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 180001030            | 感染症法申請診断書交付・申請手続代行料                                         | ○           |                    |
| 146 | B013       | 療養費同意書交付料                         | 交付年月日及び同意書又は診断書の病名欄に記載した病名を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850100090            | 交付年月日(療養費同意書交付料):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                        |             |                    |
|     |            |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830100083            | 同意書又は診断書に記載した病名(療養費同意書交付料):*****                            |             |                    |
| 147 | B014       | 退院時薬剤情報管理<br>指導料                  | 退院年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 850100091            | 退院年月日(退院時薬剤情報管理指導料):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                     |             |                    |

| 項番  | 区分   | 診療行為<br>名称等        | 記 載 事 項                                                                                             | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                             | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 148 | B015 | 精神科退院時共同指<br>導料1のイ | 対象となる患者の状態について記載すること。                                                                               | 820100581            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のイ）：措置入院にかかる患者                           |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100582            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のイ）：緊急措置入院にかかる患者                         |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100583            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のイ）：医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者             |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100584            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のイ）：入院の期間が1年以上の患者                        |             |                    |
| 149 | B015 | 精神科退院時共同指<br>導料1のロ | 対象となる患者の状態について記載すること。                                                                               | 820100585            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のロ）：6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある。       |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100586            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のロ）：自分1人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある      |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100587            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のロ）：家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。   |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100588            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のロ）：行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。 |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100589            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のロ）：自傷や自殺を企てたことがある。                      |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100590            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のロ）：家族への暴力、暴言、拒絶がある。                     |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100591            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のロ）：警察・保健所介入歴がある。                        |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100592            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のロ）：定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。          |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100593            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のロ）：外来受診をしないことが2か月以上あった。                 |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100594            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のロ）：自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。  |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100595            | 精神科退院時共同指導料1のロの対象患者：直近の入院は措置入院である。                           |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100596            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のロ）：日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。 |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100597            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のロ）：家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。                 |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100598            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のロ）：支援をする家族がいない。                         |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100599            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料1のロ）：同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。              |             |                    |
| 150 | B015 | 精神科退院時共同指<br>導料2   | 対象となる患者の状態について記載すること。                                                                               | 820100600            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：措置入院にかかる患者                             |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100601            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：緊急措置入院にかかる患者                           |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100602            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者               |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100603            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：入院の期間が1年以上の患者                          |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100604            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある。         |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100605            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：自分1人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある        |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100606            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。     |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100607            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。   |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100608            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：自傷や自殺を企てたことがある。                        |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100609            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：家族への暴力、暴言、拒絶がある。                       |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100610            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：警察・保健所介入歴がある。                          |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100611            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。            |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100612            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：外来受診をしないことが2か月以上あった。                   |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100613            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。    |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100614            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：直近の入院は措置入院である。                         |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100615            | 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料2）：日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。   |             |                    |
| 151 | C    | 在宅患者診療・指導<br>料     | (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又は訪問看護を行った場合)<br>「支援」と記載し、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。  | 830100085            | 指示のあった在宅療養支援診療所名：*****                                       |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     |                      |                                                              |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     |                      |                                                              |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     |                      |                                                              |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     |                      |                                                              |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     |                      |                                                              |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     |                      |                                                              |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     |                      |                                                              |             |                    |
| 152 | C    | 乳幼児呼吸管理材料<br>加算    | (1月に3回分又は2回分の算定を行う場合)<br>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又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。 | 820100619            | 当月以外の算定月（乳幼児呼吸管理材料加算）：当月分                                    |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100620            | 当月以外の算定月（乳幼児呼吸管理材料加算）：翌月分                                    |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100621            | 当月以外の算定月（乳幼児呼吸管理材料加算）：翌々月分                                   |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100622            | 当月以外の算定月（乳幼児呼吸管理材料加算）：前月分                                    |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                     | 820100623            | 当月以外の算定月（乳幼児呼吸管理材料加算）：前々月分                                   |             |                    |

| 項番  | 区分         | 診療行為<br>名称等                                                        | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                      | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 153 | C000       | 往診料等                                                               | (往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は在宅がん医療総合診療料を算定している患者に往診料を算定した場合)<br>当該他の保険医療機関の名称を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 830100814            | 訪問診療を行っている保険医療機関名:*****                               |             | ※                  |
|     |            |                                                                    | (往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームに入所する患者に往診料を算定した場合)<br>当該介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームの名称を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 830100815            | 入所する介護保険施設等の名称:*****                                  |             | ※                  |
|     |            |                                                                    | (在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した日と同一日に往診料を算定した場合)<br>患者の病状の急変等往診が必要となった理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 830100086            | 患者の病状の急変等往診が必要となった理由:*****                            |             |                    |
| 154 | C000       | 往診料<br>特別往診料                                                       | 往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 830100087            | 往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間(特別往診料):*****              |             |                    |
| 155 | C000       | 往診料の患者診療時間<br>加算                                                   | 診療時間を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 114000970            | 患者診療時間加算(往診料)                                         | ○           |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 114002470            | 患者診療時間加算(特別往診)                                        | ○           |                    |
| 156 | C000       | 往診料<br>在宅ターミナルケア加<br>算                                             | 死亡年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 850100098            | 死亡年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                |             | ※                  |
| 157 | C001       | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅰ)                                                   | (「1」の在宅患者訪問診療料1を算定する場合で、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)<br>その必要性、必要を認めた診療年月日及び当該訪問診療を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 830100088            | 頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性(在宅患者訪問診療料(1)):*****                |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100094            | 必要性を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(1)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"       |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100095            | 訪問診療年月日(在宅患者訪問診療料(1)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"            |             |                    |
|     |            |                                                                    | (「2」の在宅患者訪問診療料2を算定する場合)<br>他の保険医療機関からの求めがあった年月を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 850100096            | 他医療機関から依頼があった年月(在宅患者訪問診療料(1)): (元号)yy"年"mm"月"         |             |                    |
|     |            |                                                                    | (「2」の在宅患者訪問診療料2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」別添1第2章第2部C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の(7)のただし書きに該当する場合)<br>他の保険医療機関から求めがあった診療内容について、(7)のA又はイのうち、該当するものを記載すること。また、6月を超えて訪問診療を行った場合は、継続的な訪問診療の必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                  | 820100072            | A その診療料の医師でなければ困難な診療                                  |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100073            | イ 既に診療した傷病等とは明らかに異なる傷病に対する診療                          |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830100089            | 継続的な訪問診療の必要性(在宅患者訪問診療料2):*****                        |             |                    |
|     |            |                                                                    | (「2」の在宅患者訪問診療料2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」別添1第2章第2部C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の(8)の規定により、他の保険医療機関からの求めがあった月から6月を超えて算定する場合)<br>末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ核小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頭顔損傷の患者又は人工呼吸器を使用している状態の患者の中から、該当するものを選択して記載すること。 | 820100074            | 末期の悪性腫瘍                                               |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100075            | 多発性硬化症                                                |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100076            | 重症筋無力症                                                |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100077            | スモン                                                   |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100078            | 筋萎縮性側索硬化症                                             |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100079            | 脊髄小脳変性症                                               |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100080            | ハンチントン病                                               |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100081            | 進行性筋ジストロフィー症                                          |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100082            | パーキンソン病関連疾患(留意事項通知に規定するもの)                            |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100083            | 多系統萎縮症(留意事項通知に規定するもの)                                 |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100084            | プリオン病                                                 |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100085            | 亜急性硬化性全脳炎                                             |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100086            | ライソゾーム病                                               |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100087            | 副腎白質ジストロフィー                                           |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100088            | 脊髄性筋萎縮症                                               |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100089            | 球脊髄性筋萎縮症                                              |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100090            | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎                                         |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100091            | 後天性免疫不全症候群                                            |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100092            | 頭顔損傷の患者                                               |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100093            | 人工呼吸器を使用している状態の患者                                     |             |                    |
| 158 | C001       | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅰ)の患者診療時間<br>加算                                      | 診療時間を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 114001470            | 患者診療時間加算(在宅患者訪問診療料(1)・(2))                            | ○           |                    |
| 159 | C001       | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅰ)(「1」に限る。)の<br>在宅ターミナルケア加<br>算                      | 死亡年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 850100098            | 死亡年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                |             |                    |
|     |            |                                                                    | (当該患者が在宅以外で死亡した場合)<br>死亡前24時間以内に行った訪問診療の年月日及び時刻を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 850100100            | 死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 851100038            | 死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻(在宅ターミナルケア加算)                      |             |                    |
| 160 | C001       | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅰ)(「1」に限る。)の<br>死亡診断加算                               | (「情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断等ガイドライン(平成29年9月厚生労働省)」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い、死亡診断加算のみを算定する場合)<br>ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 820100624            | ICTを利用した看護師との連携による死亡診断                                |             |                    |
| 161 | C001       | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅰ)<br>注9の規定により算定<br>する場合(患者との距離<br>が16kmを超えた場合<br>等) | 訪問地域(距離)、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 830100090            | 訪問地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間(在宅患者訪問診療料(1)):*****       |             |                    |
| 162 | C001-<br>2 | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅱ)                                                   | (注1のイの場合で、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)<br>その必要性、必要を認めた診療年月日及び当該訪問診療を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830100091            | 頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性(在宅患者訪問診療料(2)):*****                |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100102            | 必要を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(2)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"        |             |                    |
|     |            |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100103            | 訪問診療年月日(在宅患者訪問診療料(2)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"            |             |                    |
| 163 | C001-<br>2 | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅱ)の患者診療時間<br>加算                                      | 診療時間を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 114001470            | 患者診療時間加算(在宅患者訪問診療料(1)・(2))                            | ○           |                    |

| 項番  | 区分               | 診療行為<br>名称等                                           | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                               | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 164 | C001-2           | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)の在宅ターミナルケア加算             | 死亡年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 850100098            | 死亡年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                         |             |                    |
|     |                  |                                                       | (当該患者が有料老人ホーム等以外で死亡した場合)<br>死亡前24時間以内に行った訪問診療の年月日及び時刻を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 850100100            | 死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"          |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 851100038            | 死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻(在宅ターミナルケア加算)                               |             |                    |
| 165 | C001-2           | 在宅患者訪問診療料<br>(Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)の死亡診断加算                  | (「情報通信機器(ICT)」を利用した死亡診断等ガイドライン(平成29年9月厚生労働省)」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い、死亡診断加算のみを算定する場合)<br>ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 820100624            | ICTを利用した看護師との連携による死亡診断                                         |             |                    |
| 166 | C002<br>C002-2   | 在宅時医学総合管理料<br>施設入居時等医学総合管理料                           | 当該月において往診又は訪問診療を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 850100106            | 往診又は訪問診療年月日(在医総管):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                          |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100107            | 往診又は訪問診療年月日(施医総管):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                          |             |                    |
|     |                  |                                                       | 当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 850100492            | 情報通信機器を用いた診療年月日(在医総管):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                      |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100493            | 情報通信機器を用いた診療年月日(施医総管):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                      |             |                    |
|     |                  |                                                       | (単一建物診療患者が2人以上の場合)<br>その人数を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 842100035            | 単一建物診療患者数(在医総管);*****                                          |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 842100036            | 単一建物診療患者数(施医総管);*****                                          |             |                    |
|     |                  |                                                       | (在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「同一建物居住者以外の場合」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療をした場合など、同一の患者において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、A000初診料又はA001再診料又は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)<br>その旨を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 820100847            | 2人目患者診療時間が1時間超                                                 |             |                    |
|     |                  |                                                       | (在宅時医学総合管理料について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が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)<br>「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」、「在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下」の中から、該当するものを選択して記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 820100094            | 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                                      |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100095            | 在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下                                    |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100096            | 当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下                                |             |                    |
| 167 | C002<br>C002-2   | 在宅時医学総合管理料<br>施設入居時等医学総合管理料の在宅移行早期加算                  | 初回の当該管理料を算定した年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 850100108            | 初回算定年月日(在宅移行早期加算(在医総管)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                    |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100109            | 初回算定年月日(在宅移行早期加算(施医総管)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                    |             |                    |
| 168 | C002<br>C002-2   | 在宅時医学総合管理料<br>施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算                   | 「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2節C002在宅時医学総合管理料及びC000-2施設入居時等医学総合管理料の(23)に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。なお、(23)に規定するものについては、以下のとおりであること。<br><br>〔1 要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態〕<br>1-1 要介護3<br>1-2 要介護4<br>1-3 要介護5<br>1-4 障害支援区分2以上<br>〔2 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上〕<br>2-1 ランクⅢa<br>2-2 ランクⅢb<br>2-3 ランクⅣ<br>2-4 ランクⅣM<br>3 頻回の訪問看護を受けている状態<br>4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態<br>5 介護保険法第8条第1項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態<br>6 麻薬投薬を受けている状態<br>〔7 その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態〕<br>7-1 脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者<br>7-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者<br>7-3 「超重症児(者)・準超重症児(者)」の判定基準Ⅱによる判定スコアが10以上である患者<br>7-4 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者 | 820100626            | 該当する状態(包括的支援加算):1-1 要介護3                                       |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100627            | 該当する状態(包括的支援加算):1-2 要介護4                                       |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100628            | 該当する状態(包括的支援加算):1-3 要介護5                                       |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100629            | 該当する状態(包括的支援加算):1-4 障害支援区分2以上                                  |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100631            | 該当する状態(包括的支援加算):2-1 ランク3a                                      |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100632            | 該当する状態(包括的支援加算):2-2 ランク3b                                      |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100633            | 該当する状態(包括的支援加算):2-3 ランク4                                       |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100634            | 該当する状態(包括的支援加算):2-4 ランクM                                       |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100635            | 該当する状態(包括的支援加算):3 頻回の訪問看護を受けている状態                              |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100636            | 該当する状態(包括的支援加算):4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態                     |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100637            | 該当する状態(包括的支援加算):5 施設に入居し、看護職員による処置を受けている状態                     |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820101318            | 該当する状態(包括的支援加算):6 麻薬投薬を受けている状態                                 |             | ※                  |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100638            | 該当する状態(包括的支援加算):7-1 脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者            |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100639            | 該当する状態(包括的支援加算):7-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者                  |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100640            | 該当する状態(包括的支援加算):7-3 「超重症児(者)・準超重症児(者)」の判定基準Ⅱによる判定スコアが10以上である患者 |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 820100641            | 該当する状態(包括的支援加算):7-4 家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者    |             |                    |
| 169 | C003             | 在宅がん医療総合診療料                                           | 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、訪問看護を行った年月日を記載すること。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 850100111            | 訪問診療年月日(在宅がん医療総合診療料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                       |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100112            | 訪問看護年月日(在宅がん医療総合診療料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                       |             |                    |
| 170 | C004             | 救急搬送診療料の長時間加算                                         | 診療に要した時間を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 852100004            | 診療に要した時間(長時間加算(救急搬送診療料))                                       |             |                    |
| 171 | C004-2           | 救急患者連携搬送料                                             | 搬送先の保険医療機関名について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 830100816            | 搬送先の保険医療機関名(救急患者連携搬送料);*****                                   |             | ※                  |
| 172 | C005<br>C005-1-2 | 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)<br>支援と記載し、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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830100092            | 支援 訪問看護の指示を行った在宅療養支援診療所名(在宅患者訪問看護・指導料);*****                   |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830100093            | 訪問看護の指示を行った在宅療養支援診療所名(同一建物居住者訪問看護・指導料);*****                   |             |                    |
|     |                  |                                                       | (月の初日が週の途中にある場合)<br>前月の最終の週における訪問回数を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 842100037            | 前月最終週の訪問回数(在宅患者訪問看護・指導料);*****                                 |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 842100038            | 前月最終週の訪問回数(同一建物居住者訪問看護・指導料);*****                              |             |                    |
|     |                  |                                                       | (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)<br>それぞれの回数を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 842100039            | 指導回数(在宅患者訪問看護・指導料);*****                                       |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 842100040            | 指導回数(同一建物居住者訪問看護・指導料);*****                                    |             |                    |
| 173 | C005<br>C005-1-2 | 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算               | 頻回な在宅患者訪問看護・指導を行う必要を認めた診療年月日、訪問看護・指導を行った年月日及びその必要を認めた理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100113            | 頻回な在宅患者訪問看護・指導を行う必要を認めた診療年月日(難病等複数回訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"   |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100114            | 訪問看護・指導を行った年月日(難病等複数回訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                 |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830100094            | 頻回な訪問看護・指導の必要を認めた理由(難病等複数回訪問加算);*****                          |             |                    |
| 174 | C005<br>C005-1-2 | 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅患者連携指導加算、同一建物居住者連携指導加算 | 情報共有を行った年月日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850100117            | 情報共有年月日(在宅患者連携指導加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                        |             |                    |
|     |                  |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100118            | 指導年月日(在宅患者連携指導加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                          |             |                    |

| 項番  | 区分                   | 診療行為<br>名称等                                                         | 記 載 事 項                                                                                                                                                      | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 175 | C005<br>C005-<br>1-2 | 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅患者緊急時等カンファレンス加算・同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算 | カンファレンスを実施した年月日及び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年月日を記載すること。                                                                                                      | 850100119            | カンファレンス実施年月日（緊急時等カンファレンス加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日” |             |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 850100120            | 共同指導年月日（緊急時等カンファレンス加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”      |             |                    |
| 176 | C005<br>C005-<br>1-2 | 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算・同一建物居住者ターミナルケア加算           | 訪問看護を実施した年月日及び時刻、患者が死亡した場所として在宅又は在宅以外のうち該当するもの及び日時（年月日及び時刻）を記載すること。                                                                                          | 820100097            | 在宅で死亡                                           |             |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 820100098            | 在宅以外で死亡                                         |             |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 850100098            | 死亡年月日（在宅ターミナルケア加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”          |             |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 851100001            | 患者死亡時刻（在宅ターミナルケア加算）                             |             |                    |
| 177 | C005<br>C005-<br>1-2 | 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅移行管理加算又は在宅移行管理重症者加算                  | 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。）を記載すること。                                                                                                   | 特定器材コード <sup>2</sup> | （特定器材名を表示する。）                                   | ○           |                    |
| 178 | C005<br>C005-<br>1-2 | 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算                  | 訪問看護を実施した日時（年月日及び時刻）を記載すること。                                                                                                                                 | 850100121            | 訪問看護年月日（夜間・早朝訪問看護加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”        |             |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 850100122            | 訪問看護年月日（深夜訪問看護加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”           |             |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 851100002            | 訪問看護実施時刻（夜間・早朝訪問看護加算）                           |             |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 851100003            | 訪問看護実施時刻（深夜訪問看護加算）                              |             |                    |
| 179 | C005<br>C005-<br>1-2 | 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の看護・介護職員連携強化加算                          | 介護職員等と同行訪問した年月日を記載すること。                                                                                                                                      | 850100123            | 同行訪問年月日（看護・介護職員連携強化加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”      |             |                    |
| 180 | C005<br>C005-<br>1-2 | 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の特別地域訪問看護加算                             | 患者の住所並びに通常の経路及び方法で訪問に要する時間（片道）を記載すること。                                                                                                                       | 830100095            | 患者住所（特別地域訪問看護加算）：*****                          |             |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 852100005            | 訪問に要する時間（片道）（特別地域訪問看護加算）                        |             |                    |
| 181 | C005<br>C005-<br>1-2 | 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の緊急訪問看護加算                               | 加算を算定する理由を詳細に記載すること。                                                                                                                                         | 830100817            | 緊急訪問看護の理由（緊急訪問看護加算）：*****                       |             | ※                  |
|     |                      |                                                                     | 緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                       | 850190211            | 緊急訪問年月日（緊急訪問看護加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”           |             | ※                  |
| 182 | C005-<br>2           | 在宅患者訪問点滴注射管理指導料                                                     | 点滴注射を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                          | 850100124            | 点滴注射年月日（在宅患者訪問点滴注射管理指導料）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”    |             |                    |
|     |                      |                                                                     | （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）<br>「注射」欄の例により記載し、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。<br>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。 | 820100642            | 訪点                                              |             |                    |
| 183 | C006                 | 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料                                                | 訪問指導を行った日及び単位数を記載すること。                                                                                                                                       | 算定日情報                | （算定日）                                           | ○           |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 114006410            | 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（同一建物居住者以外）                 | ○           |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 114015010            | 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（同一建物居住者）                   | ○           |                    |
|     |                      |                                                                     | （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）<br>「急性」と表示すること。                                                                                           | 820100643            | 急性                                              |             |                    |
| 184 | C007                 | 訪問看護指示料                                                             | 算定日を記載すること。                                                                                                                                                  | 算定日情報                | （算定日）                                           | ○           |                    |
| 185 | C007                 | 訪問看護指示料の特別訪問看護指示加算                                                  | 算定日を記載すること。また、頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由として、「急性増悪」、「終末期」、「退院直後」、「その他」の中から該当するものを選択して記載すること。なお、「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。                                        | 820100099            | 急性増悪                                            |             |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 820100100            | 終末期                                             |             |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 820100101            | 退院直後                                            |             |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 830100469            | その他具体的理由（特別訪問看護指示加算）：*****                      |             |                    |
| 186 | C007<br>注3           | 訪問看護指示料の手順書加算                                                       | 前回の算定日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。                                                                                                                                 | 850100418            | 前回算定年月日（手順書加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”              |             |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 820190052            | 初回（手順書加算）                                       |             |                    |
| 187 | C007-<br>2           | 介護職員等喀痰吸引等指示料                                                       | 前回の指示書を交付した年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。                                                                                                                         | 850190006            | 指示書の前回交付年月日（介護職員等喀痰吸引等指示料）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”  |             |                    |
|     |                      |                                                                     |                                                                                                                                                              | 820190006            | 初回（介護職員等喀痰吸引等指示料）                               |             |                    |

| 項番  | 区分   | 診療行為<br>名称等        | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                    | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                    | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 188 | C008 | 在宅患者訪問薬剤管理指導料      | (月2回以上算定した場合)<br>算定日を記載すること。                                                                                                                                                                                               | 算定日情報                | (算定日)                                                               | ○           |                    |
|     |      |                    | (単一建物診療患者が2人以上の場合)<br>その人数を記載すること。                                                                                                                                                                                         | 842100041            | 単一建物患者数(在宅患者訪問薬剤管理指導料):*****                                        |             |                    |
|     |      |                    | (1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が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在宅患者訪問薬剤管理指導料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) | 820100103            | 同居する同一世帯の患者が2人以上                                                    |             |                    |
|     |      |                    | 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下」又は「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」の中から、該当するものを選択して記載すること。                                                                                         | 820100104            | 管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下                                           |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 820100105            | 当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下                                       |             |                    |
| 189 | C009 | 在宅患者訪問栄養食事指導料      | (単一建物診療患者が2人以上の場合)<br>その人数を記載すること。                                                                                                                                                                                         | 842100042            | 単一建物患者数(在宅患者訪問栄養食事指導料):*****                                        |             |                    |
|     |      |                    | (1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が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在宅患者訪問栄養食事指導料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)  | 820100103            | 同居する同一世帯の患者が2人以上                                                    |             |                    |
|     |      |                    | 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で指導料を算定する者が2人以下」又は「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」の中から、該当するものを選択して記載すること。                                                                                        | 820100106            | 指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下                                          |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 820100107            | 当該建築物の戸数が20戸未満で指導料を算定する者が2人以下                                       |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 820100094            | 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                                           |             |                    |
| 190 | C010 | 在宅患者連携指導料          | 情報共有を行った年月日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                           | 850100125            | 情報共有年月日(在宅患者連携指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                               |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 850100126            | 指導年月日(在宅患者連携指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                 |             |                    |
| 191 | C011 | 在宅患者緊急時等カンファレンス料   | カンファレンスを実施した年月日及び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年月日を記載すること。                                                                                                                                                                    | 850100127            | カンファレンス実施年月日(在宅患者緊急時等カンファレンス料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                   |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 850100128            | 指導年月日(在宅患者緊急時等カンファレンス料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                          |             |                    |
| 192 | C012 | 在宅患者共同診療料          | 初回算定年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                            | 850100129            | 初回算定年月日(在宅患者共同診療料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                               |             |                    |
|     |      |                    | (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障害等の患者を対象とした場合)<br>当該診療の初回算定年月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。)を記載すること。                                                                                            | 842100043            | 通算算定回数(在宅患者共同診療料):*****                                             |             |                    |
| 193 | C013 | 在宅患者訪問褥瘡管理指導料      | (「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2部C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料の(8)又は(9)により当該指導管理料算定する場合)<br>カンファレンスの実施年月日、DESIGN-R※2020による深さの評価及び本通知C013(2)のいずれに該当するのかを記載すること。                                                                 | 850100130            | 初回カンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                   |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 850100131            | 2回目のカンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                 |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 850100132            | 3回目のカンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                 |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 820100644            | DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d0(皮膚損傷・発赤なし)                   |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 820100645            | DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d1(持続する発赤)                      |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 820100646            | DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d2(真皮までの損傷)                     |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 820100647            | DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D3(皮下組織までの損傷)                   |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 820100648            | DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D4(皮下組織を越える損傷)                  |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 820100649            | DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D5(関節腔・体腔に至る損傷)                 |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 820100650            | DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):DU(深さ判定が不能の場合)                  |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 820100651            | 該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):ア 重度の末梢循環不全のもの                                  |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 820100652            | 該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの                     |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 820100653            | 該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):ウ 強度の下痢が続く状態であるもの                               |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 820100654            | 該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):エ 極度の皮膚脆弱であるもの                                  |             |                    |
| 194 | C014 | 外来在宅共同指導料          | 共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                        | 830100643            | 共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称(外来在宅共同指導料):*****                             |             |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 850100490            | 共同指導を行った年月日(外来在宅共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                           |             |                    |
| 195 | C015 | 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 | ICTを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                       | 850190212            | ICTを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日(在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |             | ※                  |
| 197 | C100 | 退院前在宅療養指導管理料       | (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(院外処方の場合を除く。))<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、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。                                                                                                                 | 医薬品コード               | (医薬品名を表示する。)                                                        | ○           |                    |
|     |      |                    |                                                                                                                                                                                                                            | 特定器材コード              | (特定器材名を表示する。)                                                       | ○           |                    |

| 項番  | 区分                     | 診療行為<br>名称等                 | 記 載 事 項                                                                                                                                                       | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                      | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 198 | C101                   | 在宅自己注射指導管理料                 | (在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。))<br>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。                                                                                       | 医薬品コード               | (医薬品名を表示する。)                                          | ○           |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 830100480            | 薬剤支給日数(在宅自己注射指導管理料);*****                             |             |                    |
|     |                        |                             | (緊急時に受診した場合の注射に係る費用を算定する場合)<br>緊急時の受診である旨及びその年月日を記載すること。                                                                                                      | 820100656            | 算定理由(在宅自己注射指導管理料);緊急時                                 |             |                    |
| 199 | C101<br>注4             | 在宅自己注射指導管理料<br>バイオ後続品導入初期加算 | 初回処方年月日を記載すること。                                                                                                                                               | 850100133            | 緊急受診した年月日(在宅自己注射指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日             |             |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 850100408            | 初回使用年月日(バイオ後続品導入初期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日              |             |                    |
| 200 | C101-3                 | 在宅妊婦糖尿病患者指導管理料2             | 分娩日(年月日)を記載すること。                                                                                                                                              | 850100134            | 分娩日(在宅妊婦糖尿病患者指導管理料2);(元号)yy"年"mm"月"dd"日               |             |                    |
| 201 | C102                   | 在宅自己腹膜灌流指導管理料               | (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)<br>「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2部C102在宅自己腹膜灌流指導管理料の(1)の「ア」から「オ」までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。                       | 820100110            | ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの                              |             |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 820100111            | イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの                                |             |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 820100112            | ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの                            |             |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 820100113            | エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの                           |             |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 820100114            | オ その他医師が特に必要と認めるもの                                    |             |                    |
|     |                        |                             | (人工腎臓又は腹膜灌流(連続携行式腹膜灌流に限る。))を算定した場合(院外処方の場合を除く。))<br>算定した日を記載すること。                                                                                             | 算定日情報                | (算定日)                                                 | ○           |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 算定日情報                | (算定日)                                                 | ○           |                    |
|     |                        |                             | (在宅自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合)<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、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。                                                               | 医薬品コード               | (医薬品名を表示する。)                                          | ○           |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 特定器材コード              | (特定器材名を表示する。)                                         | ○           |                    |
|     |                        |                             | (他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合)<br>J038人工腎臓を算定している他の保険医療機関名                                                                                                          | 830100096            | 人工腎臓を算定している他の保険医療機関名(在宅自己腹膜灌流指導管理料);*****             |             |                    |
| 202 | C102-2                 | 在宅血液透析指導管理料                 | (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)<br>初回の指導管理を行った年月日を記載するとともに、「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2部C102-2在宅血液透析指導管理料の(3)の「ア」から「ウ」までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。 | 850100137            | 初回算定年月日(在宅血液透析指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日               |             |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 820100115            | ア 在宅血液透析の導入期にあるもの                                     |             |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 820100116            | イ 合併症の管理が必要なもの                                        |             |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 820100117            | ウ その他医師が特に必要と認めるもの                                    |             |                    |
|     |                        |                             | (人工腎臓を算定した場合)<br>算定した日を記載すること。                                                                                                                                | 算定日情報                | (算定日情報)                                               | ○           |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 算定日情報                | (算定日情報)                                               | ○           |                    |
|     |                        |                             | (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(院外処方の場合を除く。))<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、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。                                                    | 医薬品コード               | (医薬品名を表示する。)                                          | ○           |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 特定器材コード              | (特定器材名を表示する。)                                         | ○           |                    |
|     |                        |                             | 当該月の動脈血酸素分圧又は動脈血酸素飽和度を記載すること。                                                                                                                                 | 842100072            | 動脈血酸素分圧(在宅酸素療法指導管理料);*****                            |             |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 842100044            | 動脈血酸素飽和度(%) (在宅酸素療法指導管理料);*****                       |             |                    |
| 203 | C103                   | 在宅酸素療法指導管理料                 | (慢性心不全で適用になった患者の場合)<br>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を記載すること。                                                                                      | 850100139            | 終夜睡眠ポリグラフィの実施年月日(在宅酸素療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日      |             |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 842100045            | 無呼吸低呼吸指数(在宅酸素療法指導管理料);*****                           |             |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 850100140            | 在宅酸素療法指導管理料の前回算定年月(遠隔モニタリング加算);(元号)yy"年"mm"月"         |             |                    |
| 204 | C103                   | 在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算      | 当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。                                                                                                                                       | 850100140            | 在宅酸素療法指導管理料の前回算定年月(遠隔モニタリング加算);(元号)yy"年"mm"月"         |             |                    |
| 205 | C103<br>C107<br>C107-2 | 在宅療養指導管理料加算の乳幼児呼吸管理材料加算     | (6歳未満の乳幼児に対する在宅呼吸管理を行い、専用の経皮的動脈血酸素飽和度測定器その他附属品を貸与又は支給した場合)<br>貸与又は支給した機器等の名称及びその数量を記載すること。                                                                    | 830100819            | 貸与又は支給した機器等の名称及びその数量(在宅療養指導管理材料加算(乳幼児呼吸管理材料加算));***** |             | ※                  |
| 206 | C104                   | 在宅中心静脈栄養法指導管理料              | (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(院外処方の場合を除く。))<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、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。                                                      | 医薬品コード               | (医薬品名を表示する。)                                          | ○           |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 特定器材コード              | (特定器材名を表示する。)                                         | ○           |                    |
| 207 | C105                   | 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料            | (在宅経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。))<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。                                                                                       | 医薬品コード               | (医薬品名を表示する。)                                          | ○           |                    |
| 208 | C105-2                 | 在宅小児経管栄養法指導管理料              | (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。))に算定した場合)<br>体重を記載すること。                                                                    | 842100046            | 患者体重(kg)(在宅小児経管栄養法指導管理料);*****                        |             |                    |
|     |                        |                             | (在宅小児経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。))<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。                                                                                     | 医薬品コード               | (医薬品名を表示する。)                                          | ○           |                    |
| 209 | C105-3                 | 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料           | 胃瘻造設年月日及び初回算定年月日を記載すること。                                                                                                                                      | 850100141            | 胃瘻造設年月日(在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日         |             |                    |
|     |                        |                             |                                                                                                                                                               | 850100142            | 初回算定年月日(在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日         |             |                    |
|     |                        |                             | (在宅半固形栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。))<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。                                                                                  | 医薬品コード               | (医薬品名を表示する。)                                          | ○           |                    |
|     |                        |                             | (半固形状の流動食(市販されているものに限る。))に係る指導管理を行った場合)<br>当該流動食の製品名を記載すること。                                                                                                  | 医薬品コード               | (医薬品名を表示する。)                                          | ○           |                    |

| 項番  | 区分                                                                                                                             | 診療行為<br>名称等                                                                                                                                                                              | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                        | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 210 | C106                                                                                                                           | 在宅自己導尿指導管理料                                                                                                                                                                              | （在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合（院外処方の場合を除く。））<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。                                                                                                                                                                                                 | 医薬品コード               | （医薬品名を表示する。）                                                            | ○           |                    |
| 211 | C107-<br>2<br>C107-<br>2<br>注3                                                                                                 | 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料<br>情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料                                                                                                                                             | 一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、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を記載すること。ただし、「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2部C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)のイに該当する場合は、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の記載は不要であること。<br>※注3における「初診日」は一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日を指す。 | 850100143            | 一連の治療期間における初回の指導管理年月日（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”              |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 842100047            | 直近の無呼吸低呼吸指数（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）：*****                                      |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 830100099            | 睡眠ポリグラフィー上の所見（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）：*****                                    |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 850100144            | 睡眠ポリグラフィー実施年月日（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”                     |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 830100100            | 算定日の自覚症状（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）：*****                                         |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          | （注3を算定する場合）<br>CPAP 療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを<br>対面診療で確認した日を記載すること。<br><br>（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）<br>その理由を記載すること。                                                                                                                          | 850190214            | 症状が改善していることを対面診療で確認した年月日（情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日” | ※           |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 830100101            | 療法の継続が可能であると認める理由（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）：*****                                |             |                    |
| 212 | C107-<br>2                                                                                                                     | 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算                                                                                                                                                               | 当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                | 850100145            | 遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）前回算定年月：（元号）yy”年”mm”月”                        |             |                    |
| 213 | C108                                                                                                                           | 在宅麻薬等注射指導管理料                                                                                                                                                                             | （在宅麻薬等注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。））<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、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。                                                                                                                                                                 | 医薬品コード               | （医薬品名を表示する。）                                                            | ○           |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 特定器材コード              | （特定器材名を表示する。）                                                           | ○           |                    |
| 214 | C108-<br>2                                                                                                                     | 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料                                                                                                                                                                          | （在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。））<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、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。                                                                                                                                                              | 医薬品コード               | （医薬品名を表示する。）                                                            | ○           |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 特定器材コード              | （特定器材名を表示する。）                                                           | ○           |                    |
| 215 | C108-<br>3                                                                                                                     | 在宅強心剤持続投与指導管理料                                                                                                                                                                           | （在宅強心剤持続投与に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。））<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、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。                                                                                                                                                               | 医薬品コード               | （医薬品名を表示する。）                                                            | ○           |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 特定器材コード              | （特定器材名を表示する。）                                                           | ○           |                    |
| 216 | C108                                                                                                                           | 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料                                                                                                                                                                          | 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。                                                                                                                                                                                                 | 850100146            | 連携指導管理年月日（在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”                          |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 830100102            | 連携指導保険医療機関名（在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料）：*****                                      |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          | （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（院外処方の場合を除く。））<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、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。                                                                                                                                                            | 医薬品コード               | （医薬品名を表示する。）                                                            | ○           |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 特定器材コード              | （特定器材名を表示する。）                                                           | ○           |                    |
| 217 | C109                                                                                                                           | 在宅療養より患者処置指導管理料                                                                                                                                                                          | （在宅療養よ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（院外処方の場合を除く。））<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、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。                                                                                                                                                              | 医薬品コード               | （医薬品名を表示する。）                                                            | ○           |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 特定器材コード              | （特定器材名を表示する。）                                                           | ○           |                    |
| 218 | C110-<br>2                                                                                                                     | 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の導入期加算                                                                                                                                                                   | 植込術を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                     | 850100147            | 植込術実施年月日（導入期加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”                                     |             |                    |
| 219 | C110-<br>3                                                                                                                     | 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の導入期加算                                                                                                                                                                  | 植込術を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                     | 850100147            | 植込術実施年月日（導入期加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”                                     |             |                    |
| 220 | C114                                                                                                                           | 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料                                                                                                                                                                         | （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（院外処方の場合を除く。））<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、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。                                                                                                                                                             | 医薬品コード               | （医薬品名を表示する。）                                                            | ○           |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 特定器材コード              | （特定器材名を表示する。）                                                           | ○           |                    |
| 221 | C116                                                                                                                           | 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料                                                                                                                                                                  | （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（院外処方の場合を除く。））<br>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。                                                                                                                                                                            | 特定器材コード              | （特定器材名を表示する。）                                                           | ○           |                    |
| 222 | C118                                                                                                                           | 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料                                                                                                                                                                          | （在宅腫瘍治療電場療法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。））<br>薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、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。                                                                                                                                                              | 医薬品コード               | （医薬品名を表示する。）                                                            | ○           |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 特定器材コード              | （特定器材名を表示する。）                                                           | ○           |                    |
| 223 | C150                                                                                                                           | 血糖自己測定器加算                                                                                                                                                                                | （「7日間スクラン式持続血糖測定器によるもの」以外を算定する場合）<br>1月の血糖自己測定回数を記載すること。                                                                                                                                                                                                               | 842100048            | 1月の血糖自己測定回数（血糖自己測定器加算）：*****                                            |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 114009910            | 血糖自己測定器加算（20回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）                                         | ○           |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          | （1型糖尿病の患者等に対し算定する場合）<br>1型糖尿病の患者等である旨を記載すること。                                                                                                                                                                                                                          | 114046110            | 血糖自己測定器加算（30回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）                                         | ○           |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 114010010            | 血糖自己測定器加算（40回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）                                         | ○           |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 114010110            | 血糖自己測定器加算（60回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）                                         | ○           |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 114010210            | 血糖自己測定器加算（90回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）                                         | ○           |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 114015610            | 血糖自己測定器加算（120回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）                                        | ○           |                    |
| 224 | C150<br>C157<br>C165<br>C158<br>C159<br>C159-<br>2<br>C163<br>C165<br>C166<br>C171<br>C171-<br>2<br>C171-<br>3<br>C172<br>C174 | 血糖自己測定器加算<br>酸素ボンベ加算<br>酸素濃縮装置加算<br>液化酸素装置加算<br>呼吸同調式デマンドバルブ加算<br>特殊カテーテル加算<br>在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算<br>在宅酸素療法材料加算<br>在宅持続陽圧呼吸療法材料加算<br>在宅ハイフローセラピー材料加算<br>在宅経肛門的自己洗腸用材料加算<br>在宅ハイフローセラピー装置加算 | （1月に2回分又は3回分の算定を行う場合）<br>当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれかを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれかを算定したのかを選択して記載すること。                                                                                                                                                                  | 820100122            | 当月分                                                                     |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820100123            | 翌々月分                                                                    |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820100124            | 翌月分                                                                     |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820100125            | 前月分                                                                     |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820100126            | 前々月分                                                                    |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          | 「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2部C152-2持続血糖測定器の(1)に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。                                                                                                                                                                                 | 820100657            | 該当する患者（持続血糖測定器）：1型糖尿病患者の患者（間歇注入シリッジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）               |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820100658            | 該当する患者（持続血糖測定器）：膵全摘後の患者（間歇注入シリッジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）                  |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820100659            | 該当する患者（持続血糖測定器）：2型糖尿病患者（間歇注入シリッジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）                  |             |                    |
|     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820100660            | 該当する患者（持続血糖測定器）：1型糖尿病患者の患者（間歇注入シリッジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）              |             |                    |

| 項番  | 区分           | 診療行為<br>名称等                                                                                                              | 記 載 事 項                                                                                                                                                                               | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 225 | C152-<br>2   | 持続血糖測定器加算                                                                                                                | (2型糖尿病患者に対して、間歇注入シリンジポンプと運動しない持続血糖測定器を用いる場合)<br>直近の空腹時血清Cペプチドの測定結果を記載すること。                                                                                                            | 820100661            | 該当する患者(持続血糖測定器)：膵全摘後の患者(間歇注入シリンジポンプと運動しない持続血糖測定器を用いる場合)         |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820100662            | 該当する患者(持続血糖測定器)：2型糖尿病患者(間歇注入シリンジポンプと運動しない持続血糖測定器を用いる場合)         |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 830100103            | 直近の空腹時血清Cペプチドの測定結果(持続血糖測定器)：*****                               |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820100122            | 当月分                                                             |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820100124            | 翌月分                                                             |             |                    |
| 226 | C153<br>の1   | 注入器用注射針加算<br>の1                                                                                                          | 「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2節C153注入器用注射針加算の(2)のA又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。                                                                                           | 820100120            | A 糖尿病等で1日概ね4回以上自己注射が必要                                          |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820100121            | イ 血友病で自己注射が必要                                                   |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       |                      |                                                                 |             |                    |
| 227 | C163         | 特殊カテーテル加算<br>「2」の「イ」親水性コ<br>ーティング                                                                                        | 「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2節C163の「特殊カテーテル加算」の(3)のAからエまでの中から該当するものを選択して記載するとともに、要件を満たす医学的根拠を記載すること。                                                                        | 830100104            | A 脊髄障害の要件を満たす医学的根拠：*****                                        |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 830100105            | イ 二分脊椎の要件を満たす医学的根拠：*****                                        |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 830100106            | ウ 他の中枢神経を原因とする神経因性膀胱の要件を満たす医学的根拠：*****                          |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 830100107            | エ その他の要件を満たす医学的根拠：*****                                         |             |                    |
| 228 | C165<br>の1   | 在宅持続陽圧呼吸療法<br>用治療器加算1                                                                                                    | 〈「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の第2章第2節第2節C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)のA又はイの要件に該当する患者に対し算定する場合〉<br>(3)のA又はイのうち該当するものを選択して記載すること。<br>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。 | 820100127            | A 留意事項通知Aの慢性心不全患者にASV療法を実施した場合                                  |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820100128            | イ 留意事項通知イの心不全患者にASV療法を実施した場合                                    |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 850100148            | 留意事項通知イの心不全患者 ASV療法開始年月日(在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1)：(元号)yy“年”mm“月”dd“日” |             |                    |
| 229 | C175         | 在宅抗菌薬吸入療法<br>用ネブライザ加算                                                                                                    | 初回算定日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。                                                                                                                                                           | 850100419            | 初回算定年月日(在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算)：(元号)yy“年”mm“月”dd“日”                  |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820190053            | 初回(在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算)                                           |             |                    |
| 230 | C200<br>C300 | 初診、再診又は在宅医療<br>において、患者の診療<br>を担う保険医の指示<br>に基づき、当該保険医<br>の診療日以外の日に訪問<br>看護ステーション等の<br>看護師等が、当該患者<br>に対し点滴又は処置等<br>を実施した場合 | (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)<br>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記載すること。                                                       | 850190200            | 訪問看護ステーション等の看護師等が薬剤を使用した年月日(C200)：(元号)yy“年”mm“月”dd“日”           |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 850190201            | 訪問看護ステーション等の看護師等が特定保険医療材料を使用した年月日(C300)：(元号)yy“年”mm“月”dd“日”     |             |                    |
| 231 | C            | 在宅療養支援診療所、<br>在宅療養支援病院から<br>患者の紹介を受けて在宅<br>療養指導管理を行う場<br>合                                                               | (「診療報酬の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第59号)第2章第2節第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)<br>紹介元医療機関名及び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。                                             | 830100108            | 紹介元医療機関名：*****                                                  |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 830100109            | 在宅療養指導管理料の算定理由：*****                                            |             |                    |
| 232 | C            | 退院した患者に対して、<br>当該退院月に、退院日<br>に在宅療養指導管理料<br>を算定した保険医療機<br>関以外の保険医療機関<br>において在宅療養指導<br>管理料を算定した場合                          | (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)<br>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。                                                                               | 830100109            | 在宅療養指導管理料の算定理由：*****                                            |             |                    |
| 233 | C            | 在宅療養指導管理料の<br>いずれかの所定点数に<br>併せて特定保険医療材<br>料のうち「皮膚欠損創<br>傷被覆材」又は「非固<br>着性シリコンガーゼ」を<br>支給した場合                              | (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。))<br>特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数を記載すること。                                                          | 特定器材コード              | (特定器材名を表示する。)                                                   | ○           |                    |
| 234 | D            | 時間外緊急院内検査<br>加算                                                                                                          | 検査開始日時を記載すること。<br><br>(引き続き入院した場合)<br>引き続き入院した場合である旨を記載すること。                                                                                                                          | 853100001            | 検査開始日時(時間外緊急院内検査加算)：dd“日”hh“時”mm“分”                             |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820100129            | 引き続き入院                                                          |             |                    |
| 235 | D            | 外来迅速検体検査加<br>算                                                                                                           | (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に対して当該加算を算定した場合)<br>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。<br><br>(引き続き入院した場合)<br>引き続き入院した場合である旨を記載すること。                                                    | 830100111            | 検体検査名(外来迅速検体検査加算)：*****                                         |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820100129            | 引き続き入院                                                          |             |                    |
| 236 | D001<br>の10  | トリブシノーゲン2(原)                                                                                                             | 急性肺炎を疑う医学的根拠について記載すること。                                                                                                                                                               | 830100481            | 急性肺炎を疑う医学的根拠(トリブシノーゲン2(原))：*****                                |             |                    |
| 237 | D001<br>の17  | プロスタグランジンE<br>主要代謝物(原)                                                                                                   | (医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合)<br>その詳細な理由及び検査結果を記載すること。                                                                                                                                    | 830100820            | 1月に1回行う詳細な理由(プロスタグランジンE主要代謝物(原))：*****                          |             | ※                  |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 830100821            | 検査結果(プロスタグランジンE主要代謝物(原))：*****                                  |             | ※                  |
| 238 | D001<br>の19  | L型脂脂肪酸結合蛋白<br>(L-FABP)(原)                                                                                                | (3月に2回以上算定する場合)<br>その詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                                    | 830100112            | 3月に2回以上算定した詳細な理由(L型脂脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(原))：*****                   |             |                    |
| 239 | D001<br>の19  | 好中球ゼラチナーゼ<br>結合性リボカリン(NG<br>AL)(原)                                                                                       | (医学的な必要性から4回以上算定する場合)<br>その詳細な理由を記載すること。                                                                                                                                              | 830100113            | 医学的な必要性から4回以上算定した詳細な理由(好中球ゼラチナーゼ結合性リボカリン(NGAL)(原))：*****        |             |                    |
| 240 | D003<br>の9   | カルプロテクチン(糞<br>便)                                                                                                         | (慢性的な炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎やクローン病等)の診断補助を目的として測定する場合)<br>要旨を記載すること。<br><br>(潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定する場合で医学的な必要性から1月に1回行う場合)<br>詳細な理由及び検査結果を記載すること。                                          | 830100116            | 慢性的な炎症性腸疾患の診断補助を目的として測定した要旨(カルプロテクチン(糞便)要旨)：*****               |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 830100117            | 詳細理由(カルプロテクチン(糞便))：*****                                        |             |                    |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 830100118            | 検査結果(カルプロテクチン(糞便))：*****                                        |             |                    |
| 241 | D004<br>の15  | アミロイドβ42/40比<br>(髄液)                                                                                                     | (レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合)<br>必要と判断した医学的根拠を記載すること。<br><br>認知機能スコア MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)                            | 830100822            | 必要と判断した医学的根拠(アミロイドβ42/40比(髄液))：*****                            |             | ※                  |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820101166            | 画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア：22点以上                                    |             | ※                  |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820101167            | 画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア：21点以下                                    |             | ※                  |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820101168            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全版尺度：0                                        |             | ※                  |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820101169            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全版尺度：0.5又は1                                   |             | ※                  |
|     |              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       | 820101170            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全版尺度：2又は3                                     |             | ※                  |

| 項番  | 区分       | 診療行為<br>名称等             | 記 載 事 項                                                                                                                                   | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                    | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820101171            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全肢尺度・評価困難                                         |             | ※                  |
|     |          |                         | 検査の結果におけるAβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。                                                                                                       | 820101172            | 検査の結果、Aβ 病理を示唆する所見あり                                                |             | ※                  |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820101173            | 検査の結果、Aβ 病理を示唆する所見なし                                                |             | ※                  |
| 242 | D004-2の1 | 悪性腫瘍組織検査<br>1 悪性腫瘍遺伝子検査 | 「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D004-2悪性腫瘍組織検査の(2)から(4)までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。                                          | 820100663            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるALK融合遺伝子検査                               |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100664            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるKRAS遺伝子検査                                |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100665            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるBRAF遺伝子検査(次世代シーケンシング)                    |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100666            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるKRAS遺伝子検査                                |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100667            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるRAS遺伝子検査                                |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100668            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるBRAF遺伝子検査                               |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100669            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるEGFR遺伝子検査                               |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100670            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるKRAS遺伝子検査                               |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100671            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):リンパ症候群におけるマイクロサテライト不安定性検査                      |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100672            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):乳癌におけるHER2遺伝子検査                                |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100673            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査                         |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100674            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Fli1遺伝子検査                     |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100675            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるTLS-CHOP遺伝子検査                     |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100676            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるSYT-SSX遺伝子検査                      |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100677            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):消化管間葉系腫瘍におけるKIT遺伝子検査                           |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100678            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査                   |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100680            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査                             |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100803            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるEGFR遺伝子検査                                |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100804            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるROS1融合遺伝子検査                              |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100848            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるBRAF遺伝子検査(次世代シーケンシングを除く。)                |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100849            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるMETex14遺伝子検査(次世代シーケンシングを除く。)             |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100850            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):濾胞性リンパ腫におけるEZH2遺伝子検査                           |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100853            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるMETEX14遺伝子検査(次世代シーケンシング)                 |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100854            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるRET融合遺伝子検査                               |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100855            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査(リアルタイムPCR法)                 |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100856            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査                              |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820100857            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査                            |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820101174            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるKRAS遺伝子変異(G12C)検査                        |             | ※                  |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820101175            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるHER2遺伝子検査(次世代シーケンシング)                    |             | ※                  |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820101176            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査(PCR-rSSO法)                  |             | ※                  |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820101177            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):甲状腺癌におけるRET融合遺伝子検査                             |             | ※                  |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820101178            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):甲状腺癌におけるRET遺伝子変異検査                             |             | ※                  |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820101179            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形腫瘍(肺癌及び大腸癌を除く。 )におけるBRAF遺伝子検査(PCR-rSSO法)     |             | ※                  |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 820101180            | 該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性リンパ腫におけるBRAF遺伝子検査(PCR-rSSO法)                 |             | ※                  |
|     |          |                         | (早期大腸癌におけるリンパ症候群の除外を目的としてBRAF遺伝子検査を実施した場合)<br>マイクロサテライト不安定性検査又は「N005-4」ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を実施した年月日を記載すること。                     | 850100150            | マイクロサテライト不安定性検査の実施年月日(悪性腫瘍遺伝子検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 850190215            | ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の実施年月日(悪性腫瘍遺伝子検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |             | ※                  |
| 243 | D006の33  | ADAMTS13活性              | (血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内に算定する場合)<br>血栓性血小板減少性紫斑病と診断した年月日又はその再発を確認した年月日を記載すること。                   | 850100151            | 血栓性血小板減少性紫斑病の診断年月日(ADAMTS13活性):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                  |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 850100152            | 血栓性血小板減少性紫斑病の再発年月日(ADAMTS13活性):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                  |             |                    |
|     |          |                         | (血栓性血小板減少性紫斑病に対し、血漿交換療法、免疫抑制療法及びカプラズマブ製剤による治療を行った際に治療の継続の要否を判定することを目的として測定を行った場合)<br>30日間を超え1週間に1回に別に算定する。その医学的な必要性を記載すること。               | 830100823            | 医学的な必要性(ADAMTS13活性):*****                                           |             | ※                  |
| 244 | D006の34  | 血小板凝集能                  | (先天性血小板機能低下症が疑われる患者に対し、当該疾患の鑑別診断の補助を目的として、3種類以上の試薬を用いて血小板凝集能を測定した場合)<br>2回以上算定する場合は、その医学的な必要性について記載すること。                                  | 830100824            | 2回以上算定する医学的な必要性(血小板凝集能 イ 鑑別診断の補助に用いるもの):*****                       |             | ※                  |
| 245 | D006の35  | ADAMTS13インヒター           | (後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内に算定する場合)<br>後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断した年月日又はその再発を確認した年月日を記載すること。             | 850100153            | 後天性血栓性血小板減少性紫斑病の診断年月日(ADAMTS13インヒター):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"            |             |                    |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 850100154            | 後天性血栓性血小板減少性紫斑病の再発年月日(ADAMTS13インヒター):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"            |             |                    |
| 246 | D006-4   | 遺伝学的検査                  | 「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D006-4遺伝学的検査の(1)に掲げる遺伝子疾患の中から該当するものを選択して記載すること。<br>(2回以上実施する場合)<br>その医療上の必要性を記載すること。              | 830100825            | 遺伝子疾患の名称:*****                                                      |             | ※                  |
|     |          |                         |                                                                                                                                           | 830100119            | 遺伝学的検査を2回以上実施する医療上の必要性(遺伝学的検査):*****                                |             |                    |
|     |          |                         | (「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D006-4遺伝学的検査の(1)のオに掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する場合)<br>臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性(遺伝学的検査):***** | 830100120            | 臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性(遺伝学的検査):*****                 |             |                    |

| 項番  | 区分        | 診療行為<br>名称等                  | 記 載 事 項                                                                                                     | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                 | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-----------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 247 | D006-4注2  | 遺伝学的検査の注2加算                  | 検査の対象となった全ての遺伝子疾患の名称及び検査の実施の必要性について、記載すること。                                                                 | 830100826            | 遺伝子疾患の名称(遺伝学的検査注2);*****                                         |             | ※                  |
|     |           |                              |                                                                                                             | 830100827            | 実施の必要性(遺伝学的検査注2);*****                                           |             | ※                  |
| 248 | D006-5    | 染色体検査 1 FISH法を用いた場合          | (びまん性大細胞型B細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断の目的で2回以上検査を行った場合)「未確」と表示し、前回算定日を記載すること。                                          | 850100420            | 前回算定年月日(染色体検査1 FISH法を用いた場合);(元号)yy"年"mm"月"dd"日                   |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 820100858            | 未確(染色体検査1 FISH法を用いた場合)                                           |             |                    |
| 249 | D006-10   | CCR4タンパク(フローサイトメトリ法)         | (CCR4タンパク(フローサイトメトリ法)及びCCR4タンパクを併せて算定した場合)その理由及び医学的根拠を記載すること。                                               | 830100121            | 併せて算定した理由及び医学的根拠(CCR4タンパク(フローサイトメトリ法));*****                     |             |                    |
| 250 | D006-11   | FIP1L1ーPDGFRα融合遺伝子検査         | 本検査を必要と判断した理由を記載すること。<br>(本検査を再度実施した場合)その理由を記載すること。                                                         | 830100122            | 必要理由(FIP1L1ーPDGFRα融合遺伝子検査);*****                                 |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 830100123            | 再実施理由(FIP1L1ーPDGFRα融合遺伝子検査);*****                                |             |                    |
| 251 | D006-12   | EGFR遺伝子検査(血漿)                | 肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。                                                                         | 830100124            | 肺癌の組織検体検査が実施困難である医学的理由(EGFR遺伝子検査(血漿));*****                      |             |                    |
| 252 | D006-15   | 膀胱がん関連遺伝子検査                  | 上皮内癌(CIS)と診断された病理所見を記載すること。                                                                                 | 830100125            | 上皮内癌(CIS)と診断された病理所見(膀胱がん関連遺伝子検査);*****                           |             |                    |
|     |           |                              | K803膀胱癌悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施年月日を記載すること。                                                                       | 850100155            | 膀胱癌悪性腫瘍手術(経尿道的手術)の実施年月日(膀胱がん関連遺伝子検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日          |             |                    |
|     |           |                              | (本検査を過去に算定している場合)過去の算定日を記載すること。                                                                             | 850100156            | 過去の算定年月日(膀胱がん関連遺伝子検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日                         |             |                    |
| 253 | D006-18   | BRCA1／2遺伝子検査                 | その医療上の必要性を記載すること。                                                                                           | 830100126            | 医療上の必要性(BRCA1／2遺伝子検査);*****                                      |             |                    |
| 254 | D006-19   | がんゲノムプロファイリング検査              | (血液を検体とする場合であって、医学的な理由により、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体としてがんゲノムプロファイリング検査を行うことが困難な場合)固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。 | 830100761            | 固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(血液を検体とする)(がんゲノムプロファイリング検査);***** |             |                    |
|     |           |                              | (血液を検体とする場合であって、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として実施したがんゲノムプロファイリング検査において、包括的なゲノムプロファイルの結果を得られなかった場合)その旨を記載すること。               | 820100859            | 包括的なゲノムプロファイルの結果を得られない(血液を検体とする)(がんゲノムプロファイリング検査)                |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850100421            | 肺癌におけるEGFR遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日        |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850100422            | 肺癌におけるROS1融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日      |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850100423            | 肺癌におけるALK融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日       |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850190216            | 肺癌におけるRAS遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日         |             | ※                  |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850190217            | 肺癌におけるHER2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日        |             | ※                  |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850100424            | 大腸癌におけるRAS遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日        |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850190218            | 大腸癌におけるHER2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日       |             | ※                  |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850190219            | 大腸癌におけるBRAF遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日       |             | ※                  |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850100425            | 乳癌におけるHER2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日        |             |                    |
|     |           |                              | (抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合)包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施年月日を記載すること。                                  | 850100426            | 固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850100427            | 肺癌におけるMETex14遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日     |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850100428            | 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日     |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850100429            | 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日     |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850100430            | 固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日      |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850100431            | 胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日    |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850100432            | 卵巣癌におけるBRCA1遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日      |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850100433            | 前立腺癌におけるBRCA1遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日     |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850100434            | 卵巣癌におけるBRCA2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日      |             |                    |
|     |           |                              |                                                                                                             | 850100435            | 前立腺癌におけるBRCA2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日     |             |                    |
| 255 | D006-20   | 角膜ジストロフィー遺伝子検査               | その医学的な必要性を記載すること。                                                                                           | 830100127            | 医学的な必要性(角膜ジストロフィー遺伝子検査);*****                                    |             |                    |
| 256 | D006-22   | RAS遺伝子検査(血漿)                 | 大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。                                                                        | 830100483            | 大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(RAS遺伝子検査(血漿));*****                 |             |                    |
| 257 | D006-25   | CYP2C9遺伝子多型                  | 必要と判断した医学的根拠を記載すること。                                                                                        | 830100484            | 必要と判断した医学的根拠(CYP2C9遺伝子多型);*****                                  |             |                    |
| 258 | D006-26   | 染色体構造変異解析                    | 検査を実施する医学的な理由を記載すること。                                                                                       | 830100485            | 検査を実施する医学的な理由(染色体構造変異解析);*****                                   |             |                    |
| 259 | D006-27の1 | 悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)ROS1融合遺伝子検査  | 肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。                                                                         | 830100486            | 肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(ROS1融合遺伝子検査);*****                   |             |                    |
| 260 | D006-27の2 | 悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)ALK融合遺伝子検査   | 肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。                                                                         | 830100487            | 肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(ALK融合遺伝子検査);*****                    |             |                    |
| 261 | D006-27の3 | 悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)METex14遺伝子検査 | 肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。                                                                         | 830100488            | 肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(METex14遺伝子検査);*****                  |             |                    |
| 262 | D006-27の4 | 悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)NTRK融合遺伝子検査  | 固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。                                                                        | 830100489            | 固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(NTRK融合遺伝子検査);*****                  |             |                    |
| 263 | D006-27の5 | 悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)RAS遺伝子検査     | 本検査の実施に当たっては、「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」別添1第2章第1部第1節D006-27イに該当する医学的な理由を記載すること。                         | 830100828            | 医学的な理由(イの(イ)に該当)(RAS遺伝子検査);*****                                 |             | ※                  |
|     |           |                              |                                                                                                             | 830100829            | 医学的な理由(イの(ロ)に該当)(RAS遺伝子検査);*****                                 |             | ※                  |
|     |           |                              |                                                                                                             | 830100830            | 医学的な理由(イの(ハ)に該当)(RAS遺伝子検査);*****                                 |             | ※                  |

| 項番  | 区分            | 診療行為<br>名称等                                    | 記 載 事 項                                                                       | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                          | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|---------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 264 | D006-<br>27の6 | 悪性腫瘍遺伝子検査<br>(血液・血漿)<br>BRAF遺伝子検査              | 大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。                                          | 830100831            | 大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(BRAF<br>遺伝子検査);*****         |             | ※                  |
| 265 | D006-<br>27の8 | 悪性腫瘍遺伝子検査<br>(血液・血漿)<br>HER2遺伝子検査(肺<br>癌に係るもの) | 肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。                                           | 830100832            | 肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(HER2遺<br>伝子検査(肺癌に係るもの));***** |             | ※                  |
| 266 | D006-<br>27の9 | 悪性腫瘍遺伝子検査<br>(血液・血漿)<br>マイクロサテライト不<br>安定性検査    | 固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。                                          | 830100833            | 固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(マイクロ<br>サテライト不安定性検査);*****   |             | ※                  |
| 267 | D006-<br>29   | 乳癌悪性度判定検査                                      | (医学的な必要性から患者1人につき2回以上実施した場合)<br>その理由を記載すること。                                  | 830100834            | 患者1人につき2回以上実施した理由(乳癌悪性度判定検査);*****                        |             | ※                  |
|     |               |                                                | 本検査の実施に当たっては、ホルモン受容体、HER2の検査結果及びリンパ節転移の状況について記載すること。                          | 830100835            | ホルモン受容体の検査結果(乳癌悪性度判定検査);*****                             |             | ※                  |
|     |               |                                                |                                                                               | 830100836            | HER2の検査結果(乳癌悪性度判定検査);*****                                |             | ※                  |
|     |               |                                                |                                                                               | 830100837            | リンパ節転移の状況(乳癌悪性度判定検査);*****                                |             | ※                  |
| 268 | D007<br>の8    | マンガン(Mn)                                       | 高カロリー静脈栄養法を開始した年月日を記載すること。                                                    | 850100157            | 高カロリー静脈栄養法の実施年月日(Mn):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                   |             |                    |
| 269 | D007<br>の38   | アルブミン非結合型ビ<br>リルビン                             | (早産児にあって、生後2週間を超えて、修正週数として正期産に相当する期間まで経過観察を行う場合)<br>検査を実施した日に相当する修正週数を記載すること。 | 842100112            | 検査を実施した日に相当する修正週数(アルブミン非結合型ビリルビン);<br>*****               |             | ※                  |

| 項番  | 区分          | 診療行為<br>名称等                                               | 記 載 事 項                                                                                                                             | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                               | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 270 | D007<br>の57 | ロイシンリッチα2グリ<br>コブロテイン                                     | 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。                                                                                                      | 850190049            | 前回実施年月日（ロイシンリッチα2グリコブロテイン）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”                                 |             |                    |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 820190054            | 初回（ロイシンリッチα2グリコブロテイン）                                                          |             |                    |
|     |             |                                                           | 医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を記載すること。                                                                                     | 830100490            | 1月に1回行う詳細な理由（ロイシンリッチα2グリコブロテイン）；*****                                          |             |                    |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 830100491            | 検査結果（ロイシンリッチα2グリコブロテイン）；*****                                                  |             |                    |
| 271 | D008<br>の18 | 脳性Na利尿ペプチド<br>（BNP）                                       | （脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）及び心房性Na利尿ペ<br>プチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合）<br>各々の検査の実施日を記載すること。                        | 算定日情報                | （算定日）                                                                          | ○           |                    |
| 272 | D008<br>の20 | 脳性Na利尿ペプチド<br>前駆体N端フラグメン<br>ト（NT－proBNP）                  | （脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）及び心房性Na利尿ペ<br>プチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合）<br>各々の検査の実施日を記載すること。                        | 算定日情報                | （算定日）                                                                          | ○           |                    |
| 273 | D008<br>の24 | 低カルボキシル化オス<br>テオカルシン（ucOC）                                | （2回目を算定した場合）<br>前回算定年月日を記載すること。                                                                                                     | 850100161            | 前回算定年月日（ucOC）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”                                              |             |                    |
| 274 | D008<br>の25 | 酒石酸抵抗性酸ホス<br>ファターゼ（TRACP－<br>5b）                          | （診断補助として実施した後、6月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合）<br>診断補助として実施した日を記載すること。                                                                  | 850100159            | 診断補助の実施年月日（TRACP－5b）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”                                       |             |                    |
|     |             |                                                           | （治療方針を変更した際に実施した場合）<br>治療方針の変更年月日を記載すること。                                                                                           | 850100160            | 治療方針変更年月日（TRACP－5b）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”                                        |             |                    |
| 275 | D008<br>の43 | 抗IA－2抗体                                                   | 抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）の結果、陰性を確認した年月日を記載すること。                                                                                    | 850100163            | 抗GAD抗体陰性の確認年月日（抗IA－2抗体）；（元号）yy”年”mm”月”<br>dd”日”                                |             |                    |
| 276 | D008<br>の46 | 心房性Na利尿ペプ<br>チド（ANP）                                      | （脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）及び心房性Na利尿ペ<br>プチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合）<br>各々の検査の実施日を記載すること。                        | 算定日情報                | （算定日）                                                                          | ○           |                    |
| 277 | D008<br>の52 | 抗ミューラー管ホルモン<br>（AMH）                                      | 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。                                                                                                        | 850190050            | 前回実施年月日（抗ミューラー管ホルモン（AMH））；（元号）yy”年”mm”月”<br>dd”日”                              |             |                    |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 820190055            | 初回（抗ミューラー管ホルモン（AMH））                                                           |             |                    |
| 278 | D008<br>の53 | レプテン                                                      | 脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由を記載すること。                                                                                                | 830100492            | 脂肪萎縮の発症時期（レプテン）；*****                                                          |             |                    |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 830100493            | 全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由（レプテン）；*****                                                  |             |                    |
| 279 | D009<br>の9  | 前立腺特異抗原（PS<br>A）                                          | （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）<br>「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。                                                       | 850100164            | 検査の実施年月日（前立腺特異抗原（PSA））；（元号）yy”年”mm”月”dd”<br>日”                                 |             |                    |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 842100049            | 未確 検査値（前立腺特異抗原（PSA））；*****                                                     |             |                    |
| 280 | D009<br>の30 | 可溶性モノテリン関連<br>ペプチド                                        | （悪性中皮腫の診断の補助を目的として実施する場合）<br>本検査が必要である理由を記載すること。                                                                                    | 820100809            | （イ）右綿嚢露歴があり、胸水、腹水等の貯留が認められる患者（可溶性<br>モノテリン関連ペプチド）                              |             |                    |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 820100810            | （ロ）体腔液細胞診で悪性中皮腫が疑われる患者（可溶性モノテリン関連<br>ペプチド）                                     |             |                    |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 820100811            | （ハ）画像診断で胸膜腫瘍、腹膜腫瘍等の漿膜腫瘍が認められる患者（可<br>溶性モノテリン関連ペプチド）                            |             |                    |
| 281 | D009<br>の31 | S2、3PSA%                                                  | （前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合）<br>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。                                                                       | 850190220            | 前回実施年月日（S2、3PSA%）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”                                          |             | ※                  |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 820190494            | 初回（S2、3PSA%）                                                                   |             | ※                  |
|     |             |                                                           | 前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。                                                                                                    | 850190221            | 前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日（S2、3PSA%）；（元号）yy”年”<br>mm”月”dd”日”                           |             | ※                  |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 830100838            | 前立腺特異抗原（PSA）の測定結果（S2、3PSA%）；*****                                              |             | ※                  |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 830100839            | 2回以上算定する必要性（S2、3PSA%）；*****                                                    |             | ※                  |
| 282 | D009<br>の32 | プロステートヘルスイ<br>ンデックス（phi）                                  | （前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合）<br>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。                                                                       | 850190051            | 前回実施年月日（プロステートヘルスインデックス（phi））；（元号）yy”年”<br>mm”月”dd”日”                          |             |                    |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 820190056            | 初回（プロステートヘルスインデックス（phi））                                                       |             |                    |
|     |             |                                                           | 前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。                                                                                                    | 850100436            | 前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日（プロステートヘルスインデックス<br>（phi））；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”               |             |                    |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 830100494            | 前立腺特異抗原（PSA）の測定結果（プロステートヘルスインデックス（ph<br>i））；*****                              |             |                    |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 830100495            | 2回以上算定する必要性（プロステートヘルスインデックス（phi））；*****                                        |             |                    |
| 283 | D009<br>の35 | アポリボ蛋白A2（AP<br>OA2）アイソフォーム                                | 本検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。                                                                                                            | 830100840            | 必要と判断した医学的根拠（アポリボ蛋白A2（APOA2）アイソフォーム）；<br>*****                                 |             | ※                  |
|     |             |                                                           | （本検査を、「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1部第1節D009<br>腫瘍マーカーの（28）アの（イ）及び（ハ）に実施する場合）<br>CA19－9の測定年月日及び測定結果を、記載すること。               | 850190222            | CA19－9の測定年月日（アの（イ）に実施）（アポリボ蛋白A2（APOA2）<br>アイソフォーム）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”         |             | ※                  |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 830100841            | CA19－9の測定結果（アの（イ）に実施）（アポリボ蛋白A2（APOA2）ア<br>イソフォーム）；*****                        |             | ※                  |
|     |             |                                                           | （本検査を、「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1部第1節D009<br>腫瘍マーカーの（28）アの（イ）及び（ハ）に実施する場合）<br>癌胎児性抗原（CEA）及びCA19－9の測定年月日並びに測定結果を、記載すること。 | 850190223            | 癌胎児性抗原（CEA）の測定年月日（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリボ蛋<br>白A2（APOA2）アイソフォーム）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日” |             | ※                  |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 850190224            | CA19－9の測定年月日（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリボ蛋白A2（APO<br>A2）アイソフォーム）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”      |             | ※                  |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 830100842            | 癌胎児性抗原（CEA）の測定結果（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリボ蛋白A<br>2（APOA2）アイソフォーム）；*****                |             | ※                  |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 830100843            | CA19－9の測定結果（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリボ蛋白A2（APOA<br>2）アイソフォーム）；*****                     |             | ※                  |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     |                      |                                                                                |             |                    |
| 284 | D011<br>の4  | 不規則抗体                                                     | 輸血歴あり又は妊娠歴ありのうち該当するものを選択して記載すること。                                                                                                   | 820100137            | 輸血歴あり                                                                          |             |                    |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 820100138            | 妊娠歴あり                                                                          |             |                    |
| 285 | D012<br>の16 | HIV－1、2抗体定性<br>HIV－1、2抗体半定<br>量<br>HIV－1、2抗原・抗体<br>同時測定定性 | （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）<br>の輸注を行った患者の場合）<br>当該輸血又は輸注が行われた最終年月日を記載すること。                              | 850100165            | 輸血又は輸注最終年月日（HIV－1、2抗体定性）；（元号）yy”年”mm”月”<br>dd”日”                               |             |                    |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 850100166            | 輸血又は輸注最終年月日（HIV－1、2抗体半定量）；（元号）yy”年”mm”<br>月”dd”日”                              |             |                    |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 850100167            | 輸血又は輸注最終年月日（HIV－1、2抗原・抗体同時測定定性）；（元<br>号）yy”年”mm”月”dd”日”                        |             |                    |
| 286 | D012<br>の17 | HIV－1抗体                                                   | （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）<br>の輸注を行った患者の場合）<br>当該輸血又は輸注が行われた最終年月日を記載すること。                              | 850100168            | 輸血又は輸注最終年月日（HIV－1抗体）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”                                       |             |                    |
| 287 | D012<br>の20 | HIV－1、2抗原・抗体<br>同時測定定量<br>HIV－1、2抗体定量                     | （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）<br>の輸注を行った患者の場合）<br>当該輸血又は輸注が行われた最終年月日を記載すること。                              | 850100169            | 輸血又は輸注最終年月日（HIV－1、2抗原・抗体同時測定定量）；（元<br>号）yy”年”mm”月”dd”日”                        |             |                    |
|     |             |                                                           |                                                                                                                                     | 850100170            | 輸血又は輸注最終年月日（HIV－1、2抗体定量）；（元号）yy”年”mm”月”<br>dd”日”                               |             |                    |
| 288 | D012<br>の28 | SARS-CoV-2抗原定<br>性                                        | （本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合）<br>検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。                                                  | 830100500            | 検査が必要と判断した医学的根拠（SARS－CoV-2抗原定性）；*****                                          |             |                    |

| 項番  | 区分          | 診療行為<br>名称等                                       | 記 載 事 項                                                                                                                | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                 | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 289 | D012<br>の39 | 単純ヘルペスウイルス<br>抗原定性(皮膚)                            | (医学的な必要性から、本検査を2回以上算定する場合)<br>その理由を記載すること。                                                                             | 830100844            | 2回以上算定する理由(単純ヘルペスウイルス抗原定性(皮膚));<br>*****                         |             | ※                  |
| 290 | D012<br>の50 | SARS-CoV-2・インフ<br>ルエンザウイルス抗原<br>同時検出定性            | (本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合)<br>検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。                                     | 830100503            | 検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・インフルエンザウ<br>イルス抗原同時検出定性);*****        |             |                    |
| 291 | D012<br>の53 | 白黴菌抗原定性                                           | (KOH直接鏡検が陰性であったものの、臨床所見等から爪白癬が疑われる場合)<br>検査を実施した医学的な必要性を記載すること。                                                        | 830100496            | 医学的な必要性(白黴菌抗原定性);*****                                           |             |                    |
|     |             |                                                   | (KOH直接鏡検が実施できない場合)<br>KOH直接鏡検を実施できない理由を記載すること。                                                                         | 830100497            | KOH直接鏡検を実施できない理由(白黴菌抗原定性);*****                                  |             |                    |
| 292 | D012<br>の57 | サイトメガロウイルス<br>pp65抗原定性                            | (高度細胞性免疫不全の患者に対して算定した場合)<br>当該検査が必要であった理由を記載すること。                                                                      | 830100456            | 高度細胞性免疫不全に対して算定した必要性理由(サイトメガロウイルス<br>pp65抗原定性必要理由);*****         |             |                    |
| 293 | D012<br>の59 | SARS-CoV-2・RS<br>ウイルス抗原同時検<br>出定性                 | (本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はRSウイルス感染以外の診断がつかない場合であって、さら<br>に1回算定した場合)<br>検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。                       | 830100845            | 検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・RSウイルス抗原<br>同時検出定性);*****             |             | ※                  |
| 294 | D012<br>の59 | SARS-CoV-2・イン<br>フルエンザウイル<br>ス・RSウイルス抗原<br>同時検出定性 | (本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合)<br>検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。                                     | 830100846            | 検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・インフルエンザウ<br>イルス・RSウイルス抗原同時検出定性);***** |             | ※                  |
| 295 | D012<br>の61 | SARS-CoV-2抗原検<br>出定量                              | (本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合)<br>検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。                                     | 830100501            | 検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2抗原検出定量);<br>*****                      |             |                    |
| 296 | D012<br>の65 | 鳥特異的IgG抗体                                         | 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。                                                                                                | 830100498            | 検査が必要と判断した医学的根拠(鳥特異的IgG抗体);*****                                 |             |                    |
| 297 | D012<br>の66 | 抗アデノ随伴ウイルス<br>9型(AAV9)抗体                          | (2回以上算定する場合)<br>必要性を記載すること。                                                                                            | 830100499            | 2回以上算定する必要性(抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗体);<br>*****                      |             |                    |
| 298 | D014<br>の24 | 抗シトルリン化ペプチ<br>ド抗体定性<br>抗シトルリン化ペプチ<br>ド抗体定量        | (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)<br>「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。                                 | 850100171            | 検査の実施年月日(抗シトルリン化ペプチド抗体定性);(元号)yy"年"mm"月"<br>"dd"日                |             |                    |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 850100172            | 検査の実施年月日(抗シトルリン化ペプチド抗体定量);(元号)yy"年"<br>"mm"月"dd"日                |             |                    |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 842100050            | 未確 検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定性);*****                                    |             |                    |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 842100051            | 未確 検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定量);*****                                    |             |                    |
|     |             |                                                   | (再度治療薬を選択する必要がある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)<br>その医学的な必要性を記載すること。                                                   | 830100128            | 検査を2回以上算定する医学的な必要性(抗シトルリン化ペプチド抗体定<br>性);*****                    |             |                    |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 830100129            | 検査を2回以上算定する医学的な必要性(抗シトルリン化ペプチド抗体定<br>量);*****                    |             |                    |
| 299 | D014<br>の28 | 抗LKM-1抗体                                          | 抗核抗体陰性を確認した年月日を記載すること。                                                                                                 | 850100173            | 抗核抗体陰性確認年月日(抗LKM-1抗体);(元号)yy"年"mm"月"dd"<br>日                     |             |                    |
| 300 | D014<br>の47 | 抗アクアポリン4抗体                                        | (抗アクアポリン4抗体を再度実施した場合)<br>前回の検査実施日及び検査を再度実施する医学的な必要性を記載すること。                                                            | 850100174            | 前回実施年月日(抗アクアポリン4抗体);(元号)yy"年"mm"月"dd"日                           |             |                    |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 830100130            | 再度実施する医学的な必要性(抗アクアポリン4抗体);*****                                  |             |                    |
| 301 | D014<br>の47 | 抗P/Q型電位依存<br>性カルシウムチャネル<br>抗体(抗P/Q型VGCC<br>抗体)    | (反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認めない患者を対象として実施する場合)<br>その詳細な理由を記載すること。                                                            | 830100504            | 医学的な必要性(抗P/Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体(抗P/Q<br>型VGCC抗体));*****            |             |                    |
| 302 | D014<br>の48 | 抗HLA抗体(スクリー<br>ニング検査)                             | (1年に2回以上実施する場合)<br>その理由及び医学的な必要性を記載すること。                                                                               | 830100131            | 1年に2回以上実施する医学的な必要性(抗HLA抗体(スクリーニング検<br>査));*****                  |             |                    |
| 303 | D014<br>の49 | 抗HLA抗体(抗体特異<br>性同定検査)                             | (1年に2回以上実施する場合)<br>その理由及び医学的な必要性を記載すること。                                                                               | 830100132            | 1年に2回以上実施する医学的な必要性(抗HLA抗体(抗体特異性同定<br>検査));*****                  |             |                    |
| 304 | D015<br>の17 | インターロイキン-6(I<br>L-6)                              | 実施した年月日を記載すること。                                                                                                        | 850100437            | 実施年月日(インターロイキン-6(IL-6));(元号)yy"年"mm"月"dd"日                       |             |                    |
|     |             |                                                   | (3回以上算定する場合)<br>その詳細な理由を記載すること。                                                                                        | 830100762            | 3回以上算定する詳細な理由(インターロイキン-6(IL-6));*****                            |             |                    |
| 305 | D015<br>の28 | sFlt-1/PIGF比                                      | リスク因子のいずれかに該当するかを記載すること。                                                                                               | 820100860            | (イ) 収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上(s<br>Flt-1/PIGF比)             |             |                    |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 820100861            | (ロ) 蛋白尿(sFlt-1/PIGF比)                                            |             |                    |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 820100862            | (ハ) 妊婦高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見(sFlt-1/PIGF<br>比)                       |             |                    |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 820100863            | (ニ) 子宮内胎児発育遅延(sFlt-1/PIGF比)                                      |             |                    |
|     |             |                                                   | (ハ) 妊婦高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見に該当する場合)<br>医学的根拠を記載すること。                                                                      | 820100864            | (ホ) 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見(sFlt-1/PIGF比)                               |             |                    |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 830100506            | (ハ)に該当する医学的根拠(sFlt-1/PIGF比);*****                                |             |                    |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 830100507            | (ホ)に該当する医学的根拠(sFlt-1/PIGF比);*****                                |             |                    |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 830100508            | 医学的必要性(リスク因子を2つ以上有する妊婦)(sFlt-1/PIGF比);<br>*****                  |             |                    |
| 306 | D016<br>の8  | 顆粒球表面抗原検査                                         | 本検査を実施した場合には、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成26年11月12日付け健発<br>1112第1号厚生労働省健康局長通知)において示されている診断基準に基づいて、当該疾患を疑う根拠を記載する<br>こと。 | 830100847            | 先天性グリコシルホスファチジルイノシトール(GPI)欠損症を疑う根拠(顆<br>粒球表面抗原検査);*****          |             | ※                  |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 830100133            | 抗体の種類(S-蛍光M、位相差M、暗視野M);*****                                     |             |                    |
| 307 | D017        | 排泄物、滲出物又は<br>分泌物の細菌顕微鏡<br>検査                      | (「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法)を同一日に<br>併せて算定する場合」<br>当該検査に用いた検体の種類を記載すること。                           | 830100134            | 抗体の種類(S-M);*****                                                 |             |                    |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 830100135            | 抗体の種類(S-保温装置使用アメーバM);*****                                       |             |                    |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 850100438            | 治療終了年月日(HBV核酸定量);(元号)yy"年"mm"月"dd"日                              |             |                    |
| 308 | D023<br>の4  | HBV核酸定量                                           | (B型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を行っている悪性リンパ腫等の患者に対し<br>て、B型肝炎の再活性化を考慮し、「4」のHBV核酸定量を行った場合)<br>治療中又は治療終了年月日を記載すること。       | 820100865            | B型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を<br>行っている悪性リンパ腫等の患者の治療中(HBV核酸定量)  |             |                    |
| 309 | D023<br>の6  | インフルエンザ核酸検<br>出                                   | 当該検査が必要である理由を記載すること。                                                                                                   | 820101181            | ア 5歳未満の幼児(インフルエンザ核酸検出)                                           |             | ※                  |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 820101182            | イ 65歳以上の高齢者(インフルエンザ核酸検出)                                         |             | ※                  |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 820101183            | ウ 妊婦(インフルエンザ核酸検出)                                                |             | ※                  |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 820101184            | エ その他重症化リスクのある患者(インフルエンザ核酸検出)                                    |             | ※                  |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 820100139            | ア 臓器移植後の患者                                                       |             |                    |
|     |             |                                                   |                                                                                                                        | 820100140            | イ 造血幹細胞移植後の患者で留意事項通知に規定するもの                                      |             |                    |

| 項番  | 区分          | 診療行為<br>名称等                             | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                    | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 310 | D023<br>の8  | EBウイルス核酸定量                              | 「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D023微生物核酸同定・定量検査の(7)の「ア」から「ク」までに規定するものの中から該当するものを選択して記載し、併せて、該当するものに応じ、以下の事項を記載すること。<br>・「ア」に該当する場合、臓器移植の実施年月日<br>・「イ」に該当する場合、造血幹細胞移植の実施年月日<br>・「ウ」に該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日<br>・「エ」のうち移植後リンパ増殖性疾患の経過経過観察を目的として実施する場合、移植後リンパ増殖性疾患と診断された年月日及び医学的根拠<br>・「オ」のうちEBウイルス陽性が確認された後の経過観察を目的として実施する場合、EBウイルス陽性を確認した年月日及び医学的根拠<br>・「カ」に該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日<br>・「キ」に該当する場合、医学的根拠 | 820100141            | ウ 留意事項通知に規定する抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者                                     |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 820100142            | エ 移植後リンパ増殖性疾患患者(経過観察目的)                                             |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 820100143            | オ 悪性リンパ腫又は白血病の患者(経過観察目的)                                            |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 820100144            | カ 再生不良性貧血の患者で抗胸腺細胞グロブリンが投与されたもの                                     |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 820100145            | キ 慢性活動性EBウイルス感染症等の患者                                                |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 820101185            | ク 上咽頭癌の患者                                                           |             | ※                  |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 850100175            | 臓器移植実施年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                            |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 850100176            | 造血幹細胞移植実施年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                         |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 850100177            | 移植後リンパ増殖性疾患と診断された年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                 |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 850100178            | EBウイルス陽性を確認した年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                     |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 850100179            | 抗胸腺細胞グロブリンの投与開始年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                   |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 830100136            | 移植後リンパ増殖性疾患と診断した医学的根拠(EBウイルス核酸定量):*****                             |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 830100137            | EBウイルス陽性を確認した医学的根拠(EBウイルス核酸定量):*****                                |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 830100848            | 留意事項通知「キ」に該当する医学的根拠(EBウイルス核酸定量):*****                               |             | ※                  |
| 311 | D023<br>の16 | HTLV-1核酸検出                              | HTLV-1 抗体(ウエスタンブロット法及びラインプロット法)の判定保留を確認した年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 850100180            | HTLV-1抗体判定保留確認年月日(HTLV-1核酸検出):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                    |             |                    |
| 312 | D023<br>の17 | サイトメガロウイルス核酸定量                          | (高度細胞性免疫不全の患者に算定する場合)検査が必要であった理由について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 830100513            | 検査が必要な理由(サイトメガロウイルス核酸定量):*****                                      |             |                    |
| 313 | D023<br>の19 | SARS-CoV-2核酸検出                          | (本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断が見つからない場合であって、さらに1回算定した場合)検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830100511            | 検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2核酸検出):*****                               |             |                    |
| 314 | D023<br>の19 | SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出                | (本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断が見つからない場合であって、さらに1回算定した場合)検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830100518            | 検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出):*****                     |             |                    |
| 315 | D023<br>の19 | SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出                 | (本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断が見つからない場合であって、さらに1回算定した場合)検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830100849            | 検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出):*****                      |             | ※                  |
| 316 | D023<br>の19 | SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出         | (本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断が見つからない場合であって、さらに1回算定した場合)検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830100850            | 検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出):*****              |             | ※                  |
| 317 | D023<br>の22 | ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの) | 検査を実施した年月日を記載すること。<br>(「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D023の17ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)(32)のイの(ロ)に該当する場合)治療内容を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                      | 850100181            | 検査実施年月日(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 830100140            | 治療内容(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)):*****                 |             |                    |
| 318 | D023<br>の23 | ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含む。)    | 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 830100515            | 検査が必要と判断した医学的根拠(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含む。)):*****         |             |                    |
| 319 | D023<br>の24 | 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出                        | 関連学会が定める敗血症診断基準に基づいて、敗血症を疑う根拠を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 830100141            | 敗血症を疑う根拠(細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出):*****                                    |             |                    |
| 320 | D023<br>の24 | ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液)                    | 髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830100851            | 髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液)):*****           |             | ※                  |
| 321 | D023<br>の25 | HPVジェノタイプ判定                             | あらかじめ行われた組織診断の実施日及び組織診断の結果、CIN1又はCIN2のいずれに該当するかを記載すること。<br>(当該検査の2回目以降を算定した場合)前回実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850190225            | あらかじめ行われた組織診断の実施日(HPVジェノタイプ判定):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                   |             | ※                  |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 820100146            | CIN1                                                                |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 820100147            | CIN2                                                                |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 850100182            | 前回実施年月日(HPVジェノタイプ判定):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                             |             |                    |
| 322 | D026        | 検体検査判断料の遺伝カウンセリング加算                     | (BRCA1/2遺伝子検査を行った保険医療機関と遺伝カウンセリングを行った保険医療機関とが異なる場合)遺伝カウンセリングを行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830100142            | 遺伝カウンセリングを行った保険医療機関名(遺伝カウンセリング加算):*****                             |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 850100183            | 遺伝カウンセリングを行った保険医療機関の受診年月日(遺伝カウンセリング加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日           |             |                    |
| 323 | D210-<br>3  | 植込型心電図検査                                | 心電図が記録されていた時間を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 852100006            | 心電図が記録されていた時間(植込型心電図検査)                                             |             |                    |
| 324 | D211-<br>3  | 時間内歩行試験                                 | 過去の実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100184            | 過去実施年月日(時間内歩行試験):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                                 |             |                    |
| 325 | D211-<br>4  | シャトルウォーキングテスト                           | 過去の実施年月日、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記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 850100185            | 過去実施年月日(シャトルウォーキングテスト):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                           |             |                    |
|     |             |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 830100143            | 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(シャトルウォーキングテスト):*****                  |             |                    |

| 項番  | 区分               | 診療行為<br>名称等                                                               | 記 載 事 項                                                                                                        | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                              | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 326 | D215             | 超音波検査(記録に要<br>する費用を含む。)<br>2断層撮影法(心臓超<br>音波検査を除く。)<br>ロ その他の場合<br>(1) 胸腹部 | 検査を行った領域を記載すること。                                                                                               | 820100681            | 超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):ア 消化器領域                                     |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 820100682            | 超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):イ 腎・泌尿器領域                                   |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 820100683            | 超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):ウ 女性生殖器領域                                   |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 820100684            | 超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):エ 血管領域(大動脈・大静脈等)                            |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 820100685            | 超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等                              |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 820100686            | 超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):カ その他                                       |             |                    |
| 327 | D215-<br>2       | 肝硬度測定                                                                     | (力に該当する場合)<br>具体的な臓器又は領域を記載すること。                                                                               | 830100144            | 具体的な臓器又は領域:*****                                              |             |                    |
|     |                  |                                                                           | (3月に2回以上算定する場合)<br>その理由及び詳細な医学的根拠を算定すること。                                                                      | 830100145            | 3月に2回以上算定する理由・医学的根拠(肝硬度測定):*****                              |             |                    |
|     |                  |                                                                           | (肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、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)<br>その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。 | 830100147            | 別に算定する理由及び医学的根拠(肝硬度測定):*****                                  |             |                    |
| 328 | D215-<br>3       | 超音波エラストグラフィー                                                              | (3月に2回以上算定する場合)<br>その理由及び詳細な医学的根拠を算定すること。                                                                      | 830100146            | 3月に2回以上算定する理由・医学的根拠(超音波エラストグラフィー):*****                       |             |                    |
|     |                  |                                                                           | (肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、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)<br>その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。 | 830100148            | 別に算定する理由及び医学的根拠(超音波エラストグラフィー):*****                           |             |                    |
| 329 | D215-<br>4       | 超音波減衰法検査                                                                  | (肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、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)<br>その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。 | 830100619            | 別に算定する理由及び医学的根拠(超音波減衰法検査):*****                               |             |                    |
|     |                  |                                                                           | (脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、肝臓の脂肪量を評価した場合)<br>前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。                             | 850190052            | 前回実施年月日(超音波減衰法検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                         |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 820190057            | 初回(超音波減衰法検査)                                                  |             |                    |
| 330 | D220             | 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                            | 算定開始年月日を記載すること。                                                                                                | 850100186            | 算定開始年月日(呼吸心拍監視等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                          |             |                    |
| 331 | D231-<br>2       | 皮下連続式グルコース測定                                                              | 『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A又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。               | 820100151            | A 留意事項通知に規定する1型糖尿病患者(検査)                                      |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 820100152            | イ 留意事項通知に規定する2型糖尿病患者(検査)                                      |             |                    |
| 332 | D236-<br>2の1     | 光トポグラフィ<br>1 脳外科手術の術前検査に使用するもの                                            | 手術実施年月日又は手術実施予定年月日を記載すること。                                                                                     | 850100187            | 手術実施年月日(光トポグラフィ(脳外科手術前検査)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 850100188            | 手術予定年月日(光トポグラフィ(脳外科手術前検査)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                |             |                    |
|     |                  |                                                                           | (手術が行われなかった場合)<br>その理由を記載すること。                                                                                 | 830100149            | 手術が行われなかった理由(光トポグラフィ(脳外科手術前検査)):*****                         |             |                    |
| 333 | D236-<br>2の2     | 光トポグラフィ<br>2 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの                                         | 当該検査が必要な理由及び前回の実施年月日(該当する患者に限る。)を記載すること。                                                                       | 830100150            | 検査の必要理由(光トポグラフィ(抑うつ症状の鑑別診断)):*****                            |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 850100189            | 前回実施年月日(光トポグラフィ(抑うつ症状の鑑別診断)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"              |             |                    |
| 334 | D236-<br>3の1     | 脳磁図 1 自発活動を測定するもの                                                         | 手術実施年月日又は手術実施予定年月日を記載すること。                                                                                     | 850100190            | 手術実施日(脳磁図(自発活動を測定するもの)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                   |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 850100191            | 手術実施予定日(脳磁図(自発活動を測定するもの)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                 |             |                    |
|     |                  |                                                                           | (手術が行われなかった場合)<br>その理由を記載すること。                                                                                 | 830100151            | 手術が行われなかった理由(脳磁図(その他のもの)):*****                               |             |                    |
| 335 | D236-<br>3の2     | 脳磁図 2 その他のもの                                                              | 検査の医学的な必要性及び結果の概要を記載すること。                                                                                      | 830100152            | 検査の医学的な必要性(脳磁図(その他のもの)):*****                                 |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100153            | 結果の概要(脳磁図(その他のもの)):*****                                      |             |                    |
| 336 | D237<br>の3の<br>イ | 終夜睡眠ポリグラフィ 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの                                     | 『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D237終夜睡眠ポリグラフィの(3)の(イ)から(ホ)までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。                 | 830100154            | (イ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****            |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100155            | (ロ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****            |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100156            | (ハ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****            |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100157            | (ニ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****            |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100778            | (ホ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****            |             |                    |
|     |                  |                                                                           | 次の事項を記載すること。                                                                                                   | 830100521            | 安全精度管理を要した患者の診断名(疑い病名を含む。)(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):***** |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100522            | 検査中の安全精度管理に係る検査結果の要点(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****       |             |                    |
|     |                  |                                                                           | (合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合)<br>継続的な治療の内容、BMI又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性について記載すること。                          | 830100523            | 継続的な治療の内容(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****                  |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100524            | BMI(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****                        |             |                    |
| 337 | D239<br>の2       | 筋電図検査 2 誘発筋電図                                                             | 検査を行った神経名を記載すること。<br>(感覚・運動の別、左・右の別を記載すること。)                                                                   | 830100158            | 正中神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100159            | 尺骨神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100160            | 腓腹神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100161            | 脛骨神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100162            | 腓骨神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100163            | 顔面神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100164            | 橈骨神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100165            | 三叉神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100166            | 腋窩神経(誘発筋電図):*****                                             |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                | 830100167            | その他(誘発筋電図):*****                                              |             |                    |
|     |                  |                                                                           |                                                                                                                |                      |                                                               |             |                    |

| 項番  | 区分         | 診療行為<br>名称等                                   | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                      | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                 | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 338 | D239<br>の4 | 筋電図検査 4 単線<br>維筋電図(一連につ<br>き)                 | 検査実施年月日、実施医療機関の名称、診断名(疑いを含む。 )及び当該検査を行う医学的必要性の症状詳記を記<br>載すること。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。                                                                                                                | 850190226            | 検査実施年月日(単線維筋電図) ; (元号)yy"年"mm"月"dd"日"                            |             | ※                  |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 830100852            | 実施医療機関の名称(単線維筋電図) ; *****                                        |             | ※                  |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 830100853            | 診断名(疑いを含む。 )(単線維筋電図) ; *****                                     |             | ※                  |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 830100854            | 検査を行う医学的必要性(単線維筋電図) ; *****                                      |             | ※                  |
| 339 | D245       | 鼻腔通気度検査                                       | 当該検査に関連する手術名及び手術実施年月日(手術前に当該検査を実施した場合においては手術実施予定年<br>月日)を記載すること。                                                                                                                                             | 830100168            | 鼻腔通気度検査に関連する手術名(鼻腔通気度検査) ; *****                                 |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 850100192            | 手術実施年月日(鼻腔通気度検査) ; (元号)yy"年"mm"月"dd"日"                           |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 850100193            | 手術予定年月日(鼻腔通気度検査) ; (元号)yy"年"mm"月"dd"日"                           |             |                    |
| 340 | D258-<br>2 | 網膜機能精密電気生<br>理検査                              | 「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<br>気生理検査の(1)から(3)までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。<br>(1)又は(2)を記載した場合は、直近の算定月日(初回であればその旨)、(3)を記載した場合は手術施行(予定<br>を含む。)年月日を記載すること。                         | 820100153            | (1) 留意事項通知に規定する患者に対する黄斑疾患の診断目的                                   |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820100154            | (2) 黄斑ジストロフィーの診断目的                                               |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820100155            | (3) 網膜手術の前後                                                      |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 850190007            | 前回算定年月日(網膜機能精密電気生理検査) ; (元号)yy"年"mm"月<br>"dd"日"                  |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820190007            | 初回(網膜機能精密電気生理検査)                                                 |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 850100194            | 手術実施年月日(網膜機能精密電気生理検査) ; (元号)yy"年"mm"月<br>"dd"日"                  |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 850100195            | 手術予定年月日(網膜機能精密電気生理検査) ; (元号)yy"年"mm"月<br>"dd"日"                  |             |                    |
| 341 | D258-<br>3 | 黄斑局所網膜電図、<br>全視野精密網膜電図                        | (黄斑局所網膜電図又は全視野精密網膜電図を年2回以上算定する場合)<br>その医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                        | 830100169            | 年2回以上算定する医学的必要性(黄斑局所網膜電図) ; *****                                |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 830100170            | 年2回以上算定する医学的必要性(全視野精密網膜電図) ; *****                               |             |                    |
| 342 | D282-<br>4 | ダーモスコピー                                       | (新たに他の病変で検査を行う場合)<br>医学的必要性から4月に2回以上算定するときはその理由を記載すること。                                                                                                                                                      | 830100763            | 新たな他の病変で4月に2回以上算定する理由(ダーモスコピー) ;<br>*****                        |             |                    |
| 343 | D285       | 認知機能検査その他の<br>心理検査 1 操作が<br>容易なもの イ 簡易な<br>もの | (3月以内に2回以上算定する場合)<br>その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                  | 830100171            | その理由及び医学的根拠(認知機能検査1 簡易なもの) ; *****                               |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 850190053            | 前回実施年月日(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なものイ<br>簡易なもの) ; (元号)yy"年"mm"月"dd"日" |             |                    |
|     |            |                                               | 前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。                                                                                                                                                                               | 820190058            | 初回(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なものイ簡易なもの)                                |             |                    |
| 344 | D310<br>の3 | 小腸内視鏡検査<br>3 カプセル型内視鏡<br>によるもの                | 当該患者の症状詳記を記載すること。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。                                                                                                                                                             | 830100172            | 小腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)症状詳記 ; *****                                    |             |                    |
| 345 | D310<br>注2 | 小腸内視鏡検査<br>内視鏡的留置術加算                          | 当該患者の症状詳記を記載すること。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。                                                                                                                                                             | 830100527            | 小腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記 ; *****                                   |             |                    |
| 346 | D313<br>の2 | 大腸内視鏡検査<br>2 カプセル型内視鏡<br>によるもの                | 当該患者の症状詳記を記載すること。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<br>て」別添1第2章第3部D313大腸内視鏡検査の(2)の(ア)から(ウ)までに規定するもののうち、該当するものを選択して<br>記載するとともに、(ア)の場合は実施日を、イ又は(ウ)の場合は実施困難な理由を記載すること。<br>症状詳記については、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。 | 820100156            | ア 大腸ファイバースコープでは回盲部まで到達できなかった患者                                   |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820100157            | イ 器質的異常により大腸ファイバースコープが困難と判断された患者                                 |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820100805            | ウ 身体的負担により大腸ファイバースコープが実施困難であると判断さ<br>れた患者                        |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 850100196            | 大腸内視鏡検査の実施年月日(大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)) ;<br>(元号)yy"年"mm"月"dd"日"        |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 830100173            | 大腸内視鏡検査が困難な理由(大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)) ;<br>*****                      |             |                    |
| 347 | D313<br>注3 | 大腸内視鏡検査<br>バルーン内視鏡加算                          | 当該患者の症状詳記を記載すること。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。                                                                                                                                                             | 830100528            | 大腸内視鏡検査(バルーン内視鏡加算)症状詳記 ; *****                                   |             |                    |
| 348 | D313<br>注4 | 大腸内視鏡検査<br>内視鏡的留置術加算                          | 当該患者の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。                                                                                                                                                             | 830100529            | 大腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記 ; *****                                   |             |                    |
| 349 | D414       | 内視鏡下生検法                                       | 「1臓器」の取扱いについては、「N000」病理組織標本作製(1臓器につき)に準ずる。<br>「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13部N000病理組織標本作<br>製の(1)の(ア)から(ケ)までのいずれかを選択し記載する。<br>なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載すること。                         | 820100866            | ア 気管支及び肺臓                                                        |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820100867            | イ 食道                                                             |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820100868            | ウ 胃及び十二指腸                                                        |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820100869            | エ 小腸                                                             |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820100870            | オ 盲腸                                                             |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820100871            | カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸                                                |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820100872            | キ S状結腸                                                           |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820100873            | ク 直腸                                                             |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820100874            | ケ 子宮体部及び子宮頸部                                                     |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 830100612            | コ その他 ; *****                                                    |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 850190008            | 前回実施年月日(アルブミン定量(原)) ; (元号)yy"年"mm"月"dd"日"                        |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820190008            | 初回(アルブミン定量(原))                                                   |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 850190009            | 前回実施年月日(ミオイノシトール(原)) ; (元号)yy"年"mm"月"dd"日"                       |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820190009            | 初回(ミオイノシトール(原))                                                  |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 850190227            | 前回実施年月日(プロスタグランジンE主要代謝物(原)) ; (元号)yy"年<br>"mm"月"dd"日"            |             | ※                  |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820190495            | 初回(プロスタグランジンE主要代謝物(原))                                           |             | ※                  |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 850190010            | 前回実施年月日(4型コラーゲン(原)) ; (元号)yy"年"mm"月"dd"日"                        |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820190010            | 初回(4型コラーゲン(原))                                                   |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 850190011            | 前回実施年月日(シュウ酸(原)) ; (元号)yy"年"mm"月"dd"日"                           |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820190011            | 初回(シュウ酸(原))                                                      |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 850190012            | 前回実施年月日(L型脂脂肪酸結合蛋白(L-FABP(原))) ; (元号)yy"年<br>"mm"月"dd"日"         |             |                    |
|     |            |                                               |                                                                                                                                                                                                              | 820190012            | 初回(L-FABP(原))                                                    |             |                    |

| 項番  | 区分 | 診療行為<br>名称等                   | 記 載 事 項                                                              | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                  | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 350 | D  | 算定回数が複数月に<br>1回のみとされている<br>検査 | (算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合)<br>前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること | 850190013            | 前回実施年月日(カルプロテクチン(糞便));(元号)yy"年"mm"月"dd"日          |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190013            | 初回(カルプロテクチン(糞便))                                  |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190014            | 前回実施年月日(免疫関連遺伝子再構成);(元号)yy"年"mm"月"dd"日            |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190014            | 初回(免疫関連遺伝子再構成)                                    |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190015            | 前回実施年月日(Mn);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                   |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190015            | 初回(Mn)                                            |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190016            | 前回実施年月日(遊離カルニチン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"              |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190016            | 初回(遊離カルニチン)                                       |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190017            | 前回実施年月日(総カルニチン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"               |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190017            | 初回(総カルニチン)                                        |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190018            | 前回実施年月日(リボ蛋白(a));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"              |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190018            | 初回(リボ蛋白(a))                                       |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190019            | 前回実施年月日(ベントシジン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"               |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190019            | 初回(ベントシジン)                                        |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190020            | 前回実施年月日(イヌリン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                 |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190020            | 初回(イヌリン)                                          |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190021            | 前回実施年月日(シスタチンC);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"               |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190021            | 初回(シスタチンC)                                        |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190022            | 前回実施年月日(RLP-C);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190022            | 初回(RLP-C)                                         |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190228            | 前回実施年月日(ELFスコア);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"               |             | ※                  |
|     |    |                               |                                                                      | 820190496            | 初回(ELFスコア)                                        |             | ※                  |
|     |    |                               |                                                                      | 850190023            | 前回実施年月日(MDA-LDL);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"              |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190023            | 初回(MDA-LDL)                                       |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190054            | 前回実施年月日( $\beta$ -CTX(尿));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"     |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190059            | 初回( $\beta$ -CTX(尿))                              |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190024            | 前回実施年月日( $\beta$ -CTX);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"        |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190024            | 初回( $\beta$ -CTX)                                 |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190025            | 前回実施年月日(抗RNAポリメラーゼ3抗体);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"        |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190025            | 初回(抗RNAポリメラーゼ3抗体)                                 |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190026            | 前回実施年月日(抗HLA抗体(スクリーニング検査));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"    |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190026            | 初回(抗HLA抗体(スクリーニング検査))                             |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190027            | 前回実施年月日(抗HLA抗体(抗体特異性同定検査));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"    |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190027            | 初回(抗HLA抗体(抗体特異性同定検査))                             |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190028            | 前回実施年月日(トランスフェリン(尿));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"          |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190028            | 初回(トランスフェリン(尿))                                   |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190029            | 前回実施年月日(HIVジェノタイプ薬剤耐性);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"        |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190029            | 初回(HIVジェノタイプ薬剤耐性)                                 |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190030            | 前回実施年月日(肝硬度測定);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190030            | 初回(肝硬度測定)                                         |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190031            | 前回実施年月日(超音波エラストグラフィ);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"          |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190031            | 初回(超音波エラストグラフィ)                                   |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190032            | 前回実施年月日(骨塩定量検査(DEXA法による腰椎撮影));(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190032            | 初回(骨塩定量検査(DEXA法による腰椎撮影))                          |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190229            | 前回実施年月日(骨塩定量検査(REMS法(腰椎));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"     |             | ※                  |
|     |    |                               |                                                                      | 820190497            | 初回(骨塩定量検査(REMS法(腰椎))                              |             | ※                  |
|     |    |                               |                                                                      | 850190033            | 前回実施年月日(骨塩定量検査(MD法、SEXA法等));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"   |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190033            | 初回(骨塩定量検査(MD法、SEXA法等))                            |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 850190034            | 前回実施年月日(骨塩定量検査(超音波法));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"         |             |                    |
|     |    |                               |                                                                      | 820190034            | 初回(骨塩定量検査(超音波法))                                  |             |                    |

| 項番  | 区分   | 診療行為<br>名称等                                                                                  | 記 載 事 項                                                                                                                                                                | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                    | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 850190035            | 前回実施年月日(経皮的酸素ガス分圧測定):(元号)yy"年"mm"月"dd"日             |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820190035            | 初回(経皮的酸素ガス分圧測定)                                     |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 850190036            | 前回実施年月日(皮下連続式グルコース測定(診療所)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日       |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820190036            | 初回(皮下連続式グルコース測定(診療所))                               |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 850190037            | 前回実施年月日(網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日  |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820190037            | 初回(網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図))                          |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 850190038            | 前回実施年月日(ダーモスコピー):(元号)yy"年"mm"月"dd"日                 |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820190038            | 初回(ダーモスコピー)                                         |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 850190039            | 前回実施年月日(イヌリンクリアランス測定):(元号)yy"年"mm"月"dd"日            |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820190039            | 初回(イヌリンクリアランス測定)                                    |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 850190041            | 前回実施年月日(内服・点滴誘発試験):(元号)yy"年"mm"月"dd"日               |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820190041            | 初回(内服・点滴誘発試験)                                       |             |                    |
| 351 | D    | 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 | (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)<br>当該検体採取が実施された年月日を記載すること。                                              | 850100197            | 訪問看護ステーション等の看護師等による検体採取実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日     |             |                    |
| 352 | D    | 「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合                                                                   | (「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合)<br>次の例により「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。<br>〔記載例〕<br>末梢血液一般検査 21×1<br>末梢血液像(鏡検法) 25×1<br>(検選)<br>AFP 1,070円×1 | 830100457            | 検選:*****                                            |             |                    |
| 353 | E    | 画像診断                                                                                         | 撮影部位を記載すること。<br>※E001写真診断、E200コンピューター断層撮影、E202磁気共鳴コンピューター断層撮影は項番344、349、353のとおり、選択して記載すること。                                                                            | 830189300            | 撮影部位(写真診断、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以外):その他:***** |             |                    |
|     | E    | 時間外緊急院内画像診断加算                                                                                | 撮影開始日時を記載すること。                                                                                                                                                         | 853100003            | 撮影開始日時(時間外緊急院内画像診断加算):dd"日"hh"時"mm"分                |             |                    |
| 354 | E001 | 写真診断<br>1 単純撮影                                                                               | 撮影部位を選択して記載すること。<br>選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的な部位を記載すること。<br>なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。                                                                                | 820181000            | 撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔を除く。)                              |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820183620            | 撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔に限る。)                              |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820181100            | 撮影部位(単純撮影):頸部(頸椎を除く。)                               |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820181220            | 撮影部位(単純撮影):胸部(肩を除く。)                                |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820181300            | 撮影部位(単純撮影):腹部                                       |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820181340            | 撮影部位(単純撮影):骨盤(仙骨部・股関節を除く。)                          |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820181120            | 撮影部位(単純撮影):頸椎                                       |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820181240            | 撮影部位(単純撮影):胸椎                                       |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820181310            | 撮影部位(単純撮影):腰椎                                       |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820181320            | 撮影部位(単純撮影):仙骨部                                      |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 830181200            | 撮影部位(単純撮影):肩__ :*****                               |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 830181400            | 撮影部位(単純撮影):上腕__ :*****                              |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 830181410            | 撮影部位(単純撮影):肘関節__ :*****                             |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 830181420            | 撮影部位(単純撮影):前腕__ :*****                              |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 830181430            | 撮影部位(単純撮影):手関節__ :*****                             |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 830181440            | 撮影部位(単純撮影):手__ :*****                               |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 830181370            | 撮影部位(単純撮影):股関節__ :*****                             |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 830181500            | 撮影部位(単純撮影):膝__ :*****                               |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 830181510            | 撮影部位(単純撮影):大腿__ :*****                              |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 830181520            | 撮影部位(単純撮影):下腿__ :*****                              |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 830181530            | 撮影部位(単純撮影):足関節__ :*****                             |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 830181540            | 撮影部位(単純撮影):足__ :*****                               |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 830189000            | 撮影部位(単純撮影):その他:*****                                |             |                    |
| 355 | E    | コンピューター断層撮影診断科<br>通則4 新生児頭部外傷撮影加算                                                            | 医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、力に該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。                                                                                                | 820100696            | 該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):ア GCS≤14                        |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820100697            | 該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):イ 頭蓋骨折の触知又は徴候                   |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820100698            | 該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):ウ 意識変化(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)         |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820100699            | 該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):エ 受診後の症状所見の悪化                   |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820100700            | 該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):オ 家族等の希望                        |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 820100701            | 該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算):カ その他                           |             |                    |
|     |      |                                                                                              |                                                                                                                                                                        | 830100187            | 詳細な理由及び医学的な必要性(新生児頭部外傷撮影加算(カ その他)):*****            |             |                    |

| 項番  | 区分       | 診療行為<br>名称等                                      | 記 載 事 項                                                                                     | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                           | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 356 | E        | コンピューター断層撮影診断科<br>通則4 乳幼児頭部外傷撮影加算                | 医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、力に該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。                     | 820100702            | 該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):ア GCS≦14                                               |             |                    |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820100703            | 該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):イ 頭蓋骨骨折の触知又は微候                                         |             |                    |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820100704            | 該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):ウ 意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)                                |             |                    |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820100705            | 該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):エ 受診後の症状所見の悪化                                          |             |                    |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820100706            | 該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):オ 家族等の希望                                               |             |                    |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820100707            | 該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算):カ その他                                                  |             |                    |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 830100188            | 詳細な理由及び医学的な必要性(乳幼児頭部外傷撮影加算(カ その他)):*****                                   |             |                    |
| 357 | E        | コンピューター断層撮影診断科<br>通則4 幼児頭部外傷撮影加算                 | 医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、力に該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。                     | 820100708            | 該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):ア GCS≦14                                                |             |                    |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820100709            | 該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):イ 頭蓋骨骨折の触知又は微候                                          |             |                    |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820100710            | 該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):ウ 意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)                                 |             |                    |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820100711            | 該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):エ 受診後の症状所見の悪化                                           |             |                    |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820100712            | 該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):オ 家族等の希望                                                |             |                    |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820100806            | 該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算):カ その他                                                   |             |                    |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 830100189            | 詳細な理由及び医学的な必要性(幼児頭部外傷撮影加算(カ その他)):*****                                    |             |                    |
| 358 | E101-2の5 | ボジトロン断層撮影<br>5 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合             | (レカナマブ(遺伝子組換え)製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合において、さらに1回に限り算定する場合)<br>本撮影が必要と判断した医学的根拠を記載すること。 | 830100855            | 本撮影が必要と判断した医学的根拠(ボジトロン断層撮影(5 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合)):*****                 |             | ※                  |
|     |          |                                                  | 認知機能スコア MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)            | 820101166            | 画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上                                               |             | ※                  |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820101167            | 画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下                                               |             | ※                  |
|     |          |                                                  | 臨床認知症尺度 CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)          | 820101168            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0                                                   |             | ※                  |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820101169            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1                                              |             | ※                  |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820101170            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3                                                |             | ※                  |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820101171            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難                                                |             | ※                  |
|     |          |                                                  | 画像診断の結果におけるAβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。                                                       | 820101186            | 画像診断の結果、Aβ 病理を示唆する所見あり                                                     |             | ※                  |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820101187            | 画像診断の結果、Aβ 病理を示唆する所見なし                                                     |             | ※                  |
| 359 | E101-3の4 | ボジトロン断層・コンピューター断層複合撮影<br>4 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合 | (レカナマブ(遺伝子組換え)製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合において、さらに1回に限り算定する場合)<br>本撮影が必要と判断した医学的根拠を記載すること。 | 830100856            | 本撮影が必要と判断した医学的根拠(ボジトロン断層・コンピューター断層複合撮影(4 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合)):*****     |             | ※                  |
|     |          |                                                  | 認知機能スコア MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)            | 820101166            | 画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上                                               |             | ※                  |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820101167            | 画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下                                               |             | ※                  |
|     |          |                                                  | 臨床認知症尺度 CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)          | 820101168            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0                                                   |             | ※                  |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820101169            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1                                              |             | ※                  |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820101170            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3                                                |             | ※                  |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820101171            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難                                                |             | ※                  |
|     |          |                                                  | 画像診断の結果におけるAβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。                                                       | 820101186            | 画像診断の結果、Aβ 病理を示唆する所見あり                                                     |             | ※                  |
|     |          |                                                  |                                                                                             | 820101187            | 画像診断の結果、Aβ 病理を示唆する所見なし                                                     |             | ※                  |
|     |          |                                                  | (レカナマブ(遺伝子組換え)製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合において、さらに1回に限り算定する場合)<br>本撮影が必要と判断した医学的根拠を記載すること。 | 830100857            | 本撮影が必要と判断した医学的根拠(ボジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(3 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合)):***** |             | ※                  |

| 項番  | 区分           | 診療行為<br>名称等                                                       | 記 載 事 項                                                                                                                       | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                        | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 360 | E101-<br>4の3 | ボジトロン断層・磁気<br>共鳴コンピューター断<br>層検査撮影 3 アミロ<br>イドPETイメージング<br>剤を用いた場合 | 認知機能スコア MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、<br>紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)                                          | 820101166            | 画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上                            |             | ※                  |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820101167            | 画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下                            |             | ※                  |
|     |              |                                                                   | 臨床認知症尺度 CDR全般尺度の評価を記載すること(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する<br>場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)                                        | 820101168            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0                                |             | ※                  |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820101169            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1                           |             | ※                  |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820101170            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3                             |             | ※                  |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820101171            | 画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難                             |             | ※                  |
|     |              |                                                                   | 画像診断の結果におけるAβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。                                                                                         | 820101186            | 画像診断の結果、Aβ 病理を示唆する所見あり                                  |             | ※                  |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820101187            | 画像診断の結果、Aβ 病理を示唆する所見なし                                  |             | ※                  |
| 361 | E200         | コンピューター断層撮<br>影                                                   | (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)<br>それぞれ初回の算定日を記載すること。                                                                | 算定日情報                | (算定日情報)                                                 | ○           |                    |
|     |              |                                                                   | (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<br>撮影を算定した場合)<br>画診共同と表示すること。                                           | 170040210            | CT撮影(64列以上)共同利用施設(画診共同)                                 | ○           |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 170040310            | CT撮影(64列以上)共同利用施設・頭部外傷(画診共同)                            | ○           |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 170040410            | CT撮影(64列以上)(その他)(画診共同)                                  | ○           |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 170040510            | CT撮影(64列以上)(その他)頭部外傷(画診共同)                              | ○           |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 170040610            | CT撮影(16列以上64列未満)(画診共同)                                  | ○           |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 170040710            | CT撮影(16列以上64列未満)頭部外傷(画診共同)                              | ○           |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 170040810            | CT撮影(4列以上16列未満)(画診共同)                                   | ○           |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 170040910            | CT撮影(4列以上16列未満)頭部外傷(画診共同)                               | ○           |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 170041010            | CT撮影(イ、ロ又はハ以外)(画診共同)                                    | ○           |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 170041110            | CT撮影(イ、ロ又はハ以外)頭部外傷(画診共同)                                | ○           |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 170041210            | 脳槽CT撮影(造影含む)(画診共同)                                      | ○           |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 170041310            | 脳槽CT撮影(造影含む)頭部外傷(画診共同)                                  | ○           |                    |
|     |              |                                                                   | 撮影部位を選択して記載すること。<br>選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。                                                                       | 820182000            | 撮影部位(CT撮影):頭部(副鼻腔を除く)                                   |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820182800            | 撮影部位(CT撮影):頭部(副鼻腔)                                      |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820182110            | 撮影部位(CT撮影):頸部                                           |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820182210            | 撮影部位(CT撮影):胸部・肩                                         |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820182300            | 撮影部位(CT撮影):腹部                                           |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820182350            | 撮影部位(CT撮影):骨盤・股関節                                       |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820182600            | 撮影部位(CT撮影):四肢                                           |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820182700            | 撮影部位(CT撮影):全身                                           |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820182250            | 撮影部位(CT撮影):心臓                                           |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820182230            | 撮影部位(CT撮影):脊椎                                           |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 830189100            | 撮影部位(CT撮影)(その他):*****                                   |             |                    |
| 362 | E200<br>注4   | 冠動脈CT撮影加算                                                         | 「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4部E200 コンピューター断層<br>撮影(CT撮影)の(8)のアからオまでの該当するものを選択して記載すること。なお、オに該当する場合はその詳細<br>な理由を記載する。 | 820100723            | 該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ア 諸種の原因による冠動<br>脈の構造的・解剖学的異常       |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820100724            | 該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):イ 急性冠症候群                           |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820100725            | 該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ウ 狭心症                              |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820100726            | 該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):エ 狭心症等が疑われ、冠<br>動脈疾患のリスク因子が認められる場合 |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820100727            | 該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):オ その他、冠動脈CT撮影<br>が医学的に必要と認められる場合   |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 830100191            | その詳細な理由(冠動脈CT撮影加算):*****                                |             |                    |
| 363 | E200-<br>2   | 血流予備量比コン<br>ピューター断層撮影                                             | 血流予備量比コンピューター断層撮影による血流予備量比の値を記載すること。                                                                                          | 842100052            | 血流予備量比の値(血流予備量比コンピューター断層撮影):*****                       |             |                    |
| 364 | E202         | 磁気共鳴コンピュ<br>ーター断層撮影                                               | (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)<br>それぞれ初回の算定日を記載すること。                                                                | 算定日情報                | (算定日情報)                                                 | ○           |                    |
|     |              |                                                                   | (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<br>撮影を算定した場合)<br>画診共同と表示すること。                                           | 170041410            | MRI撮影(3テスラ以上)共同利用施設(画診共同)                               | ○           |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 170041510            | MRI撮影(3テスラ以上)(その他)(画診共同)                                | ○           |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 170041610            | MRI撮影(1.5テスラ以上3テスラ未満)(画診共同)                             | ○           |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 170041710            | MRI撮影(1又は2以上)(画診共同)                                     | ○           |                    |
| 365 | E202         | 磁気共鳴コンピュ<br>ーター断層撮影                                               | 撮影部位を選択して記載すること。<br>選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。                                                                       | 820183020            | 撮影部位(MRI撮影):頭部(脳)                                       |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820183630            | 撮影部位(MRI撮影):頭部(副鼻腔)                                     |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820183010            | 撮影部位(MRI撮影):頭部(脳・副鼻腔を除く)                                |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820183110            | 撮影部位(MRI撮影):頸部                                          |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820183200            | 撮影部位(MRI撮影):肩                                           |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820183220            | 撮影部位(MRI撮影):胸部(肩を除く)                                    |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820183300            | 撮影部位(MRI撮影):腹部                                          |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820183360            | 撮影部位(MRI撮影):骨盤・股関節                                      |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820183610            | 撮影部位(MRI撮影):四肢(膝を除く)                                    |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820183500            | 撮影部位(MRI撮影):膝                                           |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820183120            | 撮影部位(MRI撮影):頸椎                                          |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820183240            | 撮影部位(MRI撮影):胸椎                                          |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 820183330            | 撮影部位(MRI撮影):腰椎・仙骨部                                      |             |                    |
|     |              |                                                                   |                                                                                                                               | 830189200            | 撮影部位(MRI撮影)(その他):*****                                  |             |                    |

| 項番  | 区分           | 診療行為<br>名称等                  | 記 載 事 項                                                                                                                                                                         | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                              | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 366 | E202<br>注10  | 肝エラストグラフィー加<br>算             | 前回算定年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。                                                                                                                                                 | 850190055            | 前回実施年月日（肝エラストグラフィー加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”     |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 820190060            | 初回（肝エラストグラフィー加算）                              |             |                    |
| 367 | F100<br>F400 | 処方料<br>処方箋料                  | 〈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の第2章第5部第2節F100処方料の（3）のアの（イ）から（ニ）に定める内容に該当し、処方料又は処方箋料について「1」の点数を算定しない場合）その理由を記載すること。                                                           | 830100193            | 1を算定しない理由（処方料）；*****                          |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 830100194            | 1を算定しない理由（処方箋料）；*****                         |             |                    |
|     |              |                              | 〈精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与とされている場合の連続した6か月間の場合）当該保険医療機関の初診年月日を記載すること。                                                                    | 850100200            | 初診年月日（処方料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 850100201            | 初診年月日（処方箋料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”               |             |                    |
|     |              |                              | 〈向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間の場合）薬剤の切り替えの開始年月日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。 | 850100202            | 薬剤切替開始年月日（処方料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”            |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 850100203            | 薬剤切替開始年月日（処方箋料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”           |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 830100195            | 切替対象薬剤名（処方料）；*****                            |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 830100196            | 切替対象薬剤名（処方箋料）；*****                           |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 830100197            | 新しく導入する薬剤名（処方料）；*****                         |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 830100198            | 新しく導入する薬剤名（処方箋料）；*****                        |             |                    |
|     |              |                              | 〈向精神薬多剤投与に関する臨時に投与した場合）臨時の投与の開始年月日を記載すること。                                                                                                                                      | 850100204            | 臨時投与開始年月日（処方料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”            |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 850100205            | 臨時投与開始年月日（処方箋料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”           |             |                    |
|     |              |                              | 〈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）その旨を記載すること。                                                                                                                        | 820100741            | 複数診療科で処方                                      |             |                    |
| 368 | F100<br>F400 | 処方料及び処方箋料<br>の特定疾患処方管理<br>加算 | 〈隔日、漸増・減等で投与する場合）その旨を記載すること。                                                                                                                                                    | 820100742            | 隔日投与                                          |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 820100743            | 漸増投与                                          |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 820100744            | 漸減投与                                          |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 820100875            | 週1回投与                                         |             |                    |
| 369 | F200         | 薬剤（入院分）                      | 〈入院患者に対し退院時に投薬（内服薬）を行った場合）「退院時 日分投薬」と記載すること。<br>〈入院患者に対し退院時に投薬（屯服薬）を行った場合）「退院時 回分投薬」と記載すること。<br>〈入院患者に対し退院時に投薬（外用薬）を行った場合）「退院時投薬」と記載すること。                                       | 840000006            | 退院時 日分投薬                                      |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 840000634            | 退院時 回分投薬（屯服薬）                                 |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 820101042            | 退院時投薬（外用薬）                                    |             |                    |
|     |              |                              | 〈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）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。                                | 830100201            | ビタミン剤の投与趣旨（薬剤）；*****                          |             |                    |
| 370 | F200<br>F400 | 薬剤等（入院外分）<br>処方箋料            | 〈ビタミン剤を投与した場合）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。                                                                                        | 830100202            | ビタミン剤の投与趣旨（薬剤料・処方箋料）；*****                    |             |                    |
|     |              |                              | 〈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）臨時薬の投与の必要性を記載すること。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。                                                                                            | 830100203            | 臨時薬の投与の必要性（薬剤料・処方箋料）；*****                    |             |                    |
|     |              |                              | 〈鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合）所定単位当たりの薬剤名、貼付剤の枚数としての投与量を記載した上で、貼付剤の枚数としての1日用量又は投与日数を記載すること。                                                                                      | 830100204            | 鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤の1日用量又は投与日数（薬剤料）；*****    |             |                    |
|     |              |                              | 〈1回の処方において、63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合）当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。                                                                                                     | 830000052            | 63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した理由；*****      |             |                    |
|     |              |                              | 〈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）その年月日及び理由を記載すること。                                                                                                   | 850100206            | 同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った年月日；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”  |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 830100205            | 同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った理由（処方箋料）；*****           |             |                    |
|     |              |                              | 〈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を14日を超えて投与した場合）当該長期投与の理由を記載すること。                                                                           | 830100206            | 長期投与理由（薬剤料・処方箋料）；*****                        |             |                    |
| 371 | G<br>通則7     | バイオ後続品導入初<br>期加算             | 初回使用年月日を記載すること。                                                                                                                                                                 | 850100408            | 初回使用年月日（バイオ後続品導入初期加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”     |             |                    |
| 372 | G004         | 点滴注射の血漿成分<br>製剤加算            | 1回目の注射の実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                            | 850100207            | 血漿成分製剤加算（点滴注射）1回目注射年月日；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”    |             |                    |
| 373 | G005         | 中心静脈注射の血漿<br>成分製剤加算          | 1回目の注射の実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                            | 850100208            | 血漿成分製剤加算（中心静脈注射）1回目注射年月日；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”  |             |                    |
| 374 | G100         | 薬剤                           | 〈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）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。                   | 830100201            | ビタミン剤の投与趣旨（薬剤）；*****                          |             |                    |
|     |              |                              | 算定単位数及び実施日数を記載すること。                                                                                                                                                             | 180744210            | 心大血管疾患リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）               | ○           |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | }                    | }                                             |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 180745110            | 心大血管疾患リハビリテーション料（2）（集団療法による場合）                | ○           |                    |
|     |              |                              | 疾患名及び治療開始年月日を記載すること。                                                                                                                                                            | 830100208            | 疾患名（心大血管疾患リハビリテーション料）；*****                   |             |                    |
|     |              |                              |                                                                                                                                                                                 | 850100209            | 治療開始年月日（心大血管疾患リハビリテーション料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日” |             |                    |

| 項番  | 区分                                                                   | 診療行為<br>名称等                                                                                                                                                          | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                      | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 375 | H000                                                                 | 心大血管疾患リハビリテーション科                                                                                                                                                     | (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(平成20年3月5日厚生労働省告示第63号)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))<br>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:FIM)、基本的日常生活活動度(Barthel Index:BI)、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用量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。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。<br>[記載例]<br>本患者は、2023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、術後に水頭症及び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。2024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。 | 830100209            | 継続理由(心大血管疾患リハビリテーション科):*****                                          |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830100210            | 新たな疾患名(心大血管疾患リハビリテーション科):*****                                        |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      | (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)<br>新たな疾患名及び治療開始日又は発症年月日等を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 850100210            | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日(心大血管疾患リハビリテーション科):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100211            | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日(心大血管疾患リハビリテーション科):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"   |             |                    |
| 376 | H000<br>注2                                                           | 心大血管疾患リハビリテーション科の早期リハビリテーション加算                                                                                                                                       | 発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 850100212            | 発症年月日(早期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                              |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100213            | 手術年月日(早期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                              |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100214            | 急性増悪年月日(早期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                            |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                                                       |             |                    |
| 377 | H000<br>注3                                                           | 心大血管疾患リハビリテーション科の初期加算                                                                                                                                                | 発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 850100215            | 発症年月日(初期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                       |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100216            | 手術年月日(初期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                       |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100217            | 急性増悪年月日(初期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                     |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                                                       |             |                    |
| 378 | H000<br>注4<br>H001<br>注4<br>H001-2<br>注4<br>H002<br>注4<br>H003<br>注4 | 心大血管疾患リハビリテーション科の急性期リハビリテーション加算<br>脳血管疾患等リハビリテーション科の急性期リハビリテーション加算<br>廃用症候群リハビリテーション科の急性期リハビリテーション加算<br>運動器リハビリテーション科の急性期リハビリテーション加算<br>呼吸器リハビリテーション科の急性期リハビリテーション加算 | 算定の根拠となった要件(「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7部H000(11)に掲げるアからエまでのいずれか)を日毎に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 850190230            | 算定の根拠となった要件アの年月日(急性期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                  |             | ※                  |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850190231            | 算定の根拠となった要件イの年月日(急性期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                  |             | ※                  |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850190232            | 算定の根拠となった要件ウの年月日(急性期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                  |             | ※                  |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850190233            | 算定の根拠となった要件エの年月日(急性期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                  |             | ※                  |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                                                       |             |                    |
| 379 | H001                                                                 | 脳血管疾患等リハビリテーション科                                                                                                                                                     | 算定単位数及び実施日数を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 180745310            | 脳血管疾患等リハビリテーション科(1)(理学療法士による場合)                                       | ○           |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | }                    | }                                                                     |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 180750430            | 脳血管疾患等リハビリテーション科(3)要介護・1から4以外・リ減                                      | ○           |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      | 疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830100211            | 疾患名(脳血管疾患等リハビリテーション科):*****                                           |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100218            | 発症年月日(脳血管疾患等リハビリテーション科):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                           |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100389            | 手術年月日(脳血管疾患等リハビリテーション科):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                           |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100390            | 急性増悪年月日(脳血管疾患等リハビリテーション科):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                         |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100439            | 最初に診断された年月日(脳血管疾患等リハビリテーション科):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                     |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      | (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))<br>心大血管疾患リハビリテーション科(項番375)と同様。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830100212            | 継続理由(脳血管疾患等リハビリテーション科):*****                                          |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 830100213            | 新たな疾患名(脳血管疾患等リハビリテーション科):*****                                        |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100219            | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日(脳血管疾患等リハビリテーション科):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 850100220            | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日(脳血管疾患等リハビリテーション科):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"   |             |                    |
| 380 | H001<br>注2                                                           | 脳血管疾患等リハビリテーション科の早期リハビリテーション加算                                                                                                                                       | (入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合)<br>地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 820100158            | 地域連携診療計画加算の算定患者                                                       |             |                    |
| 381 | H001<br>注3                                                           | 脳血管疾患等リハビリテーション科の初期加算                                                                                                                                                | (入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合)<br>地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 820100158            | 地域連携診療計画加算の算定患者                                                       |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      | 算定単位数及び実施日数を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 180750510            | 廃用症候群リハビリテーション科(1)(理学療法士による場合)                                        | ○           |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | }                    | }                                                                     |             |                    |
|     |                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 180755630            | 廃用症候群リハビリテーション科(3)(要介護)イからニ以外・リ減                                      | ○           |                    |

| 項番  | 区分           | 診療行為<br>名称等                   | 記 載 事 項                                                                                                                                                         | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                     | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 382 | H001-2       | 廃用症候群リハビリテーション料               | 廃用症候群の診断又は急性増悪した年月日を記載すること。廃用症候群に係る評価表を添付すること又は同様の情報を「摘要」欄に記載すること。                                                                                              | 830100214            | 疾患名（廃用症候群リハビリテーション料）；*****                                           |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100221            | 治療開始年月日（廃用症候群リハビリテーション料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                         |             |                    |
|     |              |                               | （標準的算定日数を超過して月13単位を超過し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））<br>心大血管疾患リハビリテーション料（項番375）と同様。 | 830100215            | 継続理由（廃用症候群リハビリテーション料）；*****                                          |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 830100216            | 新たな疾患名（廃用症候群リハビリテーション料）；*****                                        |             |                    |
|     |              |                               | （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）<br>新たな疾患名及び治療開始日又は発症月日等を記載すること。                                                                                       | 850100222            | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日（廃用症候群リハビリテーション料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日” |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100223            | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日（廃用症候群リハビリテーション料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”   |             |                    |
| 383 | H001-2<br>注2 | 廃用症候群リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算 | 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月日、又は廃用症候群の急性増悪の年月日を記載すること。                                                                                             | 850100212            | 発症年月日（早期リハビリテーション加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                             |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100213            | 手術年月日（早期リハビリテーション加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                             |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100214            | 急性増悪年月日（早期リハビリテーション加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                           |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 830100531            | 疾患名（早期リハビリテーション加算）；*****                                             |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100215            | 発症年月日（初期加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                                      |             |                    |
| 384 | H001-2<br>注3 | 廃用症候群リハビリテーション料の初期加算          | 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月日、又は廃用症候群の急性増悪の月日を記載すること。                                                                                              | 850100216            | 手術年月日（初期加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                                      |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100217            | 急性増悪年月日（初期加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                                    |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 830100799            | 疾患名（初期加算）；*****                                                      |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 |                      |                                                                      |             |                    |
| 385 | H002         | 運動器リハビリテーション料                 | 算定単位数及び実施日数を記載すること。                                                                                                                                             | 180755710            | 運動器リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）                                         | ○           |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | ｝                    | ｝                                                                    |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 180759630            | 運動器リハビリテーション料（3）（要介護）1から3以外・リ減                                       | ○           |                    |
|     |              |                               | 疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載すること。                                                                                                                 | 830100217            | 疾患名（運動器リハビリテーション料）；*****                                             |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100224            | 発症年月日（運動器リハビリテーション料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                             |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100391            | 手術年月日（運動器リハビリテーション料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                             |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100392            | 急性増悪年月日（運動器リハビリテーション料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                           |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100440            | 最初に診断された年月日（運動器リハビリテーション料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                       |             |                    |
|     |              |                               | （標準的算定日数を超過して月13単位を超過し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））<br>心大血管疾患リハビリテーション料（項番375）と同様。 | 830100218            | 継続理由（運動器リハビリテーション料）；*****                                            |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 830100219            | 新たな疾患名（運動器リハビリテーション料）；*****                                          |             |                    |
|     |              |                               | （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）<br>新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。                                                                                    | 850100225            | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日（運動器リハビリテーション料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”   |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100226            | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日（運動器リハビリテーション料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”     |             |                    |
| 386 | H002<br>注2   | 運動器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算   | （入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合）<br>地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。                                                                                                        | 820100158            | 地域連携診療計画加算の算定患者                                                      |             |                    |
| 387 | H002<br>注3   | 運動器リハビリテーション料の初期加算            | （入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合）<br>地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。                                                                                                        | 820100158            | 地域連携診療計画加算の算定患者                                                      |             |                    |
| 388 | H003         | 呼吸器リハビリテーション料                 | 算定単位数及び実施日数を記載すること。                                                                                                                                             | 180759710            | 呼吸器リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）                                         | ○           |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | ｝                    | ｝                                                                    |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 180760410            | 呼吸器リハビリテーション料（2）（医師による場合）                                            | ○           |                    |
|     |              |                               | 疾患名及び治療開始年月日を記載すること。                                                                                                                                            | 830100220            | 疾患名（呼吸器リハビリテーション料）；*****                                             |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100227            | 治療開始年月日（呼吸器リハビリテーション料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                           |             |                    |
|     |              |                               | （標準的算定日数を超過して月13単位を超過し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））<br>心大血管疾患リハビリテーション料（項番375）と同様。 | 830100221            | 継続理由（呼吸器リハビリテーション料）；*****                                            |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 830100222            | 新たな疾患名（呼吸器リハビリテーション料）；*****                                          |             |                    |
|     |              |                               | （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）<br>新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。                                                                                    | 850100228            | 新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日（呼吸器リハビリテーション料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”   |             |                    |
| 389 | H003<br>注2   | 呼吸器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算   | 発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。                                                                                                                                         | 850100212            | 発症年月日（早期リハビリテーション加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                             |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100213            | 手術年月日（早期リハビリテーション加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                             |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100214            | 急性増悪年月日（早期リハビリテーション加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                           |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100215            | 発症年月日（初期加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                                      |             |                    |
| 390 | H003<br>注3   | 呼吸器リハビリテーション料の初期加算            | 発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。                                                                                                                                         | 850100216            | 手術年月日（初期加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                                      |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 | 850100217            | 急性増悪年月日（初期加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”                                    |             |                    |
|     |              |                               |                                                                                                                                                                 |                      |                                                                      |             |                    |
| 391 | H003-2<br>注5 | リハビリテーション総合計画評価料の運動量増加機器加算    | （機器の使用に有効性が認められ、継続すべき医学的必要性が認められ、運動量増加機器加算を更に算定する場合）<br>医学的必要性を記載すること。                                                                                          | 830100223            | 医学的な必要性（運動量増加機器加算）；*****                                             |             |                    |

| 項番  | 区分     | 診療行為<br>名称等                       | 記 載 事 項                                                                                                                                                       | レセプト電算処理<br>システム用コード                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 左記コードによるレセプト表示文言                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 392 | H004   | 摂食機能療法                            | 疾患名及び摂食機能療法の治療開始年月日を記載すること。                                                                                                                                   | 830100224<br>850100230                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 疾患名(摂食機能療法):*****<br>治療開始年月日(摂食機能療法):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                    |
| 393 | H004   | 摂食機能療法の摂食<br>嚥下機能回復体制加算           | 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施年月日及びカンファレンスを実施した年月日を記載すること。内視鏡下嚥下機能検査及び嚥下造影について、摂食嚥下機能回復体制加算を算定する保険医療機関とは別の保険医療機関において検査を実施した場合には、検査を行った保険医療機関名を記載すること。                    | 850100231<br>850100232<br>830100458<br>850100233                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 内視鏡下嚥下機能検査を実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”<br>嚥下造影を実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”<br>内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した別の保険医療機関名:*****<br>カンファレンスを実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                                                                                                                                                                                                                   |             |                    |
| 394 | H006   | 難病患者リハビリテーション料                    | 対象疾患について、特掲診療料の施設基準等別表第十の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。                                                                                                       | 820100159<br>820100075<br>820100076<br>820100160<br>820100077<br>820100078<br>820100161<br>820100162<br>820100163<br>820100079<br>820100164<br>820100165<br>820100166<br>820100167<br>820100080<br>820100168<br>820100169<br>820100299<br>820100170<br>820100171<br>820100172<br>820100084<br>820100173<br>820100174<br>820100175<br>820100176<br>820100177<br>820100085<br>820100086<br>820100087<br>820100088<br>820100089<br>820100090 | パーチェット病<br>多発性硬化症<br>重症筋無力症<br>全身性エリテマトーデス<br>スモン<br>筋萎縮性側索硬化症<br>強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎<br>結節性動脈周囲炎<br>ビュルガー病<br>脊髄小脳変性症<br>悪性関節リウマチ<br>パーキンソン病関連疾患<br>アミロイドーシス<br>後縦靱帯骨化症<br>ハンチントン病<br>モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症)<br>ウェグナー肉芽腫症<br>多系統萎縮症<br>広範脊柱管狭窄症<br>特発性大腿骨頭壊死症<br>混合性結合組織病<br>プリオン病<br>ギラン・バレー症候群<br>黄色靱帯骨化症<br>シェーグレン症候群<br>成人発症スチル病<br>関節リウマチ<br>亜急性硬化性全脳炎<br>ライソゾーム病<br>副腎白質ジストロフィー<br>脊髄性筋萎縮症<br>球脊髄性筋萎縮症<br>慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |             |                    |
| 395 | H006   | 難病患者リハビリテーション料の短期集中リハビリテーション実施加算  | 退院年月日を記載すること。                                                                                                                                                 | 850100234                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 退院年月日(短期集中リハビリテーション実施加算):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                    |
| 396 | H007   | 障害児(者)リハビリテーション料                  | 算定単位数及び実施日数を記載すること。また、対象患者について、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。                                                                               | 820100178<br>820100179<br>820100180<br>820100181<br>820100182<br>820100183<br>820100184<br>820100185                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 脳性麻痺の患者<br>胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者<br>顎・口腔の先天異常の患者<br>先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者<br>先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者<br>先天性又は進行性の神経筋疾患の患者<br>神経障害による麻痺及び後遺症の患者<br>言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者                                                                                                                                                                                                                                  |             |                    |
| 397 | H007-2 | がん患者リハビリテーション料                    | 算定単位数、実施日数及びがんの種類を記載すること。また、当該入院中に提供した治療の種類について、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ものの中から該当するものを選択して記載すること。                                                            | 820100812<br>820100813<br>820100814<br>820100815<br>820100193                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1 がんの治療のための手術が行われる予定又は行われたもの<br>2 がんの治療のための骨髄抑制を来たしうる化学療法が行われる予定又は行われたもの<br>3 がんの治療のための放射線治療が行われる予定又は行われたもの<br>4 がんの治療のための造血幹細胞移植が行われる予定又は行われたもの<br>5 進行がん等の患者で、在宅復帰を目的としたリハビリが必要なもの                                                                                                                                                                                                                                  |             |                    |
| 398 | H007-3 | 認知症患者リハビリテーション料                   | 「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記載すること。なお、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添6の別紙12におけるランクの中から該当するものを選択して記載すること。 | 820100194<br>820100195<br>820100196<br>820100197<br>820100198<br>820100199<br>820100200<br>820100201<br>820100202                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 認知症高齢者の日常生活自立度 1<br>認知症高齢者の日常生活自立度 2<br>認知症高齢者の日常生活自立度 2a<br>認知症高齢者の日常生活自立度 2b<br>認知症高齢者の日常生活自立度 3<br>認知症高齢者の日常生活自立度 3a<br>認知症高齢者の日常生活自立度 3b<br>認知症高齢者の日常生活自立度 4<br>認知症高齢者の日常生活自立度 M                                                                                                                                                                                                                                  |             |                    |
| 399 | H      | 「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを実施した場合 | 次の例により「リハ選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数その他のリハビリテーションと区別して記載すること。<br>(記載例)<br>運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 185×18<br>実施日数3日<br>(リハ選)<br>運動器リハビリテーション料 1,850円×1   | 830100372                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | リハ選:*****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                    |
| 400 | 1000-2 | 経頭蓋磁気刺激療法                         | 治療開始日と終了日の年月日を記載すること。                                                                                                                                         | 850100235<br>850100236                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 治療開始年月日(経頭蓋磁気刺激療法):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”<br>治療終了年月日(経頭蓋磁気刺激療法):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                    |

| 項番  | 区分                               | 診療行為<br>名称等                                              | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                 | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                               | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 401 | 1002                             | 通院・在宅精神療法                                                | (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)<br>退院年月日を記載すること。                                                                                                                                                      | 850100237            | 退院年月日(通院・在宅精神療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                           |             |                    |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 820101309            | 5分を超え10分未満(通院・在宅精神療法)                                          |             | ※                  |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 820101310            | 10分以上20分未満(通院・在宅精神療法)                                          |             | ※                  |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 820101311            | 20分以上30分未満(通院・在宅精神療法)                                          |             | ※                  |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 820101312            | 30分以上40分未満(通院・在宅精神療法)                                          |             | ※                  |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 820101313            | 40分以上50分未満(通院・在宅精神療法)                                          |             | ※                  |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 820101314            | 50分以上60分未満(通院・在宅精神療法)                                          |             | ※                  |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 820101315            | 30分超(通院・在宅精神療法)                                                |             | ※                  |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 820101316            | 60分超(通院・在宅精神療法)                                                |             | ※                  |
|     |                                  |                                                          | (1回の処方において2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬を投与した場合)<br>投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を記載すること。                                                                        | 820101188            | 投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について説明を行った                |             | ※                  |
| 402 | 1002                             | 通院・在宅精神療法の注3及び注4の加算(20歳未満、16歳未満の患者)                      | 当該保険医療機関の精神科を初めて受診した年月日を記載すること。                                                                                                                                                                         | 850100238            | 精神科初回受診年月日(通院・在宅精神療法(20歳未満)加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"             |             |                    |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 850100239            | 精神科初回受診年月日(児童思春期精神科専門管理加算(16歳未満)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"          |             |                    |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 850100240            | 精神科初回受診年月日(児童思春期精神科専門管理加算(20歳未満)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"          |             |                    |
| 403 | 1002注7                           | 通院・在宅精神療法の措置入院後継続支援加算                                    | (指導等を行った月と算定する月が異なる場合)<br>指導等を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                            | 850100241            | 指導等年月日(措置入院後継続支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                        |             |                    |
| 404 | 1002注8                           | 通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算                                     | 初回の当該加算を算定した年月日を記載すること。<br>(対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合)<br>急性増悪等における具体的な状態について記載すること。                                                                                                     | 850100441            | 初回算定年月日(療養生活継続支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                        |             |                    |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 830100533            | 急性増悪等における具体的な状態(療養生活継続支援加算):*****                              |             |                    |
| 405 | 1002注11                          | 通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算                                     | (症状等により、患者本人から同意を得ることが困難である場合や、やむを得ず家族等から同意を得る場合)<br>その理由を記載する。                                                                                                                                         | 830100858            | 患者本人から同意を得ることが困難又はやむを得ず家族等から同意を得た理由(早期診療体制充実加算):*****          |             | ※                  |
| 406 | 1002注12                          | 通院・在宅精神療法の注12の規定                                         | (情報通信機器を用いた精神療法を行う際に、厚生労働省「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」(「オンライン精神療法指針」という。))に沿って診療を行う場合)<br>オンライン精神療法指針に沿った適切な診療であることを記載すること。<br>(処方を行った場合)<br>オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、当該処方がオンライン精神療法指針に沿った適切な処方であることを記載すること。       | 820101189            | オンライン精神療法指針に沿った適切な診療である(通院・在宅精神療法の注12の規定)                      |             | ※                  |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 820101190            | オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、オンライン精神療法指針に沿った適切な処方である(通院・在宅精神療法の注12の規定) |             | ※                  |
| 407 | 1002-2                           | 精神科継続外来支援・指導料                                            | (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」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)<br>(3)のアの(イ)から(ニ)までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。 | 820100203            | (イ) 精神疾患患者が他医療機関で既に向精神薬多剤投与の場合                                 |             |                    |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 820100204            | (ロ) 向精神薬投与患者の既投与薬と新導入薬の一時的併用の場合                                |             |                    |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 820100205            | (ハ) 臨時に投与した場合                                                  |             |                    |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 820100206            | (ニ) やむを得ず投与を行う場合(抗うつ薬又は抗精神病薬に限る)                               |             |                    |
| 408 | 1002-3の2                         | 救急患者精神科継続支援料<br>2 入院中の患者以外の患者                            | (電話等で指導等を行った月と算定する月が異なる場合)<br>当該指導等を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                      | 850100243            | 指導等年月日(救急患者精神科継続支援料(入院外)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                  |             |                    |
| 409 | 1003                             | 標準型精神分析療法                                                | 当該診療に要した時間を記載すること。                                                                                                                                                                                      | 852100009            | 標準型精神分析療法に要した時間(標準型精神分析療法)                                     |             |                    |
| 410 | 1003-2                           | 認知療法・認知行動療法                                              | 初回の算定年月日及び一連の治療における算定回数の合計を記載すること。                                                                                                                                                                      | 850100244            | 初回算定年月日(認知療法・認知行動療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                       |             |                    |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 842100053            | 一連の治療の算定回数の合計(認知療法・認知行動療法):*****                               |             |                    |
|     |                                  |                                                          | 当該診療に要した時間を記載すること。                                                                                                                                                                                      | 852100015            | 認知療法・認知行動療法に要した時間(認知療法・認知行動療法)                                 |             |                    |
| 411 | 1004                             | 心身医学療法                                                   | 傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「(心身症)」と記載すること。<br>例「胃潰瘍(心身症)」                                                                                                                                             | 傷病名コード               | (傷病名を表示する。)                                                    |             | ○                  |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 修飾語コード               | (修飾語を表示する。)                                                    |             | ○                  |
|     |                                  |                                                          | (初診の日)に心身医学療法を算定した場合)<br>診療に要した時間を記載すること。                                                                                                                                                               | 852100010            | 診療に要した時間(心身医学療法)                                               |             |                    |
| 412 | 1006-2                           | 依存症集団療法                                                  | 治療開始年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                         | 850100245            | 治療開始年月日(依存症集団療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                           |             |                    |
| 413 | 1008-2<br>1009<br>1010<br>1010-2 | 精神科ショート・ケア<br>精神科デイ・ケア<br>精神科ナイト・ケア<br>精神科デイ・ナイト・ケア      | 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・ケアのうち最初に算定した年月日を記載すること。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、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・ケアを週4日以上算定する場合は、通算の入院期間を記載すること。       | 850100246            | 初回算定年月日(精神科デイ・ケア等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                         |             |                    |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 820100745            | 初回(精神科デイ・ケア等)                                                  |             |                    |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 830100226            | 通算入院期間(精神科デイ・ケア):*****                                         |             |                    |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 830100227            | 通算入院期間(精神科ナイト・ケア):*****                                        |             |                    |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 830100228            | 通算入院期間(精神科デイ・ナイト・ケア):*****                                     |             |                    |
|     |                                  |                                                          | (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)<br>算定日を記載すること。                                                                                                                                                     | 算定日情報                | (算定日)                                                          |             | ○                  |
| 414 | 1008-2<br>1009<br>1010<br>1010-2 | 精神科ショート・ケア<br>精神科デイ・ケア<br>精神科ナイト・ケア<br>精神科デイ・ナイト・ケアの早期加算 | 最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。                                                                                                                                                                   | 850100247            | 初回精神科デイ・ケア等算定年月日(早期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                     |             |                    |
|     |                                  |                                                          |                                                                                                                                                                                                         | 850100248            | 精神病床の退院年月日(早期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                           |             |                    |
| 415 | 1008-2                           | 精神科ショート・ケアの疾患別等専門プログラム加算                                 | 治療開始年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                         | 850100249            | 治療開始年月日(疾患別等専門プログラム加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                     |             |                    |
| 416 | 1011-2                           | 精神科退院前訪問指導料                                              | (2回以上算定した場合)<br>各々の訪問指導年月日を記載すること。                                                                                                                                                                      | 850100250            | 訪問指導年月日(精神科退院前訪問指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                       |             |                    |
|     |                                  |                                                          | (患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示し、当該急性増悪した日から7日以内の期間に算定した場合)<br>その医療上の必要性を記載すること。                                                                                                                    | 830100229            | 急性増悪した日から7日以内の期間に算定した医療上の必要性(精神科訪問看護・指導料):*****                |             |                    |

| 項番  | 区分         | 診療行為<br>名称等                                        | 記 載 事 項                                                                                | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                     | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 417 | 1012       | 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)<br>精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)                   | (急性増悪した患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断し、急性増悪した日から1月以内の連続した7日間に算定した場合)<br>その医療上の必要性を記載すること。 | 830100230            | 急性増悪した日から1月以内の連続した7日間に算定した医療上の必要性(精神科訪問看護・指導料);***** |             |                    |
|     |            |                                                    | (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)<br>退院年月日を記載すること。                                     | 850100251            | 退院年月日(精神科訪問看護・指導料(Ⅰ));(元号)yy"年"mm"月"dd"日             |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 850100252            | 退院年月日(精神科訪問看護・指導料(Ⅲ));(元号)yy"年"mm"月"dd"日             |             |                    |
|     |            |                                                    | 月の初日の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により測定した値及び測定日を記載すること。GAFの値については該当する範囲を選択して記載すること。                | 850190202            | GAF測定年月日(精神科訪問看護・指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日             |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820101019            | GAF尺度100－91(精神科訪問看護・指導料)                             |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820101020            | GAF尺度90－81(精神科訪問看護・指導料)                              |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820101021            | GAF尺度80－71(精神科訪問看護・指導料)                              |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820101022            | GAF尺度70－61(精神科訪問看護・指導料)                              |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820101023            | GAF尺度60－51(精神科訪問看護・指導料)                              |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820101024            | GAF尺度50－41(精神科訪問看護・指導料)                              |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820101025            | GAF尺度40－31(精神科訪問看護・指導料)                              |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820101026            | GAF尺度30－21(精神科訪問看護・指導料)                              |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820101027            | GAF尺度20－11(精神科訪問看護・指導料)                              |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820101028            | GAF尺度10－1(精神科訪問看護・指導料)                               |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820101029            | GAF尺度0(精神科訪問看護・指導料)                                  |             |                    |
| 418 | 1012       | 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算 | 精神科訪問看護を実施した年月日及び時刻を記載すること。                                                            | 850100253            | 精神科訪問看護の実施年月日(夜間・早朝訪問看護加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日        |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 850100254            | 精神科訪問看護の実施年月日(深夜訪問看護加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日           |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 851100006            | 精神科訪問看護の実施時刻(夜間・早朝訪問看護加算)                            |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 851100007            | 精神科訪問看護の実施時刻(深夜訪問看護加算)                               |             |                    |
| 419 | 1012       | 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の看護・介護職員連携強化加算        | 介護職員等同行訪問した年月日を記載すること。                                                                 | 850100255            | 介護職員等同行訪問年月日(看護・介護職員連携強化加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日       |             |                    |
| 420 | 1012       | 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の特別地域訪問看護加算           | 患者の住所並びに通常の経路及び方法で訪問に要する時間(片道)を記載すること。                                                 | 830100095            | 患者住所(特別地域訪問看護加算);*****                               |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 852100005            | 訪問に要する時間(片道)(特別地域訪問看護加算)                             |             |                    |
| 421 | 1012<br>注7 | 精神科訪問看護・指導料の精神科緊急訪問看護加算                            | 加算を算定する理由を詳細に記載すること。                                                                   | 830100859            | 緊急訪問看護の理由(精神科緊急訪問看護加算);*****                         |             | ※                  |
|     |            |                                                    | 緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。                                                                 | 850190234            | 緊急訪問年月日(精神科緊急訪問看護加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日              |             | ※                  |
| 422 | 1012-2     | 精神科訪問看護指示料の精神科特別訪問看護指示加算                           | 頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由を記載すること。                                                          | 830100232            | 頻回の指定訪問看護を行う必要性(精神科特別訪問看護指示加算);*****                 |             |                    |
| 423 | 1012-2     | 精神科訪問看護指示料の手順書加算                                   | 前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。                                                        | 850190056            | 前回実施年月日(手順書加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日                    |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820190052            | 初回(手順書加算)                                            |             |                    |
| 424 | 1014       | 医療保護入院等診療料                                         | 患者の該当する入院形態として、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の中から該当するものを選択して記載すること。                           | 820100207            | 措置入院                                                 |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820100208            | 緊急措置入院                                               |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820100209            | 医療保護入院                                               |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820100210            | 応急入院                                                 |             |                    |
| 425 | 1015       | 重度認知症患者デイケア料の早期加算                                  | 最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。                                                  | 850100256            | 重度認知症患者デイケア料の初回算定年月日(早期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日        |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 850100248            | 精神病床の退院年月日(早期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日                  |             |                    |
| 426 | 1015       | 重度認知症患者デイケア料の夜間ケア加算                                | 初回算定年月日及び夜間ケアに要した時間を記載すること。                                                            | 850100258            | 重度認知症患者デイケア料の初回算定年月日(夜間ケア加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日      |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 852100012            | 夜間ケアに要した時間(夜間ケア加算)                                   |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 850100259            | 直近の入院の入院日(精神科在宅患者支援管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日           |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820100746            | 入院形態(精神科在宅患者支援管理料):措置入院                              |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820100747            | 入院形態(精神科在宅患者支援管理料):緊急措置入院                            |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 820100748            | 入院形態(精神科在宅患者支援管理料):医療保護入院                            |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 850100260            | 直近の入院の退院日(精神科在宅患者支援管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日           |             |                    |
|     |            |                                                    |                                                                                        | 830100233            | 前々回の入院日、入院形態並びに退院日(精神科在宅患者支援管理料);*****               |             |                    |

| 項番  | 区分          | 診療行為<br>名称等                                 | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                  | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 427 | 1016        | 精神科在宅患者支援<br>管理料                            | (精神科在宅患者支援管理料の「1」又は「2」を算定した場合)<br>直近の入院についての入院年月日、入院形態、退院年月日(入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、<br>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GAF、当該月の最初の訪問診療時における<br>GAF、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、平成31～令和3年度厚生労働行政調査推進補助金<br>障害者対策総合研究事業において「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の研究班が作<br>成した、別紙様式41の2に掲げる「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」(以下この項において「在宅<br>医療における包括的支援マネジメント導入基準」という。))において、当該患者に該当するコア項目並びに当該導入<br>基準の点数、初回の算定日、カンファレンス実施日、算定する月に行った訪問の日時、診療時間及び訪問した者の<br>職種を記載すること。<br>なお、入院形態については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院の中から該当するものを選択して、また、「認<br>知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する<br>手続きの取扱いについて」別添6の別紙12におけるランクの中から該当するものを選択して記載すること。 | 842100054            | 直近の退院時におけるGAF(精神科在宅患者支援管理料);*****                 |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 842100055            | 当該月の最初の訪問診療時におけるGAF(精神科在宅患者支援管理<br>料);*****       |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820100194            | 認知症高齢者の日常生活自立度 1                                  |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820100195            | 認知症高齢者の日常生活自立度 2                                  |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820100196            | 認知症高齢者の日常生活自立度 2a                                 |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820100197            | 認知症高齢者の日常生活自立度 2b                                 |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820100198            | 認知症高齢者の日常生活自立度 3                                  |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820100199            | 認知症高齢者の日常生活自立度 3a                                 |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820100200            | 認知症高齢者の日常生活自立度 3b                                 |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820100201            | 認知症高齢者の日常生活自立度 4                                  |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820100202            | 認知症高齢者の日常生活自立度 M                                  |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820101191            | 在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコ<br>ア項目:1         |             | ※                  |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820101192            | 在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコ<br>ア項目:2         |             | ※                  |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 820101193            | 在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコ<br>ア項目:3         |             | ※                  |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 842100113            | 在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準の点数;*****                  |             | ※                  |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850100261            | 初回算定日(精神科在宅患者支援管理料);(元号)yy“年”mm“月”dd“日”           |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850100262            | カンファレンス実施日(精神科在宅患者支援管理料);(元号)yy“年”mm“<br>月”dd“日”  |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850100263            | 算定する月に行った訪問日(精神科在宅患者支援管理料);(元号)yy“年<br>mm“月”dd“日” |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 851100008            | 算定する月に行った訪問の時刻(精神科在宅患者支援管理料)                      |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 852100013            | 診療時間(精神科在宅患者支援管理料)                                |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100234            | 訪問した者の職種(精神科在宅患者支援管理料);*****                      |             |                    |
|     |             |                                             | (精神科在宅患者支援管理料3を算定する場合)<br>精神科在宅患者支援管理料1又は精神科在宅患者支援管理料2の初回の算定日、精神科在宅患者支援管理料3<br>の初回の算定年月日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 850100264            | 初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料1);(元号)yy“年”mm“月<br>dd“日”      |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850100265            | 初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料2);(元号)yy“年”mm“月<br>dd“日”      |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850100266            | 初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料3);(元号)yy“年”mm“月<br>dd“日”      |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100235            | 訪問の日時、診療時間、訪問した者の職種(精神科在宅患者支援管理料<br>3);*****      |             |                    |
|     |             |                                             | (精神科在宅患者支援管理料の「3」を前月に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<br>上の留意事項について」別添1第2章第8部16精神科在宅患者支援管理料(2)のイを満たし、対象となる状態の<br>著しい急性増悪を認めるものについて、精神科在宅患者支援管理料の「1」のロ及び「2」のロを算定する場合)<br>急性増悪における状態像について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 830100236            | 急性増悪における状態像(精神科在宅患者支援管理料1の「ロ」);<br>*****          |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100237            | 急性増悪における状態像(精神科在宅患者支援管理料2の「ロ」);<br>*****          |             |                    |
| 428 | 1           | 「制限回数を超えて行<br>う診療」に係る精神科<br>専門療法を実施した<br>場合 | 次の例により「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精<br>神科専門療法と区別して記載すること。<br>(記載例)<br>精神科デイ・ケア(小規模) 590× 5<br>(精選)<br>精神科デイ・ケア 5,900円× 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 830100534            | 精選;*****                                          |             |                    |
| 429 | J000-<br>2  | 下肢創傷処置                                      | 下肢創傷の部位及び潰瘍の深さを記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 830100535            | 下肢創傷の部位及び潰瘍の深さ(下肢創傷処置);*****                      |             |                    |
| 430 | J001        | 熱傷処置                                        | 初回の処置を行った年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 850100268            | 初回年月日(熱傷処置);(元号)yy“年”mm“月”dd“日”                   |             |                    |
| 431 | J001-<br>5  | 長期療養患者褥瘡等<br>処置                             | (1年を超える入院の場合にあって創傷処置又は皮膚科軟膏処置の費用を算定する場合)<br>対象傷病名を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 830100239            | 対象傷病名(長期療養患者褥瘡等処置);*****                          |             |                    |
| 432 | J001-<br>10 | 静脈圧迫処置(慢性<br>静脈不全に対するも<br>の)                | 難治性潰瘍の所見(潰瘍の持続期間、部位、深達度及び面積を含む。)、これまでの治療経過(初回の場合はその<br>旨を記載)、慢性静脈不全と診断した根拠(下肢静脈超音波検査等の所見)、静脈圧迫処置を必要とする医学的理<br>由及び指導内容について記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830100240            | 難治性潰瘍の所見(静脈圧迫処置);*****                            |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100241            | 治療経過(静脈圧迫処置);*****                                |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100242            | 慢性静脈不全等と診断した根拠(下肢静脈超音波検査等の所見)(静脈<br>圧迫処置);*****   |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100243            | 静脈圧迫処置を必要とする医学的理由(静脈圧迫処置);*****                   |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100244            | 指導内容(静脈圧迫処置);*****                                |             |                    |
| 433 | J003        | 局所陰圧閉鎖処置<br>(入院)                            | (J040局所滲流の「2」骨髄・骨髄炎に対するものを併せて算定する場合)<br>その理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100245            | 理由及び医学的根拠(局所陰圧閉鎖処置と洗浄を行った場合);*****                |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 850100442            | 初回加算算定年月日(局所陰圧閉鎖処置(入院));(元号)yy“年”mm“月<br>dd“日”    |             |                    |
|     |             |                                             | 初回加算を算定した年月日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 830100246            | 陰圧維持管理装置として使用した機器(局所陰圧閉鎖処置(入院));<br>*****         |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100247            | 医学的必要性(局所陰圧閉鎖処置(入院));*****                        |             |                    |
|     |             |                                             | (創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合)<br>併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置のそれぞれの対象部位を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 830100459            | 併算定した処置の部位(局所陰圧閉鎖処置);*****                        |             |                    |
|     |             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 830100460            | 対象部位(局所陰圧閉鎖処置);*****                              |             |                    |
| 434 | J003<br>注2  | 局所陰圧閉鎖処置<br>(入院)の持続洗浄加<br>算                 | 持続洗浄加算を算定した理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830100248            | 持続洗浄加算を算定した理由及び医学的根拠(持続洗浄加算);*****                |             |                    |

| 項番  | 区分                 | 診療行為<br>名称等                     | 記 載 事 項                                                                                                                  | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                             | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 435 | J003-2             | 局所陰圧閉鎖処置<br>(入院外)               | (局所陰圧閉鎖処置(入院外)を算定した場合)<br>初回加算を算定した年月日を記載すること。                                                                           | 850100270            | 初回加算算定年月日(局所陰圧閉鎖処置(入院外));(元号)yy"年"mm"月"dd"日  |             |                    |
|     |                    |                                 | (創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合)<br>併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置のそれぞれの対象部位を記載すること。                                                      | 830100459            | 併算定した処置の部位(局所陰圧閉鎖処置);*****                   |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 830100460            | 対象部位(局所陰圧閉鎖処置);*****                         |             |                    |
| 436 | J003-3             | 局所陰圧閉鎖処置<br>(腹部開放創)             | (局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)を算定した場合)<br>処置開始年月日を記載すること                                                                               | 850100393            | 処置開始日(局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創));(元号)yy"年"mm"月"dd"日    |             |                    |
| 437 | J003-4             | 多血小板血漿処置                        | 当該処置を行う医学的必要性を記載すること。                                                                                                    | 830100249            | 多血小板血漿処置を行う医学的必要性(多血小板血漿処置);*****            |             |                    |
|     |                    |                                 | (創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合)<br>併算定した処置と多血小板血漿処置のそれぞれの対象部位を記載すること。                                                      | 830100860            | 併算定した処置の部位(多血小板血漿処置);*****                   |             | ※                  |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 830100861            | 対象部位(多血小板血漿処置);*****                         |             | ※                  |
| 438 | J007-2             | 硬膜外自家血注入                        | 当該診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日及び撮影医療機関の名称等の症状詳記を記載すること。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。                                          | 830100250            | 症状詳記(硬膜外自家血注入);*****                         |             |                    |
| 439 | J026-4             | ハイフローセラピー                       | 動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果を記載すること。                                                                                           | 830100251            | 動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度測定結果(ハイフローセラピー);*****       |             |                    |
| 440 | J027               | 高気圧酸素治療                         | 一連の治療における初回実施年月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を含む。)を記載すること。                                                                   | 850100272            | 初回実施年月日(高気圧酸素治療);(元号)yy"年"mm"月"dd"日          |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 842100056            | 通算実施回数(高気圧酸素治療);*****                        |             |                    |
|     |                    |                                 | (高気圧酸素治療の「1」を算定した場合)<br>減圧症又は空気塞栓が発症した年月日を記載すること。                                                                        | 850100273            | 減圧症又は空気塞栓発症年月日(高気圧酸素治療);(元号)yy"年"mm"月"dd"日   |             |                    |
|     |                    |                                 | (高気圧酸素治療の「1」について、長時間加算を算定した場合)<br>高気圧酸素治療の実施時間を記載すること。                                                                   | 140057510            | 高気圧酸素治療(減圧症又は空気塞栓)                           | ○           |                    |
| 441 | J032注              | 肛門拡張法の周術期乳幼児加算                  | 初回の算定年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。                                                                                           | 850190046            | 初回の算定年月日(周術期乳幼児加算(肛門拡張法));(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820190046            | 初回(周術期乳幼児加算(肛門拡張法))                          |             |                    |
| 442 | J034-2             | 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術               | (経胃の栄養摂取が必要な患者に対して在宅などX線装置が活用できない環境下において、経鼻栄養・薬剤投与用チューブの挿入に際して、ファイバー光源の活用によりチューブの先端が胃内にあることを確認する場合)<br>医学的必要性について記載すること。 | 830100862            | 医学的必要性(経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術);*****              |             | ※                  |
| 443 | J038               | 人工腎臓                            | 人工腎臓を算定した日を記載すること。                                                                                                       | 算定日情報                | (算定日)                                        | ○           |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100211            | ア 急性腎不全の患者                                   |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100212            | イ 透析導入期(1月に限る。)の患者                           |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100213            | ウ 血液濾過又は血液透析濾過を実施                            |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100214            | エ 特別な管理が必要(イ 進行性眼底出血)                        |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100215            | エ 特別な管理が必要(ロ 重篤な急性出血性合併症)                    |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100216            | エ 特別な管理が必要(ハ ヘパリン起因性血小板減少症)                  |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100217            | エ 特別な管理が必要(ニ 播種性血管内凝固症候群)                    |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100218            | エ 特別な管理が必要(ホ 敗血症)                            |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100219            | エ 特別な管理が必要(ヘ 急性肺炎)                           |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100220            | エ 特別な管理が必要(ト 重篤な急性肝不全)                       |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100221            | エ 特別な管理が必要(チ 注射による化学療法中の悪性腫瘍)                |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100222            | エ 特別な管理が必要(リ 自己免疫疾患の活動性が高い状態)                |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100223            | エ 特別な管理が必要(ヌ 麻酔による手術を実施した状態)                 |             |                    |
| 444 | J038               | 人工腎臓の導入期加算                      | CI02在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載すること。                                                                                  | 830100252            | 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している他の保険医療機関名(人工腎臓);*****    |             |                    |
|     |                    |                                 | 導入の年月日を記載すること。                                                                                                           | 850100275            | 導入年月日(導入期加算(人工腎臓));(元号)yy"年"mm"月"dd"日        |             |                    |
| 445 | J038注3<br>J038-2注2 | 人工腎臓の障害者等加算<br>持続緩徐式血液濾過の障害者等加算 | 「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9部J038人工腎臓の(18)のアからツまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。                                | 820100224            | ア 障害者基本法にいう障害者で留意事項通知に規定する者                  |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100225            | イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者                      |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100226            | ウ 指定難病等に罹患している者で留意事項通知に規定するもの                |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100227            | エ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者                          |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100228            | オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者                             |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100229            | カ 認知症患者                                      |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100230            | キ 常時低血圧症(収縮期血圧が90mmHg以下)の者                   |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100231            | ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者                |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100232            | ケ 出血性消化器病変を有する者                              |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100233            | コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者                       |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100234            | サ 重症感染症に合併しているために入院中の患者                      |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100235            | シ 末期癌に合併しているために入院中の患者                        |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100236            | ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの                   |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100237            | セ 妊婦(妊娠中期以降)                                 |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100238            | ソ うっ血性心不全(NYHA3度以上)                          |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100239            | タ 12歳未満の小児                                   |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100240            | チ 人工呼吸を実施中の患者                                |             |                    |
|     |                    |                                 |                                                                                                                          | 820100241            | ツ 結核菌を排菌中の患者                                 |             |                    |

| 項番  | 区分          | 診療行為<br>名称等              | 記 載 事 項                                                                                                                                                           | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                 | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 446 | J038<br>注14 | 人工腎臓<br>透析時運動指導等加算       | 指導を開始した年月日を記載すること。                                                                                                                                                | 850190235            | 指導を開始した年月日(透析時運動指導等加算(人工腎臓)):(元号)yy”年”mm”月”dd”日” |             | ※                  |
| 447 | J038-<br>2  | 持続緩徐式血液濾過                | 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。)、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。                                                                        | 850100443            | 初回実施年月日(持続緩徐式血液濾過):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”           |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 842100057            | 通算実施回数(持続緩徐式血液濾過):*****                          |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 851100009            | 開始時刻(持続緩徐式血液濾過)                                  |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 851100010            | 終了時刻(持続緩徐式血液濾過)                                  |             |                    |
|     |             |                          | 「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9部J038-2持続緩徐式血液濾過の(2)のAからカまでのいずれかに該当する場合は、該当項目を記載すること。                                                                      | 820100750            | 該当する項目(持続緩徐式血液濾過):ア 末期腎不全の患者                     |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 820100751            | 該当する項目(持続緩徐式血液濾過):イ 急性腎障害と診断された、高度代謝性アシドーシスの患者   |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 820100752            | 該当する項目(持続緩徐式血液濾過):ウ 薬物中毒の患者                      |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 820100753            | 該当する項目(持続緩徐式血液濾過):エ 急性腎障害と診断された、尿毒症の患者           |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 820100754            | 該当する項目(持続緩徐式血液濾過):オ 急性腎障害と診断された、電解質異常の患者         |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 820100755            | 該当する項目(持続緩徐式血液濾過):カ 急性腎障害と診断された、体液過剰状態の患者        |             |                    |
|     |             |                          | 「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9部J038-2持続緩徐式血液濾過の(2)のキからケまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。                                                                | 830100253            | キの要件を満たす医学的根拠(重症急性肺炎の患者)(持続緩徐式血液濾過):*****        |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 830100254            | クの要件を満たす医学的根拠(重症敗血症の患者)(持続緩徐式血液濾過):*****         |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 830100255            | クの要件を満たす医学的根拠(劇症肝炎又は術後肝不全)(持続緩徐式血液濾過):*****      |             |                    |
| 448 | J039        | 血漿交換療法                   | 一連の当該療法の初回実施年月日、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。                                                                      | 850100277            | 初回実施年月日(血漿交換療法):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”              |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 842100058            | 通算実施回数(血漿交換療法):*****                             |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 算定日情報                | (算定日)                                            | ○           |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 851100011            | 開始時刻(血漿交換療法)                                     |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 851100012            | 終了時刻(血漿交換療法)                                     |             |                    |
|     |             |                          | (血栓性血小板減少性紫斑病の患者に対して実施した場合)直近の測定結果に基づく血小板数を記載すること。                                                                                                                | 842100059            | 血小板数(血漿交換療法):*****                               |             |                    |
| 449 | J039<br>注3  | 移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法 | 臓器移植後に抗体関連型拒絶反応を呈する患者を対象として、抗ドナー抗体を除去することを目的として実施する場合)医学的必要性から一連につき6回以上算定する場合には、その理由を記載すること。                                                                      | 830100536            | 6回以上算定する理由(移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法):*****       |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   |                      |                                                  |             |                    |
| 450 | J040        | 局所灌流                     | 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。                                                                                                                   | 算定日情報                | (算定日)                                            | ○           |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 851100013            | 開始時刻(局所灌流)                                       |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 851100014            | 終了時刻(局所灌流)                                       |             |                    |
| 451 | J041        | 吸着式血液浄化法                 | 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。                                                                                                                   | 算定日情報                | (算定日)                                            | ○           |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 851100015            | 開始時刻(吸着式血液浄化法)                                   |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 851100016            | 終了時刻(吸着式血液浄化法)                                   |             |                    |
|     |             |                          | 「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9部J41吸着式血液浄化法の(2)のAに該当する場合)<br>「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9部J41吸着式血液浄化法の(2)のAの①から③までのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。 | 830100257            | Aの1の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法):*****                  |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 830100258            | Aの2の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法):*****                  |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 830100259            | Aの3の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法):*****                  |             |                    |
| 452 | J041-<br>2  | 血球成分除去療法                 | (「寛解期の潰瘍性大腸炎で既存の薬物治療が無効、効果不十分又は適用できない難治性患者(厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準)」に対しては、寛解維持を目的として行った場合であって、医学的必要性から一連につき2週間に2回以上算定する場合又は48週間を超えて算定する場合)その理由を記載すること。        | 830100764            | 2週間に2回以上算定する理由(血球成分除去療法):*****                   |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 830100765            | 48週間を超えて算定する理由(血球成分除去療法):*****                   |             |                    |
|     |             |                          | (ステロイド抵抗性又は不耐容の慢性移植片対宿主病(GVHD)患者に対しては、臨床症状の改善又はステロイドの減量を目的として行った場合であって、医学的必要性から一連につき24週間に31回を超えて算定する場合)その理由を記載すること。                                               | 830100863            | 24週間に31回を超えて算定する理由(血球成分除去療法):*****               |             | ※                  |
|     |             |                          | 初回実施に当たっては、医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                         | 830100766            | 医学的必要性(初回)(血球成分除去療法):*****                       |             |                    |
|     |             |                          | 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。                                                                        | 850100444            | 初回実施年月日(血球成分除去療法):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”            |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 842100060            | 通算実施回数(血球成分除去療法):*****                           |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 851100017            | 開始時刻(血球成分除去療法)                                   |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 851100018            | 終了時刻(血球成分除去療法)                                   |             |                    |
| 453 | J042<br>の1  | 連続換行式腹膜灌流の導入期加算          | 導入の年月日を記載すること。                                                                                                                                                    | 850100279            | 導入年月日(導入期加算(腹膜灌流)):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”           |             |                    |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 820101242            | ア 傍ストーマヘルニア(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))                   |             | ※                  |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 820101243            | イ ストーマ脱出(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))                      |             | ※                  |
|     |             |                          |                                                                                                                                                                   | 820101244            | ウ ストーマ腫瘍(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))                      |             | ※                  |

| 項番  | 区分               | 診療行為<br>名称等                 | 記 載 事 項                                                                                                                                        | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                              | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 454 | J043-<br>3<br>注4 | ストーマ処置のストーマ合併症加算            | 「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9部J043-3ストーマ処置の(4)のAからキまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。                                                   | 820101245            | エ ストーマ部瘻孔(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))                  |             | ※                  |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 820101246            | オ ストーマ静脈瘤(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))                  |             | ※                  |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 820101247            | カ ストーマ周囲肉芽腫(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))                |             | ※                  |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 820101248            | キ ストーマ周囲難治性潰瘍等(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))             |             | ※                  |
| 455 | J045<br>の3       | 人工呼吸 5時間を超えた場合              | 開始年月日を記載すること。なお、長期入院により人工呼吸開始日の特定日が困難な場合については、その旨記載すること。                                                                                       | 850100445            | 開始年月日(人工呼吸 5時間を超えた場合):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"     |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 830100864            | 人工呼吸開始日の特定が困難な理由(人工呼吸 5時間を超えた場合):*****        |             | ※                  |
| 456 | J045<br>注3       | 覚醒試験加算                      | 開始年月日を記載すること。                                                                                                                                  | 850100446            | 開始年月日(覚醒試験加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"             |             |                    |
| 457 | J045<br>注5       | 人工呼吸 腹臥位療法加算                | 当該月の算定日及び1回毎の開始年月日、開始時間、終了年月日及び終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。                                                                                   | 算定日情報                | (算定日)                                         | ○           |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 850190236            | 開始年月日(腹臥位療法加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"            |             | ※                  |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 851100079            | 開始時刻(腹臥位療法加算)                                 |             | ※                  |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 850190238            | 終了年月日(腹臥位療法加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"            |             | ※                  |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 851100080            | 終了時刻(腹臥位療法加算)                                 |             | ※                  |
| 458 | J045-<br>2       | 一酸化窒素吸入療法                   | 開始日時、終了日時及び通算時間を記載すること。                                                                                                                        | 算定日情報                | (算定日)                                         | ○           |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 851100019            | 開始時刻(一酸化窒素吸入療法)                               |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 850100281            | 終了年月日(一酸化窒素吸入療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"          |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 851100020            | 終了時刻(一酸化窒素吸入療法)                               |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 852100014            | 通算時間(一酸化窒素吸入療法)                               |             |                    |
|     |                  |                             | (96時間又は168時間を超えて算定する場合)その理由及び医学的根拠を記載すること。                                                                                                     | 830100262            | 理由及び医学的根拠(一酸化窒素ガス加算):*****                    |             |                    |
| 459 | J047-<br>3       | 心不全に対する遠赤外線温熱療法             | 当該療法を開始した年月日及び医学的必要性を記載する。                                                                                                                     | 850100282            | 初回の算定年月日(心不全に対する遠赤外線温熱療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 830100263            | 医学的必要性(心不全に対する遠赤外線温熱療法):*****                 |             |                    |
| 460 | J052-<br>2       | 熱傷温浴療法                      | 受傷年月日を記載すること。                                                                                                                                  | 850100283            | 受傷年月日(熱傷温浴療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"             |             |                    |
| 461 | J054-<br>2       | 皮膚レーザー照射療法                  | 前回の治療開始年月日を記載すること。                                                                                                                             | 850100284            | 前回治療開始年月日(皮膚レーザー照射療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"     |             |                    |
| 462 | J070-<br>2       | 干渉低周波による膀胱等刺激法              | 治療開始年月日を記載すること。                                                                                                                                | 850100285            | 治療開始年月日(干渉低周波による膀胱等刺激法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"   |             |                    |
| 463 | J070-<br>3       | 冷却褥処置                       | 内痔核の重症度について、Ⅰ度又はⅡ度のうち該当するものを選択して記載すること。                                                                                                        | 820100242            | 重症度 1度                                        |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 820100243            | 重症度 2度                                        |             |                    |
| 464 | J070-<br>4       | 磁気による膀胱等刺激法                 | 当該療法の初回実施年月日及び初回からの通算実施日を記載すること。                                                                                                               | 850100286            | 初回実施年月日(磁気による膀胱等刺激法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"      |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 842100061            | 通算実施日(磁気による膀胱等刺激法):*****                      |             |                    |
| 465 | J118-<br>4       | 歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)        | (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)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。)を症状詳細として記載すること。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。 | 830100264            | 症状詳細(歩行運動処置(ロボットスーツ)):*****                   |             |                    |
| 466 | J008<br>等        | 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者  | (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)について胸腔穿孔又は腹腔穿孔を算定した場合)処置名を記載すること。                                 | 140003210            | 胸腔穿孔(洗浄、注入及び排液を含む)                            | ○           |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 140003610            | 腹腔穿孔(人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む)                       | ○           |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 820100244            | 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) ランクB                      |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 820100245            | 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) ランクC                      |             |                    |
| 467 | J129-<br>3       | 治療用装具採寸法                    | (医学的な必要性から、既製品の治療用装具を処方するに当たって、既製品の治療用装具を加工するために当該採寸を実施した場合)医学的な必要性及び加工の内容を記載すること。                                                             | 830100537            | 医学的な必要性(治療用装具採寸法):*****                       |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 830100538            | 加工の内容(治療用装具採寸法):*****                         |             |                    |
| 468 | K                | 手術                          | 算定日を記載すること。<br>なお、対称器官の両側にに対し、手術(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、左右別にそれぞれ算定日を記載すること。                                                               | 算定日情報                | (算定日)                                         | ○           |                    |
| 469 | K 通則7            | 通則7<br>1,500グラム未満の児加算、新生児加算 | 手術時体重を記載すること。                                                                                                                                  | 830100265            | 手術時体重(極低出生体重児加算(手術)):*****                    |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 830100266            | 手術時体重(新生児加算(手術)):*****                        |             |                    |
| 470 | K 通則12           | 通則12<br>時間外等加算1             | 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記載すること。                                                                             | 830100539            | 手術実施診療科(休日加算1(手術)):*****                      |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 830100540            | 手術実施診療科(時間外加算1(手術)):*****                     |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 830100541            | 手術実施診療科(深夜加算1(手術)):*****                      |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 830100542            | 手術実施診療科(時間外特例医療機関加算1(手術)):*****               |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 853100021            | 休日加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"            |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 853100022            | 時間外加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"           |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 853100023            | 深夜加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"            |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 853100024            | 時間外特例医療機関加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"     |             |                    |
|     |                  |                             |                                                                                                                                                | 853100025            | 休日加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"               |             |                    |

| 項番  | 区分          | 診療行為<br>名称等                           | 記 載 事 項                                                                                                  | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                   | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|-------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |             |                                       |                                                                                                          | 853100026            | 時間外加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"                                   |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 853100027            | 深夜加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"                                    |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 853100028            | 時間外特別医療機関加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"                             |             |                    |
| 471 | K002        | デブリードマン                               | (デブリードマンを繰り返し算定する場合)<br>植皮の範囲(全身に占める割合)を記載すること。                                                          | 830100267            | 植皮の範囲(デブリードマン);*****                                               |             |                    |
|     |             |                                       | (A群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎に対して行う場合)<br>病歴、細菌培養検査及び画像所見を記載すること。                                                   | 830100268            | 病歴(デブリードマン);*****                                                  |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 830100269            | 細菌培養検査結果(デブリードマン);*****                                            |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 830100270            | 画像所見(デブリードマン);*****                                                |             |                    |
| 472 | K019-2      | 自家脂肪注入                                | 注入した脂肪量を記載すること。                                                                                          | 830100543            | 注入した脂肪量(自家脂肪注入);*****                                              |             |                    |
| 473 | K022<br>の1  | 組織拡張器による再<br>建手術<br>1 乳房(再建手術)の<br>場合 | 「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10部K022の組織拡張器による再建手術の(2)のア又はイのうち該当するものを選択して記載すること。                 | 820100246            | ア 留意事項通知に規定する一次再建                                                  |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 820100247            | イ 留意事項通知に規定する二次再建                                                  |             |                    |
|     |             |                                       | (一連の治療につき2回以上算定する場合)<br>その詳細な理由を記載すること。                                                                  | 830100271            | 詳細理由(組織拡張器による再建手術(乳房(再建手術)));*****                                 |             |                    |
| 474 | K022<br>の2  | 組織拡張器による再<br>建手術<br>2 その他の場合          | (一連の治療につき2回以上算定する場合)<br>その詳細な理由を記載すること。                                                                  | 830100272            | 詳細理由(組織拡張器による再建手術(その他));*****                                      |             |                    |
| 475 | K046<br>注   | 骨折親血の手術の緊急<br>整備固定加算                  | 骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。                                                                                | 853100006            | 骨折した日時(緊急整備固定加算);dd"日"hh"時"mm"分"                                   |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 853100007            | 手術を開始した日時(緊急整備固定加算);dd"日"hh"時"mm"分"                                |             |                    |
| 476 | K047        | 難治性骨折電磁波電<br>気治療法                     | (親血の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)<br>その詳細な理由を記載すること。                                         | 830100273            | 詳細理由(難治性骨折電磁波電気治療法);*****                                          |             |                    |
|     |             |                                       | 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記載すること。                                                                  | 830100274            | 指導内容(難治性骨折電磁波電気治療法);*****                                          |             |                    |
| 477 | K047-<br>2  | 難治性骨折超音波治<br>療法                       | (親血の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超音波治療法を行った場合)<br>その詳細な理由を記載すること。                                           | 830100780            | 詳細理由(難治性骨折超音波治療法);*****                                            |             |                    |
|     |             |                                       | 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記載すること。                                                                  | 830100781            | 指導内容(難治性骨折超音波治療法);*****                                            |             |                    |
| 478 | K047-<br>3  | 超音波骨折治療法                              | (四肢(手足を含む。))の骨折親血の手術等を実施した後、当該骨折から3週間を超えて超音波骨折治療法を行った場合)<br>その理由を記載すること。                                 | 830100275            | 実施理由(超音波骨折治療法);*****                                               |             |                    |
|     |             |                                       | 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記載すること。                                                                  | 830100276            | 指導内容(超音波骨折治療法);*****                                               |             |                    |
| 479 | K059        | 骨移植術(軟骨移植<br>術を含む。)                   | (自家骨又は非生体同種骨(凍結保存された死体骨を含む。))移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合)<br>人工骨の移植部位について記載すること。                                | 830100544            | 人工骨の移植部位(骨移植術);*****                                               |             |                    |
| 480 | K079-<br>2注 | 関節鏡下靭帯断裂<br>成形手術の一次的両<br>帯形成加算        | 両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見等及び一期的な両靭帯形成術の医学的必要性を記載すること。                                                         | 830100277            | 両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見(一期的両靭帯形成加算);<br>*****                         |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 830100278            | 一期的な両靭帯形成術の医学的必要性(一期的両靭帯形成加算);<br>*****                            |             |                    |
| 481 | K081<br>注   | 人工骨頭挿入術の緊急<br>挿入加算                    | 骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。                                                                                | 853100008            | 骨折した日時(緊急挿入加算);dd"日"hh"時"mm"分"                                     |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 853100009            | 手術を開始した日時(緊急挿入加算);dd"日"hh"時"mm"分"                                  |             |                    |
| 482 | K096-<br>2  | 体外衝撃波疼痛治療<br>術                        | 保存療法の開始年月日及び本治療を選択した医学的理由を記載すること。                                                                        | 850100287            | 保存療法開始年月日(体外衝撃波疼痛治療術);(元号)yy"年"mm"月"<br>"dd"日"                     |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 830100279            | 治療を選択した医学的理由(体外衝撃波疼痛治療術);*****                                     |             |                    |
|     |             |                                       | (2回目以降算定する場合)<br>前回算定年月日及びその理由を記載すること。                                                                   | 850100288            | 前回算定年月日(体外衝撃波疼痛治療術);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                            |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 830100280            | 2回目以降算定する理由(体外衝撃波疼痛治療術);*****                                      |             |                    |
| 483 | K172<br>の2  | 脳動静脈奇形摘出術                             | SM－Grade3から5と診断した画像所見及び手術の概要を摘要欄に記載する。                                                                   | 830100281            | SM－Grade3から5と診断した画像所見;*****                                        |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 830100282            | 手術の概要(脳動静脈奇形摘出術);*****                                             |             |                    |
| 484 | K268        | 緑内障手術<br>6 水晶体再建術併用<br>眼内ドレーン挿入術      | 症状詳記を記載すること。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。                                                              | 830100283            | 症状詳記(緑内障手術(水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術));<br>*****                           |             |                    |
| 485 | K280-<br>2  | 網膜付着組織を含む<br>硝子体切除術                   | 当該術式を選択した理由を詳細に記載すること。                                                                                   | 830100284            | 選択理由(網膜付着組織を含む硝子体切除術);*****                                        |             |                    |
| 486 | K282        | 水晶体再建術の注の<br>加算                       | 症状詳記を記載すること。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。                                                              | 830100285            | 症状詳記(水晶体裏拡張リング使用加算(水晶体再建術));*****                                  |             |                    |
| 487 | K311        | 鼓膜穿孔閉鎖術                               | 症状詳記を記載すること。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。                                                              | 830100545            | 症状詳記(鼓膜穿孔閉鎖術);*****                                                |             |                    |
| 488 | K474-<br>3  | 乳腺腫瘍画像下ガイド<br>下吸引術<br>2 MRIによるもの      | 実施した医学的必要性を記載すること。                                                                                       | 830100286            | 医学的必要性(乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(MRI));*****                                   |             |                    |
| 489 | K476-<br>4  | ゲル充填人工乳房を<br>用いた乳房再建術(乳<br>房切除後)      | 「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10部K476-4ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術の(2)のアからウまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。 | 820100248            | ア 留意事項通知に規定する一次一期的再建                                               |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 820100249            | イ 留意事項通知に規定する一次二期的再建                                               |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 820100250            | ウ 留意事項通知に規定する二次再建                                                  |             |                    |
| 490 | K508-<br>4  | 気管支バルブ留置術                             | 「K511」肺切除術若しくは「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由を記載すること。                                                    | 830100865            | 「K511」肺切除術若しくは「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない<br>又は実施困難な理由(気管支バルブ留置術);***** |             | ※                  |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 830100546            | 理由・医学的根拠(留意事項通知K546(1));*****                                      |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 830100547            | 医学的根拠(留意事項通知K546(2)のア);*****                                       |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 830100548            | 測定項目(留意事項通知K546(2)のア);*****                                        |             |                    |
|     |             |                                       |                                                                                                          | 830100549            | 医学的根拠(留意事項通知K546(2)のイ);*****                                       |             |                    |

| 項番  | 区分                           | 診療行為<br>名称等                                                                          | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                    | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 491 | K546<br>K547<br>K548<br>K549 | 経皮的冠動脈形成術<br>経皮的冠動脈粥腫切<br>除術<br>経皮的冠動脈形成術<br>(特殊カテーテルによ<br>るもの)<br>経皮的冠動脈ステント<br>留置術 | 「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10部K546経皮的冠動脈形成術の(1)から(3)、(6)、(7)、K547経皮的冠動脈粥腫切除術の(1)及び(2)、K548経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)の(1)又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の(1)から(3)、(6)、(7)に該当する場合は、所定の事項を記載すること。 | 830100550            | 医学的根拠(留意事項通知K546(2)のウ);*****                    |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100551            | 医学的根拠(留意事項通知K546(3)のア);*****                    |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100552            | 重症度及びその医学的根拠(留意事項通知K546(3)のア);*****             |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100553            | 医学的根拠(留意事項通知K546(3)のイ);*****                    |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100554            | 短期リスク評価及びその医学的根拠(留意事項通知K546(3)のイ);<br>*****     |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100555            | 医学的根拠(留意事項通知K546(3)のウ);*****                    |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100556            | 詳細な理由・医学的根拠(留意事項通知K546(6));*****                |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100557            | 過去に実施した手術(留意事項通知K546(7)のイ);*****                |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100558            | 使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K546(7)のイ);<br>*****      |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100559            | 今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K546(7)のウ);*****            |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100560            | 理由・医学的根拠(留意事項通知K547(1));*****                   |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100561            | 過去に実施した手術(留意事項通知K547(2)のイ);*****                |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100562            | 使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K547(2)のイ);<br>*****      |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100563            | 今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K547(2)のウ);*****            |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100564            | 過去に実施した手術(留意事項通知K548(1)のイ);*****                |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100565            | 使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K548(1)のイ);<br>*****      |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100566            | 今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K548(1)のウ);*****            |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100567            | 理由・医学的根拠(留意事項通知K549(1));*****                   |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100568            | 医学的根拠(留意事項通知K549(2)のア);*****                    |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100569            | 測定項目数(留意事項通知K549(2)のア);*****                    |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100570            | 医学的根拠(留意事項通知K549(2)のイ);*****                    |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100571            | 医学的根拠(留意事項通知K549(2)のウ);*****                    |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100572            | 医学的根拠(留意事項通知K549(3)のア);*****                    |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100573            | 重症度及びその医学的根拠(留意事項通知K549(3)のア);*****             |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100574            | 医学的根拠(留意事項通知K549(3)のイ);*****                    |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100575            | 短期リスク評価及びその医学的根拠(留意事項通知K549(3)のイ);<br>*****     |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100576            | 医学的根拠(留意事項通知K549(3)のウ);*****                    |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100577            | 詳細な理由・医学的根拠(留意事項通知K549(6));*****                |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100578            | 過去に実施した手術(留意事項通知K549(7)のイ);*****                |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100579            | 使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K549(7)のイ);<br>*****      |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 830100580            | 今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K549(7)のウ);*****            |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 842100075            | 留意事項通知K546(2)のA測定値;                             |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 842100076            | 留意事項通知K549(2)のA測定値;                             |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 850100453            | 留意事項通知K546(7)のA過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月<br>"dd"日" |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 850100454            | 留意事項通知K547(2)のA過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月<br>"dd"日" |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 850100455            | 留意事項通知K548(1)のA過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月<br>"dd"日" |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 850100456            | 留意事項通知K549(7)のA過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月<br>"dd"日" |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100039            | 留意事項通知K546(2)のイの(イ) 所見の得られた時刻                   |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100040            | 留意事項通知K546(2)のイの(ニ) 所見の得られた時刻                   |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100041            | 留意事項通知K546(2)のイの(ハ) 所見の得られた時刻                   |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100042            | 留意事項通知K546(2)のイの(ホ) 所見の得られた時刻                   |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100043            | 留意事項通知K546(2)のイの(ロ) 所見の得られた時刻                   |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100044            | 留意事項通知K546(2)のウの(イ) 再開通時刻                       |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100045            | 留意事項通知K546(2)のウの(イ) 発症時刻                        |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100046            | 留意事項通知K546(2)のウの(イ) 来院時刻                        |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100047            | 留意事項通知K546(2)のウの(ロ) 再開通時刻                       |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100048            | 留意事項通知K546(2)のウの(ロ) 発症時刻                        |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100049            | 留意事項通知K546(2)のウの(ロ) 来院時刻                        |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100050            | 留意事項通知K546(3)のウ手術開始時刻                           |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100051            | 留意事項通知K546(3)のウ来院時刻                             |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100052            | 留意事項通知K549(2)のイの(イ) 所見の得られた時刻                   |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100053            | 留意事項通知K549(2)のイの(ニ) 所見の得られた時刻                   |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100054            | 留意事項通知K549(2)のイの(ハ) 所見の得られた時刻                   |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100055            | 留意事項通知K549(2)のイの(ホ) 所見の得られた時刻                   |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100056            | 留意事項通知K549(2)のイの(ロ) 所見の得られた時刻                   |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100057            | 留意事項通知K549(2)のウの(イ) 再開通時刻                       |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100058            | 留意事項通知K549(2)のウの(イ) 発症時刻                        |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100059            | 留意事項通知K549(2)のウの(イ) 来院時刻                        |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100060            | 留意事項通知K549(2)のウの(ロ) 再開通時刻                       |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100061            | 留意事項通知K549(2)のウの(ロ) 発症時刻                        |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100062            | 留意事項通知K549(2)のウの(ロ) 来院時刻                        |             |                    |
|     |                              |                                                                                      |                                                                                                                                                                                            | 851100063            | 留意事項通知K549(3)のウ手術開始時刻                           |             |                    |

| 項番  | 区分                                                   | 診療行為<br>名称等                                                                                          | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                             | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                       | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 851100064            | 留意事項通知K549(3)のウ末院時刻                                    |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100581            | 医学的根拠(留意事項通知K546(4)のア):*****                           |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100582            | 医学的根拠(留意事項通知K546(4)のイ):*****                           |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100583            | 医学的根拠(留意事項通知K546(4)のウ):*****                           |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100584            | 医学的必要性及び検討結果(留意事項通知K546(4)のウ):*****                    |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100585            | 医学的根拠(留意事項通知K549(4)のア):*****                           |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100586            | 医学的根拠(留意事項通知K549(4)のイ):*****                           |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100587            | 医学的根拠(留意事項通知K549(4)のウ):*****                           |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100588            | 医学的必要性及び検討結果(留意事項通知K549(4)のウ):*****                    |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      | (経皮的冠動脈形成術又は経皮的冠動脈ステント留置術の「3」その他のものを算定する場合)<br>「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10部K546経皮的冠動脈形成術又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の(4)の7から9までのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、7の病変に対して実施する場合は、実施の医学的必要性及びカンファレンス等の検討の結果を記載すること。 | 820100756            | 該当する病変(経皮的冠動脈形成術):ア 機能的虚血の原因である狭窄病変                    |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 820100757            | 該当する病変(経皮的冠動脈形成術):イ 心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変             |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 820100758            | 該当する病変(経皮的冠動脈形成術):ウ その他医学的必要性が認められる病変                  |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100287            | 実施の医学的必要性及びカンファレンス等の検討結果(経皮的冠動脈形成術):*****              |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 820100759            | 該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):ア 機能的虚血の原因である狭窄病変        |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 820100760            | 該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):イ 心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変 |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 820100761            | 該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):ウ その他医学的必要性が認められる病変      |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100288            | 実施の医学的必要性及びカンファレンス等の検討結果(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):*****  |             |                    |
| 492 | K555<br>注<br>K555-<br>3注<br>K557-<br>3注<br>K560<br>注 | 弁置換術の心臓弁再置換術加算<br>胸腔鏡下弁置換術の心臓弁再置換術加算<br>弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術の心臓弁再置換術加算<br>大動脈瘤切除術の心臓弁再置換術加算               | 前回手術年月日、術式及び保険医療機関名を記載すること。                                                                                                                                                                                         | 850100289            | 前回手術年月日(心臓弁再置換術加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                 |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100289            | 前回手術の術式(心臓弁再置換術加算):*****                               |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100290            | 前回手術実施保険医療機関名(心臓弁再置換術加算):*****                         |             |                    |
| 493 | K581<br>注<br>K583<br>注<br>K584<br>注<br>K586<br>注     | 肺動脈閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算<br>大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算<br>修正大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算<br>単心室症又は三尖弁閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算 | 前回手術年月日、術式及び保険医療機関名を記載すること。                                                                                                                                                                                         | 850100290            | 前回手術年月日(人工血管等再置換術加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"               |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100297            | 前回手術の術式(人工血管等再置換術加算):*****                             |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100298            | 前回手術実施保険医療機関名(人工血管等再置換術加算):*****                       |             |                    |
| 494 | K594<br>の4の<br>イ及び<br>ロ                              | 不整脈手術<br>4 左心耳閉鎖術<br>イ 開胸手術によるもの<br>ロ 胸腔鏡下によるもの                                                      | 手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査(ホルター心電図検査を含む。)の結果及び当該手術を行う医学的理由を記載すること。                                                                                                                               | 830100305            | 12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果(不整脈手術(左心耳閉鎖術(開胸手術))):*****    |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100306            | 当該手術を行う医学的理由(不整脈手術(左心耳閉鎖術(開胸手術))):*****                |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100589            | 12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果(不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下))):*****    |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100590            | 当該手術を行う医学的理由(不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下))):*****                |             |                    |
| 495 | K598<br>K599<br>K599-<br>3                           | 両心室ペースメーカー移植術<br>植込型除細動器移植術<br>両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術                                                 | 症状詳記を記載すること。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。                                                                                                                                                                         | 830100307            | 症状詳記(両心室ペースメーカー移植術):*****                              |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100308            | 症状詳記(植込型除細動器移植術):*****                                 |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100309            | 症状詳記(両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術):*****                      |             |                    |
| 496 | K616-<br>4                                           | 経皮的シャント拡張術・血栓除去術                                                                                     | (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)<br>前回算定日を記載すること。                                                                                                                                                                      | 850100291            | 前回算定年月日(経皮的シャント拡張術・血栓除去術):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"          |             |                    |
| 497 | K616-<br>4                                           | 経皮的シャント拡張術・血栓除去術<br>2 1の実施後3月以内に実施する場合                                                               | 「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10部K616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術の(2)の要件を満たす画像所見等の医学的根拠を記載すること。                                                                                                                       | 830100310            | アの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術):*****                  |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 830100311            | イの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術):*****                  |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      | 前回算定年月日(他の保険医療機関での算定を含む。)を記載すること。                                                                                                                                                                                   | 850100291            | 前回算定年月日(経皮的シャント拡張術・血栓除去術):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"          |             |                    |
| 498 | K616-<br>8                                           | 吸着式潰瘍治療法                                                                                             | 「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10部K616-8吸着式潰瘍治療法の(2)の7及びイの要件を満たす医学的根拠を記載すること。                                                                                                                                | 830100591            | 医学的根拠(吸着式潰瘍治療法):*****                                  |             |                    |
| 499 | K656-<br>2                                           | 腹腔鏡下胃縮小術                                                                                             | 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、手術の必要性等を記載すること。                                                                                                                                                                        | 830100312            | 手術前のBMI等(腹腔鏡下胃縮小術):*****                               |             |                    |
| 500 | K664                                                 | 胃瘻造設術                                                                                                | 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又は腹腔鏡下胃瘻造設術の中から該当するものを選択して記載すること。                                                                                                                                           | 820100254            | 開腹による胃瘻造設術                                             |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 820100255            | 経皮的内視鏡下胃瘻造設術                                           |             |                    |
|     |                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                     | 820100256            | 腹腔鏡下胃瘻造設術                                              |             |                    |
| 501 | K664-<br>2                                           | 経皮経食道胃管挿入術(PTEG)                                                                                     | 医学的な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                                      | 830100313            | 医学的理由(経皮経食道胃管挿入術(PTEG)):*****                          |             |                    |
| 502 | K664-<br>3                                           | 薬剤投与用胃瘻造設術                                                                                           | 経胃瘻空腸投与が必要な理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                    | 830100314            | 必要理由・医学的根拠(薬剤投与用胃瘻造設術):*****                           |             |                    |
| 503 | K695                                                 | 肝切除術                                                                                                 | 複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                 | 830100921            | 複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由(肝切除術):*****                |             |                    |
| 504 | K695-<br>2                                           | 腹腔鏡下肝切除術                                                                                             | 複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                 | 830100315            | 複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由(腹腔鏡下肝切除術):*****            |             |                    |

| 項番  | 区分                         | 診療行為<br>名称等                                                                  | 記 載 事 項                                                                                                                                   | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                                          | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 505 | K721-3<br>注<br>K721-4<br>注 | 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術<br>内視鏡的結腸異物摘出術<br>バルーン内視鏡加算<br>早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術<br>バルーン内視鏡加算 | 症状詳細を記載すること。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。                                                                                               | 830100592            | 症状詳細(バルーン内視鏡加算);*****                                                     |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           |                      |                                                                           |             |                    |
| 506 | K721-4                     | 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術                                                              | 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術を算定した場合は、病変が以下のいずれに該当するかを選択して記載し、併せて病変の最大径を記載すること。<br>ア 最大径が2cm以上の早期癌<br>イ 最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍<br>ウ 最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌 | 820100257            | ア 最大径が2cm以上の早期癌                                                           |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100258            | イ 最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍                                                  |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100259            | ウ 最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌                                                     |             |                    |
| 507 | K735-2                     | 小腸・結腸狭窄部拡張術                                                                  | (短期間又は同一入院期間中に2回目を算定する場合)<br>その理由及び医学的な必要性を記載すること。                                                                                        | 830100317            | 短期間又は同一入院期間中に2回目を算定する理由及び医学的な必要性(小腸・結腸狭窄部拡張術);*****                       |             |                    |
| 508 | K740                       | 直腸切除・切断術の人工肛門造設加算                                                            | 一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。                                                                                                            | 830100318            | 医学的な必要性(人工肛門造設加算(直腸切除・切断術));*****                                         |             |                    |
| 509 | K740-4<br>注                | 直腸切除・切断術 4 経肛門吻合を伴う切除術                                                       | 手術内容を記載すること。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。                                                                                               | 830100866            | 手術内容(経肛門吻合を伴う切除術(直腸切除・切断術));*****                                         |             | ※                  |
| 510 | K740-2<br>注                | 腹腔鏡下直腸切除・切断術 4 経肛門吻合を伴う切除術                                                   | 手術内容を記載すること。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。                                                                                               | 830100867            | 手術内容(経肛門吻合を伴う切除術(腹腔鏡下直腸切除・切断術));*****                                     |             | ※                  |
| 511 | K740-2                     | 腹腔鏡下直腸切除・切断術の人工肛門造設加算                                                        | 一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。                                                                                                            | 830100319            | 医学的な必要性(人工肛門造設加算(腹腔鏡下直腸切除・切断術));*****                                     |             |                    |
| 512 | K755-3                     | 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法                                                                 | 副腎摘出術が適応とならない理由を記載すること。                                                                                                                   | 830100593            | 副腎摘出術が適応とならない理由(副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法);*****                                       |             |                    |
| 513 | K823-6                     | 尿失禁手術                                                                        | (効果の減弱等により再手術が必要となった場合)<br>前回実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。                                                                                  | 850100491            | 前回実施年月日(尿失禁手術);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                        |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820190491            | 初回(尿失禁手術)                                                                 |             |                    |
| 514 | K838-2<br>注1               | 精巣内精子採取術 1 単純なもの                                                             | いずれの状態に該当するかを記載すること。<br>ア 閉塞性無精子症<br>イ 非閉塞性無精子症<br>ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの                                | 820100876            | ア 閉塞性無精子症(精巣内精子採取術 1 単純なもの)                                               |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100877            | イ 非閉塞性無精子症(精巣内精子採取術 1 単純なもの)                                              |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100878            | ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの(精巣内精子採取術 1 単純なもの) |             |                    |
| 515 | K838-2<br>注2               | 精巣内精子採取術 2 顕微鏡を用いたもの                                                         | いずれの状態に該当するかを記載すること。<br>ア 非閉塞性無精子症<br>イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者                                                          | 820100879            | ア 非閉塞性無精子症(精巣内精子採取術 2 顕微鏡を用いたもの)                                          |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100880            | イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者(精巣内精子採取術 2 顕微鏡を用いたもの)          |             |                    |
| 516 | K838-2                     | 精巣内精子採取術                                                                     | (「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10部K838-2精巣内精子採取術の(2)のウ又は(3)のイに該当する患者に算定する場合)<br>実施する必要があると判断した理由について記載すること。                      | 830100594            | 実施する必要があると判断した理由(精巣内精子採取術);*****                                          |             |                    |
| 517 | K884-2                     | 人工授精                                                                         | いずれの状態に該当するかを記載すること。<br>ア 精子・精液の量的・質的異常<br>イ 射精障害・性交障害<br>ウ 精子-頸管粘液不適合<br>エ 機能性不妊                                                         | 820100881            | ア 精子・精液の量的・質的異常(人工授精)                                                     |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100882            | イ 射精障害・性交障害(人工授精)                                                         |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100883            | ウ 精子-頸管粘液不適合(人工授精)                                                        |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100884            | エ 機能性不妊(人工授精)                                                             |             |                    |
| 518 | K884-3                     | 胚移植術                                                                         | 治療開始日の年齢を記載すること。                                                                                                                          | 830100595            | 治療開始日の年齢(胚移植術);*****                                                      |             |                    |
|     |                            |                                                                              | 胚移植術の実施回数の合計を記載すること。                                                                                                                      | 830100596            | 胚移植術の実施回数(胚移植術);*****                                                     |             |                    |
| 519 | K884-3<br>注2               | アシステッドハッチング                                                                  | 実施した医学的な理由を記載すること。                                                                                                                        | 830100597            | 実施した医学的な理由(アシステッドハッチング);*****                                             |             |                    |
| 520 | K884-3<br>注3               | 高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置                                                        | 実施した医学的な理由を記載すること。                                                                                                                        | 830100598            | 実施した医学的な理由(高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置);*****                                   |             |                    |
| 521 | K890-4                     | 採卵術                                                                          | 採取した卵子の数を記載すること。                                                                                                                          | 830100599            | 採取した卵子の数(採卵術);*****                                                       |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100885            | ア 卵管性不妊(採卵術)                                                              |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100886            | イ 男性不妊(閉塞性無精子症等)(採卵術)                                                     |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100887            | ウ 機能性不妊(採卵術)                                                              |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100888            | エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合(採卵術)                                              |             |                    |
| 522 | K917                       | 体外受精・顕微授精管理料                                                                 | いずれの状態に該当するかを記載すること。<br>ア 卵管性不妊<br>イ 男性不妊(閉塞性無精子症等)<br>ウ 機能性不妊<br>エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合                                                 | 820100889            | ア 卵管性不妊(体外受精・顕微授精管理料)                                                     |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100890            | イ 男性不妊(閉塞性無精子症等)(体外受精・顕微授精管理料)                                            |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100891            | ウ 機能性不妊(体外受精・顕微授精管理料)                                                     |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 820100892            | エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合(体外受精・顕微授精管理料)                                     |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 850100457            | 管理を開始した年月日(体外受精・顕微授精管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                              |             |                    |
| 523 | K917<br>注1                 | 体外受精・顕微授精管理料<br>体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合                                         | 体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由について記載すること。                                                                                                       | 830100600            | 顕微授精を実施した卵子の数(体外受精・顕微授精管理料);*****                                         |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 830100601            | 体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由(体外受精・顕微授精管理料);*****                              |             |                    |
| 524 | K917<br>注2                 | 体外受精・顕微授精管理料<br>卵子調整加算                                                       | 実施した医学的な理由を記載すること。                                                                                                                        | 830100603            | 実施した医学的な理由(卵子調整加算);*****                                                  |             |                    |
| 525 | K917-2                     | 受精卵・胚培養管理料                                                                   | 管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理を開始した年月日を記載すること。                                                                                                    | 830100604            | 管理を実施した受精卵及び胚の数(受精卵・胚培養管理料);*****                                         |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 850100460            | 管理を開始した年月日(受精卵・胚培養管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"                                |             |                    |
| 526 | K917-2<br>注                | 受精卵・胚培養管理料<br>注: 胚盤胞の作成目的                                                    | 管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日を記載すること。                                                                                            | 830100798            | 管理の具体的な内容(注: 胚盤胞の作成目的);*****                                              |             |                    |
|     |                            |                                                                              |                                                                                                                                           | 842100107            | 管理を実施した初期胚の数(注: 胚盤胞の作成目的);*****                                           |             |                    |

| 項番  | 区分           | 診療行為<br>名称等                       | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | レセプト電算処理<br>システム用コード        | 左記コードによるレセプト表示文言                                                                    | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|--------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |              | 卵                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850190203                   | 管理を開始した年月日(注: 胚盤胞の作成目的); (元号)yy"年"mm"月<br>dd"日"                                     |             |                    |
| 527 | K917-<br>3の1 | 胚凍結保存管理料<br>胚凍結保存管理料<br>(導入時)     | 凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 830100607                   | 凍結する初期胚又は胚盤胞の数(胚凍結保存管理料(導入時)); *****                                                |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850100462                   | 凍結を開始した年月日(胚凍結保存管理料(導入時)); (元号)yy"年"<br>"mm"月"dd"日"                                 |             |                    |
| 528 | K917-<br>3の2 | 胚凍結保存管理料<br>胚凍結保存維持管理<br>料        | 維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数を記載すること。<br>また、凍結を開始した年月日を維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとに記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 830100608                   | 維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数(胚凍結保存維持管理料);<br>*****                                             |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850190204                   | 維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとの凍結を開始した年月日(胚凍結<br>保存維持管理料); (元号)yy"年"mm"月"dd"日"                   |             |                    |
| 529 | K917-<br>5の1 | 精子凍結保存管理料<br>2 精子凍結保存管理<br>料(導入時) | 凍結する精子の量及び凍結を開始した年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 830100868                   | 凍結する精子の量(精子凍結保存管理料(導入時)); *****                                                     |             | ※                  |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850190240                   | 凍結を開始した年月日(精子凍結保存管理料(導入時)); (元号)yy"年"<br>"mm"月"dd"日"                                |             | ※                  |
| 530 | K917-<br>5の2 | 精子凍結保存管理料<br>2 精子凍結保存維持<br>管理料    | 維持管理を行う精子の量及び当該精子ごとの凍結を開始した年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 830100869                   | 維持管理を行う精子の量(精子凍結保存維持管理料); *****                                                     |             | ※                  |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850190241                   | 精子ごとの凍結を開始した年月日(精子凍結保存維持管理料); (元号)<br>yy"年"mm"月"dd"日"                               |             | ※                  |
| 531 | K920<br>の3   | 自己血貯血                             | 貯血量、手術予定年月日(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<br>術予定日が属する月とが異なる場合に限る。)を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 150327510                   | 自己血貯血(6歳以上)(液状保存)                                                                   | ○           |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 150327610                   | 自己血貯血(6歳以上)(凍結保存)                                                                   | ○           |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 150327710                   | 自己血貯血(6歳未満)(液状保存)                                                                   | ○           |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 150327810                   | 自己血貯血(6歳未満)(凍結保存)                                                                   | ○           |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 850100464                   | 自己血貯血手術予定年月日                                                                        |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 840000082                   | 患者体重 g                                                                              |             |                    |
| 532 | K920<br>の4   | 自己血輸血                             | (6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合)<br>患者の体重及び輸血量を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 840000082                   | 患者体重 g                                                                              |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 150286410                   | 自己血輸血(6歳未満)(液状保存)                                                                   | ○           |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 150286510                   | 自己血輸血(6歳未満)(凍結保存)                                                                   | ○           |                    |
| 533 | K920<br>の5   | 希釈式自己血輸血                          | (6歳未満の患者に対して希釈式自己血輸血を行った場合)<br>患者の体重及び輸血量を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 840000082                   | 患者体重 g                                                                              |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 150390610                   | 希釈式自己血輸血(6歳未満)                                                                      | ○           |                    |
| 534 | K923         | 術中術後自己血回収<br>術                    | (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)<br>患者の体重及び出血量を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 840000082                   | 患者体重 g                                                                              |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 842100114                   | 出血量(術中術後自己血回収術); *****                                                              |             | ※                  |
| 535 | K930-<br>5   | 胃瘻造設時嚥下機能<br>評価加算                 | 嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施年月日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 850100293                   | 嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査実施年月日(胃瘻造設時嚥下機能<br>評価加算); (元号)yy"年"mm"月"dd"日"                       |             |                    |
| 536 | K939-<br>9   | 切開創局所陰圧閉鎖<br>処置機器加算               | 患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 820100893                   | ア BMIが30以上の肥満症の患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加<br>算)                                              |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100894                   | イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1C(HbA1C)がJDS値で6. 6%<br>以上(NGSP値で7. 0%以上)の患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加<br>算) |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100895                   | ウ ステロイド療法を受けている患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加<br>算)                                              |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100896                   | エ 慢性維持透析患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)                                                         |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100897                   | オ 免疫不全状態にある患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)                                                      |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100898                   | カ 低栄養状態にある患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)                                                       |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100899                   | キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者<br>(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)                               |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100900                   | ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う(切開創局所<br>陰圧閉鎖処置機器加算)                                    |             |                    |
| 537 | - 1          |                                   | 『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』(令和6年3月5日保医発0305第8号) I の2の<br>006の(1)のウ、008の(3)、009の(3)、010、011の(2)、013の(3)、013の(4)、015の(1)、015の(2)、I の3の010<br>の(2)、010の(5)、021の(4)、031の(4)、033の(2)、040(I の2の006の(1)のウと同様)、061の(1)、064の(11)、<br>065、066の(2)、069、070、071の(1)、090の(1)、094の(2)、107の(1)、107の(2)、129の(1)のイ、129の(2)のイ、<br>132の(3)、132の(5)、132の(7)、133の(3)のイ、133の(3)のオ、133の(5)のカ、133の(8)のア、133の(9)のア、<br>133の(13)のア、134、144の(2)、146の(1)、146の(2)、146の(3)、146の(5)、149の(3)、150の(1)のア、150の(1)の<br>エ、150の(2)のウ、150の(3)のア、150の(3)のウ、152の(2)、152の(5)、153の(2)、153の(3)、153の(4)、153の<br>(5)、155の(2)、159の(3)、159の(4)、159の(5)、174の(3)、180の(2)、186の(4)、187の(3)、189の(2)、190の<br>(2)、191の(2)、191の(5)、195の(2)、196の(2)、200の(1)のウ、202の(3)、203の(5)、204の(1)、205の(1)、206の<br>(2)、207の(1)、207の(2)、211の(2)、212の(1)、212の(2)、213、214の(2)、214の(3)、216の(3)、220、224<br>の(3)、225の(1)又は225の(3)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<br>に規定する略称を使用しても差し支えないこと。なお、I の3の0021の(4)、133の(3)のイ、144の(2)、150の(1)のエ、<br>150の(2)のウ、150の(3)のウ、150の(4)のエ、150の(5)のウ、150の(6)のエ、150の(7)のオ、186の(4)又は191の<br>(5)に該当する場合には、症状詳記に記載すること。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<br>いこと。また、I の3の153(動脈管内留置型を使用する場合に限る。))については、関連学会より認定された保険医<br>療機関であることを証する文書の写し及び関連学会より認定された医師であることを証する文書の写しを、191(人工<br>血管内シヤントの静脈側吻合部狭窄治療の実施に限る。))については、関連学会の定める適正使用指針における術<br>者要件を満たすことを証明する書類の写しを、193については、関連学会により発行される実施施設証明書<br>の写しを、196については、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いた治療が当該患者にとって最適であると判断した評価内<br>容を、204、205については、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写し及び医師の所定<br>の研修修了を証する文書の写しを添付すること。 | 830100609                   | 所定事項(特定保険医療材料); *****                                                               |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 830100610                   | 症状詳記(特定保険医療材料); *****                                                               |             |                    |
| 538 | L            | 麻酔                                | 算定日を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 算定日情報                       | (算定日)                                                                               | ○           |                    |
|     |              |                                   | 各区分ごとの麻酔時間を記載すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 150332610<br>150332510<br>等 | 閉鎖循環式全身麻酔1<br>閉鎖循環式全身麻酔1(麻酔困難な患者)<br>等                                              | ○           |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100260                   | ア 心不全(NYHA3度以上のものに限る。)の患者                                                           |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100261                   | イ 狭心症(CCS分類3度以上のものに限る。)の患者                                                          |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100262                   | ウ 心筋梗塞(発症後3月以内のものに限る。)の患者                                                           |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100263                   | エ 大動脈閉鎖不全等(いずれも中等度以上のものに限る。)の患者                                                     |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100264                   | オ 留意事項通知に規定する大動脈弁狭窄又は僧帽弁狭窄の患者                                                       |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100265                   | カ 植込型ペースメーカー又は植込型除細動器を使用している患者                                                      |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100266                   | キ 留意事項通知に規定する先天性心疾患の患者                                                              |             |                    |
|     |              |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 820100267                   | ク 留意事項通知に規定する肺動脈性肺高血圧症の患者                                                           |             |                    |

| 項番  | 区分               | 診療行為<br>名称等                     | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                         | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                              | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------|-------------|--------------------|
| 539 | L008             | マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔          | (各区分のイの「別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合」を算定する場合)<br>「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「アからハまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。                                      | 820100268            | ケ 留意事項通知に規定する呼吸不全の患者                          |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100269            | コ 留意事項通知に規定する換気障害の患者                          |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100270            | サ 留意事項通知に規定する気管支喘息の患者                         |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100271            | シ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者                           |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100272            | ス 留意事項通知に規定する腎不全の患者                           |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100273            | セ 肝不全(Child－Pugh分類B以上のものに限る。)の患者              |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100274            | ソ 貧血(Hb6.0g／dL未満のものに限る。)の患者                   |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100275            | タ 血液凝固能低下(PT－INR2.0以上のものに限る。)の患者              |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100276            | チ DICの患者                                      |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100277            | ツ 血小板減少(血小板5万／ $\mu$ L未満のものに限る。)の患者           |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100278            | テ 敗血症(SIRSを伴うものに限る。)の患者                       |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100279            | ト 留意事項通知に規定するショック状態の患者                        |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100280            | ナ 完全脊髄損傷(第5胸椎より高位のものに限る。)の患者                  |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100281            | ニ 心肺補助を行っている患者                                |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100282            | ヌ 人工呼吸を行っている患者                                |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100283            | ネ 透析を行っている患者                                  |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100284            | ノ 大動脈内バルーンパンピングを行っている患者                       |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100285            | ハ BMI35以上の患者                                  |             |                    |
| 540 | L008<br>注9       | 神経ブロック併施加算                      | 硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                                              | 830100320            | 医学的必要性(神経ブロック併施加算)：*****                      |             |                    |
| 541 | L008<br>注11      | 術中脳灌流モニタリング加算                   | (K561に掲げるステントグラフト内挿術(血管損傷以外の場合において、胸部大動脈に限る。))については、弓部大動脈においてステント留置を行う若しくは弓部3分枝の血管吻合を行う際に術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合)<br>その医学的必要性を記載すること。                                                         | 830100870            | 医学的必要性(術中脳灌流モニタリング加算)：*****                   |             | ※                  |
| 542 | L008-<br>2       | 体温維持療法                          | (頭部外傷患者(脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴うGCS8点以下の状態にある患者に限る。))に対し体温維持療法を算定した場合)<br>脳脊髄圧モニタリングの内容等を詳細に記載すること。                                                                                                        | 830100871            | 脳脊髄圧モニタリングの詳細な内容等(体温維持療法)：*****               |             | ※                  |
| 543 | L008-<br>2<br>注2 | 体温維持療法の体温維持迅速導入加算               | 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を記載すること。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。                                                                                                                               | 830100321            | 症状詳記(体温維持迅速導入加算)：*****                        |             |                    |
| 544 | L100             | 神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)        | (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)<br>その医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                             | 830100322            | 医学的必要性(神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用))：*****        |             |                    |
| 545 | L101             | 神経ブロック(神経破壊剤、高周波凝固法又はバルス高周波法使用) | (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)<br>その医学的必要性を記載すること。                                                                                                                                             | 830100323            | 医学的必要性(神経ブロック(神経破壊剤、高周波凝固法又はバルス高周波法使用))：***** |             |                    |
| 546 | M                | 放射線治療                           | 照射部位を記載すること。<br><br>(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)<br>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の中から該当するものを選択して記載するとともに、使用量を記載すること。                                                                        | 830100324            | 照射部位(放射線治療)：*****                             |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 770070000            | 放射性粒子                                         | ○           |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 770050000            | 高線量率イリジウム                                     | ○           |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 770060000            | 低線量率イリジウム                                     | ○           |                    |
| 547 | M000-<br>2       | 放射性同位元素内用療法管理料                  | 管理を開始した年月日を記載すること。                                                                                                                                                                              | 850100294            | 管理開始年月日(放射性同位元素内用療法管理料)：(元号)yy“年”mm”月”dd”日”   |             |                    |
| 548 | M001             | 体外照射                            | (「1」エックス線表在治療及び「2」高エネルギー放射線治療において、同一部位に対する1日2回目の照射を算定する場合又は、「3」強度変調放射線治療において、小細胞肺癌に対して1日2回目の照射を算定する場合)<br>1回目及び2回目の照射の開始時刻及び終了時刻を記載すること。                                                        | 851100067            | 照射の開始時刻(1回目)(体外照射)                            |             | ※                  |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 851100068            | 照射の終了時刻(1回目)(体外照射)                            |             | ※                  |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 851100069            | 照射の開始時刻(2回目)(体外照射)                            |             | ※                  |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 851100070            | 照射の終了時刻(2回目)(体外照射)                            |             | ※                  |
| 549 | N000             | 病理組織標本作製「1」の「組織切片によるもの」         | 「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13部N000病理組織標本作製の(1)の「ア」から「ケ」までのいずれかを選択して記載する。<br>なお、選択する臓器又は部位がない場合は「コ」その他を選択し、具体的部位等を記載すること。                                                             | 820100866            | ア 気管支及び肺臓                                     |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100867            | イ 食道                                          |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100868            | ウ 胃及び十二指腸                                     |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100869            | エ 小腸                                          |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100870            | オ 盲腸                                          |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100871            | カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸                             |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100872            | キ S状結腸                                        |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100873            | ク 直腸                                          |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100874            | ケ 子宮体部及び子宮頸部                                  |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 830100612            | コ その他：*****                                   |             |                    |
| 550 | N000             | 病理組織標本作製「2」の「セルブロック法によるもの」      | 対象疾患名について、「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」別添1第2章第13部N000病理組織標本作製(6)に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。<br><br>(肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫又は乳癌を疑う患者に対して実施した場合)<br>組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。 | 820100762            | 対象患者(Ｔ－Ｍ(セルブロック法))：悪性中皮腫を疑う患者                 |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100763            | 対象患者(Ｔ－Ｍ(セルブロック法))：肺悪性腫瘍を疑う患者                 |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100764            | 対象患者(Ｔ－Ｍ(セルブロック法))：胃癌を疑う患者                    |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100765            | 対象患者(Ｔ－Ｍ(セルブロック法))：大腸癌を疑う患者                   |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100766            | 対象患者(Ｔ－Ｍ(セルブロック法))：卵巣癌を疑う患者                   |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100767            | 対象患者(Ｔ－Ｍ(セルブロック法))：悪性リンパ腫を疑う患者                |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820101194            | 対象患者(Ｔ－Ｍ(セルブロック法))：乳癌を疑う患者                    |             | ※                  |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 830100326            | 実施困難理由(Ｔ－Ｍ(セルブロック法))：*****                    |             |                    |
| 551 | N002             | 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製             | (セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色を実施した場合)<br>対象疾患名について、「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」別添1第2章第13部N002免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製(10)に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。                                                | 820100797            | 対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製)：悪性中皮腫を疑う患者       |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100798            | 対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製)：肺悪性腫瘍を疑う患者       |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100799            | 対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製)：胃癌を疑う患者          |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100800            | 対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製)：大腸癌を疑う患者         |             |                    |
|     |                  |                                 |                                                                                                                                                                                                 | 820100801            | 対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製)：卵巣癌を疑う患者         |             |                    |

| 項番  | 区分         | 診療行為<br>名称等                                                                  | 記 載 事 項                                                                                                                                                                                                                            | レセプト電算処理<br>システム用コード                                  | 左記コードによるレセプト表示文言                                                                           | 紙レセ<br>のみ記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|-----|------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
|     |            |                                                                              | (セルブロック法による病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。                                                                                                                                                                                          | 820100802                                             | 対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):悪性リンパ腫を疑う患者                                                   |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820101305                                             | 対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):乳癌を疑う患者                                                       |             | ※                  |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 830100328                                             | 実施困難理由(免疫染色病理組織標本作製):*****                                                                 |             |                    |
| 552 | N002       | 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の注2に規定する、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の加算 | 対象疾患名について、「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」別添1第2章第13節N002免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の(8)の中から該当するものを選択して記載すること。                                                                                                                               | 820100768                                             | 原発不明癌が疑われる患者                                                                               |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820100769                                             | 原発性脳腫瘍が疑われる患者                                                                              |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820100286                                             | 悪性リンパ腫が疑われる患者                                                                              |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820100287                                             | 悪性中皮腫が疑われる患者                                                                               |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820100288                                             | 肺悪性腫瘍(肺癌、扁平上皮癌)が疑われる患者                                                                     |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820100289                                             | 消化管間質性腫瘍(GIST)が疑われる患者                                                                      |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820100290                                             | 慢性腎炎が疑われる患者                                                                                |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820100291                                             | 内分泌腫瘍が疑われる患者                                                                               |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820100292                                             | 軟部腫瘍が疑われる患者                                                                                |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820100293                                             | 皮膚の血管炎が疑われる患者                                                                              |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820100294                                             | 水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)が疑われる患者                                                                      |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820100295                                             | 悪性黒色腫が疑われる患者                                                                               |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820100296                                             | 筋ジストロフィーが疑われる患者                                                                            |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820100297                                             | 筋炎が疑われる患者                                                                                  |             |                    |
| 553 | N002<br>の3 | 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製3 HER2タンパク                                                | (化学療法のある手術不能又は再発乳癌患者に対して、過去に乳癌に係る本標本作製を実施した場合であって、抗HER2ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判定するための補助に用いるものとして実事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、HER2低発現の確認により当該抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、本標本作製を再度行う場合)再度免疫染色が必要である医学的な理由を記載すること。また、初回の標本作製の実施日を選択すること。 | 830100872                                             | 再度免疫染色が必要である医学的な理由(HER2タンパク(免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製)):*****                                    |             | ※                  |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820190498                                             | 初回の標本作製の実施日「令和6年3月30日以前」                                                                   |             | ※                  |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820190499                                             | 初回の標本作製の実施日「令和6年3月31日以降」                                                                   |             | ※                  |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                       |                                                                                            |             |                    |
| 554 | N002<br>の5 | 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製5 CCR4タンパク                                                | (CCR4タンパク及びCCR4タンパク(フローサイトメトリー法)を併せて算定した場合)その理由及び医学的根拠を記載すること。                                                                                                                                                                     | 830100121                                             | 併せて算定した理由及び医学的根拠(CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)):*****                                              |             | ※                  |
| 555 | N005-<br>4 | ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製                                               | (いずれか1つの目的で当該標本作製を実施した後に、別の目的で当該標本作製を実施した場合にあって、別に1回算定する場合)医学的な必要性を記載すること。                                                                                                                                                         | 830100873                                             | 医学的な必要性(ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製):*****                                              |             | ※                  |
| 556 | N005-<br>5 | BRAF V600E変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製                                          | (早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的として、実施した場合)「D004-2」に掲げるマイクロナサテライト不安定性検査、又は「N005-4」ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を実施した年月日を、記載すること。                                                                                                            | 850190242                                             | マイクロナサテライト不安定性検査実施年月日(BRAF V600E変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製):(元号)yy年"mm"月"dd"日               |             | ※                  |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 850190243                                             | ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製実施年月日(BRAF V600E変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製):(元号)yy年"mm"月"dd"日 |             | ※                  |
| 557 | N006       | 病理診断科の悪性腫瘍病理組織標本加算                                                           | 検体を抽出した手術の名称を記載すること。                                                                                                                                                                                                               | 830100331                                             | 検体を抽出した手術名(悪性腫瘍病理組織標本加算):*****                                                             |             |                    |
| 558 |            | ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱い                                                  | (核酸増幅法の検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者について、胃粘膜に同感染症特有の所見が認められているなど、同感染症を強く疑う特有の所見がある場合に、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1項目に限り算定した場合)医療上の必要性について記載すること。                                                                                       | 830100874                                             | 医療上の必要性(核酸増幅法):*****                                                                       |             | ※                  |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 830100613                                             | 内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果:*****                                                                 |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820100901                                             | 健康診断として内視鏡検査を実施                                                                            |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 830100614                                             | 検査方法:*****                                                                                 |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 830100615                                             | 検査結果:*****                                                                                 |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 850100465                                             | 除菌終了年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日                                                                  |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 850100466                                             | 薬剤投与中止年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日                                                                |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 850100467                                             | 終了年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日                                                                    |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 850100468                                             | 抗体測定実施年月日(除菌前):(元号)yy年"mm"月"dd"日                                                           |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 850100469                                             | 抗体測定実施年月日(除菌後):(元号)yy年"mm"月"dd"日                                                           |             |                    |
| 559 |            | 長期収載品の選定療養に関する取扱い                                                            | (長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合(長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。))理由のうち該当するものを記載すること。※記載は制度が施行となる令和6年10月からとする。                                                                                                                | ※レセプト電算処理システム用コード、レセプト表示文言(理由の具体例)については、<br>追ってお示しする。 |                                                                                            |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                       |                                                                                            |             |                    |
| 560 |            | プログラム医療機器の評価療養に関する取扱い                                                        | 「器評」と記載し、当該プログラム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。                                                                                                                                                                                       | 820000095                                             | (器評)                                                                                       |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820101251                                             | 第1段階承認後のプログラム医療機器                                                                          |             | ※                  |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820101252                                             | チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器                                                                 |             | ※                  |
| 561 |            | プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い                                                        | 「器選」と記載し、当該プログラム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。                                                                                                                                                                                       | 820101253                                             | (器選)                                                                                       |             | ※                  |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 820101254                                             | 保険適用期間を超えたプログラム医療機器                                                                        |             | ※                  |
| 562 | 入所者診療      | 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料                                                               | 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、投与量、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。                                                                                                                                                                              | 医薬品コード                                                | (医薬品名を表示する。)                                                                               | ○           |                    |
| 563 | 入所者診療      | 緊急時施設治療管理料(併設保険医療機関の保険医が往診を行った場合)                                            | 対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨を記載すること。<br><br>(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)その年月日及び時刻を記載すること。                                                                                                                               | 820100298                                             | 介護療養型老健施設入居者                                                                               |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 850100295                                             | 介護保険の緊急時施設療養の算定年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日                                                       |             |                    |
|     |            |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    | 851100021                                             | 介護保険の緊急時施設療養の算定時刻                                                                          |             |                    |

※「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。

| 項番 | 区分 | 診療行為<br>名称等 | 記 載 事 項 | レセプト電算処理<br>システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言 | 紙レセの<br>み記載 | 令和6年<br>6月1日<br>適用 |
|----|----|-------------|---------|----------------------|------------------|-------------|--------------------|
|----|----|-------------|---------|----------------------|------------------|-------------|--------------------|

※「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」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。