

別表Ⅲ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）

項番	区分等	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	別表 Ⅰ・Ⅱ	重複する レセプト電算処理 システム用コード	令和6年 6月1日 適用
1	D009の9	前立腺特異抗原(PSA)	〔前立腺癌の確定診断がつかず2回以上算定する場合〕 当該検査の実施年月日及び前回測定値を記載すること。	880100012	検査実施年月日及び検査結果(前立腺特異抗原(PSA)):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****	Ⅰ	850100164	
2	D007の25	フェリチン	〔同一月に2回以上の算定の場合〕 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100013	検査実施年月日及び検査結果(フェリチン):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値: *****			
3	D005の5	末梢血液一般	〔同一日に2回以上の算定の場合〕 当該検査(Hb測定に限る)の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100014	検査実施年月日及び検査結果(末梢血液一般(Hb測定)):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****			
4	D006の15	Dダイマー	〔同一月に3回以上の算定の場合〕 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100015	検査実施年月日及び検査結果(Dダイマー):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値: *****			
5	D015の10	β2-ミクログロブリン	〔同一月に2回以上の算定の場合〕 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100016	検査実施年月日及び検査結果(β2-ミクログロブリン):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****			
6	J039	血漿交換療法	〔血栓性血小板減少性紫斑病の算定可否の場合〕 検査の実施年月日及び血小板値を記載すること。	880100017	検査実施年月日及び血小板値(血漿交換療法):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査 値:*****	Ⅰ	842100059	
7	医薬品	解凍赤血球液ーLR「日赤」 赤血球液ーLR「日赤」 洗浄赤血球液ーLR「日赤」 照射赤血球液ーLR「日赤」 照射解凍赤血球液ーLR「日赤」 照射洗浄赤血球液ーLR「日赤」	本製剤を投与するにあたってHb値を測定した場合は、投与の直前に測定したHb値を記載すること。また 測定した年月日を記載すること。	880100018	検査実施年月日及びHb値(人赤血球液等):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値: *****			
8	医薬品	照射洗浄血小板ーLR「日赤」 照射濃厚血小板ーLR「日赤」 濃厚血小板ーLR「日赤」 照射洗浄血小板HLAーLR「日赤」 照射濃厚血小板HLAーLR「日赤」 濃厚血小板HLAーLR「日赤」	本製剤を投与するにあたって血小板値を測定した場合は、投与の直前に測定した血小板値を記載するこ と。また測定した年月日を記載すること。	880100025	検査実施年月日及び血小板値(人血小板濃厚液等):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検 査値:*****			
9	医薬品	新鮮凍結血漿ーLR「日赤」120 新鮮凍結血漿ーLR「日赤」240 新鮮凍結血漿ーLR「日赤」480	本製剤を投与するにあたってプロトロンビン時間(PT)及びフィブリノゲン値を測定した場合は、投与の直前 に測定したPT(INR又は%)及びフィブリノゲン値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100092	検査実施年月日及びプロトロンビン時間(INR)(新鮮凍結人血漿):(元号)yy“年”mm“月” “dd”日” 検査値:*****			※
				880100093	検査実施年月日及びプロトロンビン時間(%) (新鮮凍結人血漿):(元号)yy“年”mm“月” “dd”日” 検査値:*****			※
				880100091	検査実施年月日及びフィブリノゲン値(新鮮凍結人血漿):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****			
10	医薬品	ファイバ静注用1000	本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第Ⅳ因子又は第Ⅴ因子に対するインヒビター力価を 測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100041	検査実施年月日及びインヒビター力価(ファイバ静注用1000):(元号)yy“年”mm“月” “dd”日” 検査値:*****	Ⅱ	830600130 850600150	
11	医薬品	バクロット配合静注用	本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第Ⅳ因子又は第Ⅴ因子に対するインヒビター力価を 測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100044	検査実施年月日及びインヒビター力価(バクロット配合静注用):(元号)yy“年”mm“月” “dd”日” 検査値:*****	Ⅱ	830600129 850600147	
12	医薬品	サイラムザ点滴静注液100mg サイラムザ点滴静注液500mg	〔本製剤を投与するに当たって、投与以前に血清AFP値を測定した場合〕 測定結果が陽性であった旨(「+」)を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100082	検査実施年月日及び血清AFP測定結果(+) (サイラムザ点滴静注液100mg等):(元号) yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****	Ⅱ	830600033 850600032	
13	医薬品	ノボセプンHI静注用1mg シリンジ ノボセプンHI静注用2mg シリンジ ノボセプンHI静注用5mg シリンジ	〔血液凝固第Ⅳ因子又は第Ⅴ因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者の出血抑制の場 合〕 本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第Ⅳ因子又は第Ⅴ因子に対するインヒビターの力価を 測定した場合は測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100046	検査実施年月日及びインヒビターの力価(ノボセプンHI静注用1mg シリンジ等):(元 号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****	Ⅱ	830600128 850600146	
			〔血小板に対する同種抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在みられるگرانツマン血小板 無力症患者の出血傾向の抑制の場合〕 製剤を投与するに当たって、投与以前に抗血小板抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	880100049	検査実施年月日及び抗血小板抗体検査値(ノボセプンHI静注用1mg シリンジ等):(元 号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****			
14	医薬品	ソリリス点滴静注300mg	〔全身重症筋無力症(免疫グロブリン大量静注療法又は血液浄化療法による症状の管理が困難な場 合に限る。)の場合〕 本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アセチルコリン受容体抗体検査を実施した場合は、測定結 果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100050	検査実施年月日及び抗アセチルコリン受容体抗体検査値(ソリリス点滴静注300mg): (元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****			
			〔視神経脊髄炎スペクトラム障害(視神経脊髄炎を含む)の再発予防の場合〕 本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、測定結 果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100090	検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(ソリリス点滴静注300mg): (元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****			
15	医薬品	キムリア点滴静注	〔再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病の場合〕 本製品を投与するに当たって、投与以前にCD19抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	880100054	検査実施年月日及びCD19抗原検査値(キムリア点滴静注):(元号)yy“年”mm“月”dd“ 日” 検査値:*****	Ⅱ	850600025	
16	医薬品	ユプリズナ点滴静注100mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、検査結 果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100083	検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(ユプリズナ点滴静注100m g):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****			
17	医薬品	ゼヴァリン イットリウム(90Y)静注用セット	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	880100084	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(ゼヴァリン イットリウム(90Y)静注用セット): (元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****			
18	医薬品	エンスプリング皮下注120mgシリンジ	本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、検査結 果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100085	検査実施年月日及び抗アクアポリン4(AQP4)抗体検査値(エンスプリング皮下注120 mgシリンジ):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****			
19	医薬品	ベスボンサ点滴静注用1mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD22抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	880100086	検査実施年月日及びCD22抗原検査値(ベスボンサ点滴静注用1mg):(元号)yy“年” “mm”月“dd”日” 検査値:*****	Ⅱ	850600078 850600079	
20	医薬品	クリースビータ皮下注10mg クリースビータ皮下注20mg クリースビータ皮下注30mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にFGF23を測定した場は、検査結果を記載すること。また、測定し た年月日を記載すること。	880100087	検査実施年月日及びFGF23検査値(クリースビータ皮下注10mg等):(元号)yy“年” “mm”月“dd”日” 検査値:*****	Ⅱ	850600026 850600027	
21	医薬品	アドセトリス点滴静注用50mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD30抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	880100088	検査実施年月日及びCD30抗原検査値(アドセトリス点滴静注用50mg):(元号)yy“年” “mm”月“dd”日” 検査値:*****	Ⅱ	850600003 850600004	
22	医薬品	ガザイバ点滴静注1000mg	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	880100089	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(ガザイバ点滴静注1000mg):(元号)yy“年” “mm”月“dd”日” 検査値:*****	Ⅱ	850600023 850600024	
23	医薬品	ボテリジオ点滴静注20mg	〔CCR4陽性の成人T細胞白血病リンパ腫〕又は「再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫」 の場合〕 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCCR4抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	880100065	検査実施年月日及びCCR4抗原検査値(ボテリジオ点滴静注20mg):(元号)yy“年” “mm”月“dd”日” 検査値:*****	Ⅱ	850600083 850600084	
24	医薬品	リツキシサン点滴静注100mg リツキシサン点滴静注500mg	〔CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫〕、「CD20陽性の慢性リンパ性白血病」又は「免疫抑制状態下 のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合〕 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	880100067	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキシサン点滴静注100mg等):(元号)yy“年” “mm”月“dd”日” 検査値:*****	Ⅱ	850600096 850600097	
25	医薬品	リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KHK」	〔CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫〕又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性 疾患」の場合〕 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	880100070	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等): (元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****	Ⅱ	850600098 850600152	
26	医薬品	リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイ ザー」 リツキシマブBS点滴静注500mg「ファイ ザー」	〔CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫〕又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性 疾患」の場合〕 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	880100073	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイ ザー」等):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****	Ⅱ	850600099 850600100	
27	医薬品	エルカルチンFF錠100mg エルカルチンFF錠250mg エルカルチンFF静注1000mgシリンジ エルカルチンFF内用液10% エルカルチンFF内用液10%分包10mL エルカルチンFF内用液10%分包5mL	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果 を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100076	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(エルカルチンFF錠100mg等):(元 号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****			
28	医薬品	レボカルニチンFF錠100mg「トーフ」 レボカルニチンFF錠250mg「トーフ」 レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ 「トーフ」 レボカルニチンFF内用液10%「トーフ」 レボカルニチンFF内用液10%分包5mL 「トーフ」 レボカルニチンFF内用液10%分包10mL 「トーフ」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果 を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100094	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチンFF錠100mg「トーフ」 等):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****			※
29	医薬品	レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「フ ソー」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果 を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100095	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチンFF静注1000mgシリ ンジ「フソー」):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****			※
30	医薬品	レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「ニ プロ」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果 を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100096	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果(レボカルニチンFF静注1000mgシリ ンジ「ニプロ」):(元号)yy“年”mm“月”dd“日” 検査値:*****			※

項番	区分等	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	別表 Ⅰ・Ⅱ	重複する レセプト電算処理 システム用コード	令和6年 6月1日 適用
31	医薬品	レボカルニチンFF錠100mg「アメル」 レボカルニチンFF錠250mg「アメル」 レボカルニチンFF内用液10%「アメル」 レボカルニチンFF内用液10%分包5mL「アメル」 レボカルニチンFF内用液10%分包10mL「アメル」	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100097	検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果（レボカルニチン塩化物錠100mg「アメル」等）；（元号）yy〃年〃mm〃月〃dd〃日〃 検査値：*****			※
32	医薬品	エボジン注シリンジ1500 エボジン注シリンジ3000 エボジン皮下注シリンジ24000	（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合） 本製剤を投与するに当たって、投与以前にHb濃度を測定した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100081	検査実施年月日及びHb濃度値（エボジン注シリンジ1500等）；（元号）yy〃年〃mm〃月〃dd〃日〃 検査値：*****	Ⅱ	830600018	

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

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

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

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって「別表Ⅰ・Ⅱ」欄にⅠ又はⅡと記載しているものについては、別表Ⅰ又は別表Ⅱに掲げる記載事項と重複しているため、別表Ⅲを用いた記載がされていればよく、別表Ⅰ又は別表Ⅱに掲げるコードを用いた記載は省略して差し支えないこと。