

傷病名記載上の注意点

- ※ 診療の都度、医学的に妥当適切な病名を診療録に記載する。
- ※ いわゆるレセプト病名をつけるのではなく、必要があれば摘要欄に注記を行う。
- ※ 医学的に妥当な病名を主治医自らがつけること。
- ※ 炎症の場合、急性・慢性の区別を記載して下さい。（記載が無い場合、保険では急性と判断されます）
- ※ 腫瘍の場合、良性・悪性の区別を記載して下さい。（記載が無い場合、保険では良性と判断されます）

例）精巣腫瘍とあれば、良性腫瘍扱いとなりますので、腫瘍マーカーは算定できません。

- ※ 病名は原則として傷病名コードに記載されたものを用いる
- ※ 傷病名欄に症状・病態・徴候等はできる限り使用しないで下さい。（傷病名コードがあっても）

例：排尿困難、尿閉、頻尿、夜間頻尿、不安定膀胱、血尿、高PSA血症、発熱、ED、勃起障害等

- ※ 転帰欄には、治癒・中止・死亡を記載し日付も記載して下さい。
記載要領に転帰の日付の記載は、ありませんが、元社会保険事務局（現厚生局）では記載を指導していますのでご協力下さい。
- ※ 急性炎症は、早期に治療をして転帰を記載して下さい。（3ヶ月を越る急性炎症→返戻）
- ※ 疑い病名は、早期に診断をして転帰を記載して下さい。（3ヶ月を越る疑い病名→返戻。但し、前立腺癌の疑いを除く）
- ※ 左右の区別を記載して下さい。（記載が無い場合、返戻されます）
- ※ 両側という接頭語はできる限り使用しないで下さい。

例：両側腎結石症→右腎結石症、左腎結石症

- ※ 「転移性腎がん」や「転移性前立腺癌」は他の臓器の癌が腎臓や前立腺に転移した状況を表すため「転移を有する腎がん」「転移を有する前立腺癌」と記載する。

- ◆ 特殊ケース（いずれのケースも病名ならびに術名に左右の区別がある場合です。両側という場合は、判断しにくい場合があります、保険者から疑義申請されることもありますので使用を控えて下さい。）

1. 右D-Jカテーテル留置+左D-Jカテーテル抜去の場合
K783—2 経尿道的右尿管ステント留置術（4,080点）+K783—3 経尿道的左尿管ステント抜去術（1,300点）が算定できます。
2. 左D-Jカテーテル留置+右D-Jカテーテル抜去の場合
K783—2 経尿道的左尿管ステント留置術（4,080点）+K783—3 経尿道的右尿管ステント抜去術（1,300点）が算定できます。
3. 右D-Jカテーテル留置+左D-Jカテーテル留置の場合
K783—2 経尿道的右尿管ステント留置術（4,080点）+K783—2 経尿道的左尿管ステント留置術（4,080点）が算定できます。
4. 右D-Jカテーテル抜去+左D-Jカテーテル抜去の場合
K783—3 経尿道的右尿管ステント抜去術（1,300点）+K783—3 経尿道的左尿管ステント抜去術（1,300点）が算定できます。

算定不可例

1. K783—2 経尿道的尿管ステント留置術（4,080点）またはK783—3 経尿道的尿管ステント抜

2. D319腎盂尿管ファイバースコピー（片側）（2,160点）当日のD317膀胱尿道ファイバースコピー（950点）又はD317—2膀胱尿道鏡検査（890点）とD318尿管カテーテル法（1,200点）は算定できません。

◆悪い例

この場合、他院で急性膀胱炎と診断され処方を受けて来院したと考えた場合、治癒での処方は不可となります。
 または、再診時に治癒判断したと考えられるので2回目の処方は、不要（査定）となります。転帰の日付を記載して下さい。
 ※ 治癒や疑い病名での処方は認められません。

◆悪い例

※ IP、CT、MRIなどの精密検査を施行したら、転帰を記載して下さい。（記載が無い場合、返戻されます）

傷病名の記載の例

◆悪い例 (令和8年4月16日初診→即日入院・手術)

氏名			特記事項						
職務上の事柄									
傷病名	(1) 右精巣腫瘍 (2) 右精巣腫瘍の術後 (主)		診療開始日	令和8年4月16日 令和8年4月16日	転帰	中止 16日	診療実日数	保	
								①	
								②	
11 初診				(50)	令和8年4月16日 右精巣摘出術 (当院)				
					16日 (右) K830 精巣 (睾丸) 摘出手術 3,816×1				

手術欄

K833 精巣悪性腫瘍手術 12,340点ではなくて

K830 精巣摘出手術 3.816点になります。必ず病名には悪性と判るようにお願いします。(精巣癌)

〇〇腫瘍と記載があれば、保険では良性扱いとなります。

良性腫瘍となれば、腫瘍マーカーは算定できません。

転帰 治療でも可

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。（記載が無い場合、返戻されます）

「術後」は接頭語です。例 術後尿道狭窄症

「の術後」は接尾語です。 例 精巣腫瘍の術後

「精巣腫瘍」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後精巣腫瘍と表示されます。「精巣腫瘍」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

癌と診断し手術をしたが、組織検査で良性であった場合

◆悪い例 (令和8年4月1日初診→令和8年4月8日入院・9日手術)

氏名			特記事項						
職務上の事柄									
傷病名	(1) 右腎癌 (2) 右腎腫瘍 の術後 (主)		診療開始日	令和8年4月1日 令和8年4月9日	転帰	中止 9日	診療実日数	保	
								①	
								②	
11 初診				(50)	令和6年4月9日	右腎摘出術（腎血管筋脂肪腫）（当院）			
					9日（右） K772 腎摘出術	21,010×1			

手術欄

K773 腎（尿管）悪性腫瘍手術 42,770点ではなくて

K772 腎摘出術 21,010点になります。

レセプト摘要欄に

令和8年4月9日 右腎全摘術（腎血管筋脂肪腫） 施行と記載をお願いします。

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻されます)

「術後」は接頭語です。例 術後尿道狭窄症

「の術後」は接尾語です。 例 腎腫瘍の術後

「腎腫瘍」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後腎腫瘍と表示されます。「腎腫瘍」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

◆例

氏名			特記事項										
職務上の事柄													
傷病名	(1) 膀胱癌 (2) 膀胱癌 の術後 (主)		診療開始日	令和8年4月1日 令和8年4月10日		転帰	中止 10日		診療実日数	保			
	①												
	②												
11 初診							令和8年4月10日 経尿道的膀胱悪性腫瘍手術 (当院)						

※ レセプト摘要欄に 令和8年4月10日 経尿道的膀胱悪性腫瘍手術 施行と記載をお願いします。

転帰 治癒でも可 (治癒であれば術後抗癌剤の投与は?)

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻されます)

「術後」は接頭語です。 例 術後尿道狭窄症

「の術後」は接尾語です。 例 膀胱癌の術後

「膀胱癌」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後膀胱癌と表示されます。「膀胱癌」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

◆例

氏名			特記事項										
職務上の事柄													
傷病名	(1) 膀胱癌 (2) 膀胱癌 の術後 (主)		診療開始日	令和8年4月1日 令和8年4月10日		転帰	中止 10日		診療実日数	保			
	①												
	②												
11 初診							令和8年4月10日 膀胱悪性腫瘍手術 (膀胱全摘+回腸導管造設) (当院)						

転帰 治癒でも可 (治癒であれば術後抗癌剤の投与は?)

※ レセプト摘要欄に 令和8年4月10日 膀胱悪性腫瘍手術 (膀胱全摘+回腸導管造設) 施行と記載をお願いします。

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻されます)

「術後」は接頭語です。 例 術後尿道狭窄症

「の術後」は接尾語です。 例 膀胱癌の術後

「膀胱癌」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後膀胱癌と表示されます。「膀胱癌」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

◆例

氏名			特記事項	
職務上の事柄				
傷病名	(1) 右腎癌 (2) 右腎癌 の術後 (主)		診療開始日	令和8年4月1日 令和8年4月10日
			転帰	中止 10日
			診療実日数	保 ① ②
11 初診			令和8年4月10日 右腎悪性腫瘍手術 (右腎全摘) (当院)	

転帰 治癒でも可 (治癒であれば術後化学療法剤等の投与は?)
 ※ レセプト摘要欄に 令和8年4月10日 右腎悪性腫瘍手術 (右腎全摘) 施行と記載をお願いします。

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻されます)
 「術後」は接頭語です。 例 術後尿道狭窄症
 「の術後」は接尾語です。 例 腎癌の術後
 「腎癌」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後腎癌と表示されます。「腎癌」「の術後」と入力して下さい。

傷病名の記載の例

◆例

氏名			特記事項	
職務上の事柄				
傷病名	(1) 右腎癌 (2) 右腎癌 の術後 (主)		診療開始日	令和8年4月1日 令和8年4月10日
			転帰	中止 10日
			診療実日数	保 ① ②
11 初診			令和8年4月10日 右腎悪性腫瘍手術 (右腎部分切除術) (当院)	

転帰 治癒でも可 (治癒であれば術後化学療法剤等の投与は?)
 ※ レセプト摘要欄に 令和8年4月10日 右腎悪性腫瘍手術 (右腎部分切除術) 施行と記載をお願いします。

※ 手術等を行えば、病名の転帰を記載して下さい。(記載が無い場合、返戻します)
 「術後」は接頭語です。 例 術後尿道狭窄症
 「の術後」は接尾語です。 例 腎癌の術後
 「腎癌」「術後」と入力しますとレセプト電算画面では、術後腎癌と表示されます。「腎癌」「の術後」と入力して下さい。

◆例

対側固定を行えば、
K838 精巣捻転手術 1. 対側の精巣固定術を伴うもの 8,230点で算定。(術後コメント 要)
対側固定を行っていないければ、2. その他のもの 7,910点で算定です。

傷病名の記載の例

◆悪い例

この病名では、手術したのかわからない。また、いつ手術したかもわからない。手術の内容もわからない。TUR-Btなら術後の創傷処置は算定できません。

25

傷病名の記載の例

腫瘍マーカーは、転帰の決定までに 1 回測定可（原則、前立腺癌の疑いを除く）

※ 前立腺癌の疑いでPSAを検査した。grey zoneの場合、病名そのまま（前立腺癌の疑い）で3ヶ月毎にPSAを検査しても可。但し、計3回まで。前回は4月8日測定であれば次回は7月1日以降の検査で算定可です。（暦月で3ヶ月：平成30年改訂より）

◆例

氏名			特記事項						
職務上の事柄									
傷病名	(1) 前立腺癌の疑い		診療開始日	令和8年4月8日	転帰		診療実日数	保	
								①	
								②	
11	初診				令和8年4月8日	PSA	8.6ng/mL		

摘要欄

PSA 令和8年4月8日測定 8.6ng/mL

令和8年7月と令和8年10月にPSAを検査しても可。

令和8年7月と令和4年10月のレセプトの摘要欄に前回の検査日とPSAの値を記入すること（これがなければ 算定 不可）

令和8年10月または令和8年11月のレセプトで転帰を記載すること。

傷病名の記載の例

◆例

令和8年7月分

氏名			特記事項									
職務上の事柄												
傷病名	(1) 前立腺癌の疑い			診療開始日	令和8年4月8日		転帰	中止 13日		診療実日数	保	2日
											①	
											②	
11	初診					「未確」						
						PSA 令和8年4月8日測定 8.6ng/mL						
						PSA 令和8年7月9日測定 8.8ng/mL						

◇ 令和8年1月にPSAを検査した後、令和8年5月と令和8年8月にPSAを検査した場合、審査上 可

前回は4月8日測定であれば次回は7月1日以降の検査で算定可です。(暦月で3ヶ月：平成30年改訂より)

令和8年5月と令和8年8月のレセプトの摘要欄に前回の検査日とPSAの値を記入すること（これがなければ 算定 不可）

PSA 3 回目の結果をみてカルテとレセプトに転帰を記載すること。

転帰の記載が無ければ、完了とならず、次回の測定は4回目となり査定となります。一旦完了すれば、次回のPSA検査は初回となります。

この場合、前回の値はありませんので前回の値は記載しないで下さい。前回の記載があれば、初回扱いとはなりませんのでご注意下さい。

転帰の記載は、患者さんに説明した日付で。(月末に便宜的に中止と記載は、無診察診療と判断されることもあります。)

☆ 3回の測定が行われ転帰が記載されたのち4回目の測定がいつ可能かについては、以前は間4か月開ければ可能とされていましたが、しレセプト審査画面では当月レセプトの6か月前まで閲覧可能になっています。4回目の検査は初回と記載する必要がありますが、閲覧可能な範囲にPSA検査がある場合当月の検査が初回であるのはおかしいと保険者が再審査をしていくことが多く、査定せざる負えないことも多々見られます。

傷病名の記載の例

ステント留置術に関して

- ※1 D-Jカテーテルを留置した場合、摘要欄にその旨（例：右尿管ステント留置術・術後 平成〇年〇月〇日）を記載する。
- ※2 記載が無い場合、後日抜去や交換は、認めない。（留置が無ければ、抜去や交換する必要がないため）
- ※3 抜去の月の傷病名欄に「D-Jカテーテル留置」を遡って記載することは「病名の出沒」で指導の対象となることもあります。必ず留置した月のレセプトに記載して下さい。
- ※4 必ず左右の区別を記載して下さい。（できるだけ、両側という接頭語は使用しないで下さい。）
- ※5 ステント留置には、水腎症、尿管狭窄等ステントが必要となる傷病名を記載して下さい。
- ※6 結石破碎後の閉塞予防のため留置したというコメントは止めて下さい。

◆例

氏名			特記事項										
職務上の事柄													
傷病名	(1) 右尿管結石症（主） (2) 右水腎症 (3) 右水腎症 の術後			診療開始日	令和8年4月1日 令和8年4月1日 令和8年4月10日		転帰	中止 10日		診療実日数	保		
					①								
					②								
11 初診						令和8年4月10日 右ステント留置術（当院）							

K783-2 経尿道的尿管ステント留置術（4,080点）が算定できます。

※ レセプト摘要欄に 令和8年4月10日 右ステント留置術 施行と記載をお願いします。

傷病名の記載の例

◆D-Jカテーテルを交換した場合

氏名			特記事項												
職務上の事柄															
傷病名	(1) 右尿管結石症（主） (2) 右水腎症 の術後			診療開始日	令和8年1月1日 令和8年2月1日		転帰				診療実日数	保			
	①														
	②														
11 初診						(50)	令和8年2月1日 右ステント留置術（当院） 令和8年4月10日 右ステント交換（当院）								
							10日（右） K783-2 経尿道的尿管ステント留置術		4,080×1						

K783-2 経尿道的尿管ステント留置術（4,080点）が算定できます。

K783-3 経尿道的尿管ステント抜去術（1,300点）は算定できません。

※ レセプト摘要欄に 令和6年4月10日 右ステント交換と記載をお願いします。

傷病名の記載の例

◆D-Jカテーテルを抜去した場合

令和8年4月分

氏名	特記事項		傷病名	診療開始日	転帰	診療実日数	保	
職務上の事柄			(1) 右尿管結石症 (主) (2) 右水腎症 の術後	令和8年1月1日 令和8年2月1日			①	
							②	
11 初診				(50)	令和8年2月1日 右ステント留置術 (当院) 令和8年4月10日 右ステント抜去術 (当院)			
					10日 (右) K783-3 経尿道的尿管ステント抜去術			1,300×1

K783-3 経尿道的尿管ステント抜去術 (1,300点) が算定できます。

※ レセプト摘要欄に

令和8年2月1日 右ステント留置術 施行と記載をお願いします。
令和8年4月10日 右ステント抜去術 施行と記載をお願いします。

☆ 診療報酬点数表には記載がありませんが、疑義解釈にて予防的に留置したステントを抜去したときには経尿道的ステント抜去術は認められないとされていたこともあり、手術時に留置したステント抜去術が認否されることがあります。手術時には結石による尿管狭窄や水腎症が存在することがほとんどであるため「尿管狭窄」や「水腎症」などのステント留置が必要な病名記載を行っておけば査定されることはありません。

症状・詳記について

- ※ 1 保険診療の範囲かどうか判断できない場合、症状・詳記を記載されたほうが認められるケースがあります。
- ※ 2 高額医療の場合、症状・詳記を記載して下さい。
- ※ 3 請求点数が低くても、必要と思われる場合はコメントを記載して下さい。
- ※ 4 抗癌剤等で適応外処方の場合、症状・詳記を記載されれば認められるケースがあります。

認められない（査定される）ケース

- ※ 1 ◇◇◇は常識である。→書かれた先生の常識で保険診療では非常識です。
- ※ 2 学会発表であった。→一般的医療ではないので保険診療の範囲外です。
- ※ 3 外国では一般に行われている。→日本の医療では一般的でないので保険診療の範囲外です。
- ※ 4 ガイドラインに載っている。→ガイドラインの医療をしていただいても結構ですが、保険診療の範囲でご請求下さい。
- ※ 5 症状・詳記の後述は、認められません。必要と思った時は最初に記載して下さい。

点数が請求できない場合のレセプト記載について (記載要領にはありませんが、保険者対策としてご協力下さい。)

- ※ 1 レセプトには行った医療行為全てを記載していただくようにご協力下さい。(点数が請求できない場合はコメントを記載して下さい。)

- ※ 2 留置カテーテル設置と膀胱洗浄を同一日に行った場合、主たるもののみ算定となります。
この場合留置カテーテル設置（請求せず）とレセプトにコメントを記載していただくようにご協力下さい。

理由：このケースでは多くの場合、「膀胱洗浄」で保険請求がでてきます。その中にカテーテル代の請求があります。

カテーテルは24時間以上留置で請求できます。保険者の言い分は、洗浄で使用しているのだから24時間留置ではなくカテーテル代は請求できないのではないかと指摘してきます。レセプトに留置カテーテル設置（請求せず）とコメントを記載している医療機関では、再審査請求がでてきません。保険者が納得できるレセプトの作成にご協力下さい。

- ※ 3 ESWL 2 回目以降は、K768体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき請求せず）とレセプトにコメントを記載していただくようにご協力下さい。

（当局に確認済）

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 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
42	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）；*****
71	A400の1	短期滞在手術 等基本料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）
				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 （透析シャント閉塞又は高度狭窄 の場合）
				820101344	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 （その他の場合）
				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
				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

項番	区分	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
			(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) 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) 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)
72	A400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)
90	B001の15	慢性維持透析 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以外の検査を別に算定した場合) 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1部第1節B001の15慢性維持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査
				820100067	イ パ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-マイクログロブリン検査
				820100071	カ デフェロキサミンメシル酸塩投与患者のアルミニウムの検査
99	B001の31	腎代替療法指 導管理料	(腎代替療法指導管理料を2回算定する場合) 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腎代替療法指導管理料の(2)のアに該当する場合) 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を選択して記載すること。	820100575	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(イ) 25mL/min/1.73m2以上 30mL/min/1.73m2未満
				820100576	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ロ) 15mL/min/1.73m2以上 25mL/min/1.73m2未満
				820100577	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ハ) 15mL/min/1.73m2未満
			(「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) 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;*****
105	B001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”
131	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	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”

項番	区分	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
			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。	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）；*****
181	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）；*****
192	C005-1-3	訪問看護遠隔連携補助料	情報通信機器を用いた診療を行う医師が実施した診療前相談により判断された看護師等による患者への訪問の必要性について記載すること。	830100933	看護師等による患者への訪問の必要性（訪問看護遠隔連携補助料）；*****
193	C005-1-3	訪問看護遠隔連携補助料	訪問看護遠隔連携補助料を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患者において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）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
209	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。)) 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。)
210	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。)) 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) 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
				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”
211	C101注4	在宅自己注射指導管理料 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。	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”
213	C102の1	在宅自己腹膜灌流指導管理料1	(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) 「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（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）
				820100111	イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）
				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（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）
				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（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）
				820100114	オ その他医師が特に必要と認めるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）
			(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。)) 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)

項番	区分	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
			(在宅自己連続携帯式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 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) J 038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1）；*****
			(他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合) 他の保険医療機関での実施の必要性	830100097	他の保険医療機関で人工腎臓を実施する必要性（在宅自己腹膜灌流指導管理料1）；*****
214	C102の2	在宅自己腹膜灌流指導管理料2	「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。	820101354	ア 在宅自己連続携帯式腹膜灌流の導入期にあるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）
				820101355	イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）
				820101356	ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）
				820101357	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（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）
				820101358	オ その他医師が特に必要と認めるもの（在宅自己腹膜灌流指導管理料2）
215	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) 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) 算定した日を記載すること。	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。)) 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	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。)) 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。)
230	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	(在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。)) 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。)
237	第2款 在宅療養指	在宅療養指導管理材料加算	(1月に2回分又は3回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、	820100122	当月分
				820100123	翌々月分

項番	区分	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
	導 管 理 材 料加算 通則		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、前月分のいずれかを算定し たのかを選択して記載すること。	820100124	翌月分
				820100125	前月分
				820100126	前々月分
240	C163	特殊カテーテル加算 「2」の「イ」 親水性コー 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部 C163の「特殊カテーテル加算」の（3）の ア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	ア 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 他の中樞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；*****
247	D	時間外緊急 院内検査加算	検査開始日時を記載すること。	853100001	検査開始日時（時間外緊急院内検 査加算）；dd“日”hh“時”mm“分”
			（引き続き入院した場合） 引き続き入院した場合である旨を記載するこ と。	820100129	引き続き入院
248	D	外来迅速検体 検査加算	（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対して当該加 算を算定した場合） 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。	830100111	検体検査名（外来迅速検体検査加 算）；*****
			（引き続き入院した場合） 引き続き入院した場合である旨を記載するこ と。	820100129	引き続き入院
267	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”
268	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）；*****
269	D006-19	がんゲノムプ ロファイリン グ検査 固形腫瘍を対 象とする場合	（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）

項番	区分	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
			(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。	850100435	前立腺癌におけるBRCA 2 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”
				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 (マイクロサテライト不安定性検査); *****
287	D008の19	脳 性Na利 尿 ペ プ チ ド (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利尿ペプチド (ANP) のうち 2 項目以上を実施した場合) のうち 2 項目以上を実施した場合) 各々の検査の実施日を記載すること。	830100834	(算定日)
288	D008の21	脳 性Na利 尿 ペプチド前駆 体N端フラグ メント (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利尿ペプチド (ANP) のうち 2 項目以上を実施した場合) 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	(算定日)
290	D008の26	酒石酸抵抗性 酸ホスファ ターゼ (TRACP-5 b)	(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) 診断補助として実施した日を記載すること。	算定日情報	(算定日)
			(治療方針を変更した際に実施した場合) 治療方針の変更年月日を記載すること。	850100159	診断補助の実施年月日 (TRACP-5b); (元号) yy “年” mm “月” dd “日”
292	D008の46	心 房 性Na利 尿 ペプチド (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利尿ペプチド (ANP) のうち 2 項目以上を実施した場合) 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	(算定日)
295	D009の 9	前立腺特異抗 原 (PSA)	(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) 「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。	算定日情報	(算定日)
				850100164	検査の実施年月日 (前立腺特異抗原 (PSA)); (元号) yy “年” mm “月” dd “日”
297	D009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) 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” mm “月” dd “日”
				830100838	前立腺特異抗原 (PSA) の測定結果 (S2, 3 PSA %); *****
			(2 回以上算定する場合) 必要性を記載すること。	830100839	2 回以上算定する必要性 (S2, 3 PSA %); *****
298	D009の32	プロステート ヘルスイ 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) 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” 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 (phi)); (元号) yy “年” mm “月” dd “日”

項番	区分	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
				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（phi））；*****
			（2回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	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））；*****
305	D012の28	SARS-CoV-2 抗原定性	（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） 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）；*****
307	D012の53	SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス 抗原同時検出 定性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はインフルエンザウイルス感染症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） 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・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性）； *****
308	D012の56	白癬菌抗原定性	（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） 検査を実施した医学的必要性を記載すること。	830100496	医学的な必要性（白癬菌抗原定性）；*****
			（KOH直接鏡検が実施できない場合） 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（白癬菌抗原定性）；*****
309	D012の60	サイトメガロウイルス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） 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pp65抗原定性必要理由）； *****
312	D012の65	SARS-CoV-2 抗原定量	（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） 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）； *****
329	D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡 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ー法）を同一日に併せて算定する場合） 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。	830100133	検体の種類（S-蛍光M、位相差M、暗視野M）；*****
				830100134	検体の種類（S-M）；*****
				830100135	検体の種類（S-保温装置使用アメルバM）；*****
334	D023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）；*****
335	D023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以外の診断がつかない場合であって、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）；*****
336	D023の20	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以外の診断がつかない場合であって、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）；*****
337	D023の20	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以外の診断がつかない場合であって、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）；*****

項番	区分	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
338	D023の20	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以外の診断がつかない場合であ 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)； *****
347	D215	超音波検査 (記録に要す る費用を含 む。) 2 断層撮影法 (心臓超音波 検査を除く。) ロ その他の 場合 (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
			(カに該当する場合) 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；*****
372	D	算定回数が複 数月に1回の みとされてい る検査	(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) 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	850190008	前回実施年月日(アルブミン定量 (尿))；(元号) yy“年”mm“月”dd “日”
				820190008	初回(アルブミン定量(尿))
				850190011	前回実施年月日(シュウ酸(尿))； (元号) yy“年”mm“月”dd“日”
				820190011	初回(シュウ酸(尿))
				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)
				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)
				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))
				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)

項番	区分	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
373	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は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は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) 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”
374	D 通則 7	看護師等遠隔診療検査実施料	当該検査の区分番号を記載すること。	830100944	看護師等により実施した検査の区分番号；
375	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) 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。 〔記載例〕 末梢血液一般検査 21×1 末梢血液像(鏡検法) 25×1 (検選) AFP 1,070円×1	830100457	検選；*****
376	E	画像診断	撮影部位を記載すること。 ※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”
377	E001	写真診断 1 単純撮影	撮影部位を選択して記載すること。 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。 なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。	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。)
387	E200	コンピューター断層撮影	(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)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)
				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
387	E200	コンピューター断層撮影	(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)それぞれ初回の算定日を記載すること。	830189100	撮影部位(CT撮影)(その他)； *****
390	E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影	(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)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)

項番	区分	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
			(別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合) 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以外）（画診共同）
				820183300	撮影部位（MRI撮影）：腹部
				820183360	撮影部位（MRI撮影）：骨盤・股関節
				820183330	撮影部位（MRI撮影）：腰椎・仙骨部
				830189200	撮影部位（MRI撮影）（その他）； *****
481	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）
			(慢性維持透析以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合) その理由として「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9部J038人工腎臓の(8)のアからエまで(エについては(イ)から(ヌ)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。	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 急性膵炎）
				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）
			C102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）；*****
482	J038	人工腎臓の導入期加算	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”
483	J038 注3	人工腎臓の障害者等加算	「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	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

項番	区分	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
	J038-2 注 2	持続緩徐式血液濾過の障害者等加算	J038人工腎臓の（18）のＡ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。	820100225 820100226 820100227 820100228 820100229 820100230 820100231 820100232 820100233 820100234 820100235 820100236 820100237 820100238 820100239 820100240 820100241	イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者 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 エ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者 オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者 カ 認知症患者 キ 常時低血圧症（収縮期血圧が90mmHg以下）の者 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 ケ 出血性消化器病変を有する者 コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者 サ 重症感染症に合併しているために入院中の患者 シ 末期癌に合併しているために入院中の患者 ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの セ 妊婦（妊娠中期以降） ソ うっ血性心不全（NYHA3度以上） タ 12歳未満の小児 チ 人工呼吸を実施中の患者 ツ 結核菌を排菌中の患者
484	J038注14	人工腎臓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”
491	J042の 1	連続携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”
492	J043-3 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。	820101242 820101243 820101244 820101245 820101246 820101247 820101248	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）） イ ストーマ脱出（ストーマ合併症加算（ストーマ処置）） ウ ストーマ腫瘍（ストーマ合併症加算（ストーマ処置）） エ ストーマ部瘻孔（ストーマ合併症加算（ストーマ処置）） オ ストーマ静脈瘤（ストーマ合併症加算（ストーマ処置）） 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）） 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））

項番	区分	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
502	J070-4	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）；*****
506	K	手術	算定日を記載すること。 なお、対称器官の両側に対し、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）
539	K616-4	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） 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”
540	K616-4の1	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回	「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（1）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。	830100958	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（1 初回））；*****
				830100959	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（1 初回））；*****
541	K616-4の2	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	「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（2 1の実施後3月以内に実施する場合））；*****
				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（2 1の実施後3月以内に実施する場合））；*****
			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（2 1の実施後3月以内に実施する場合））；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
542	K616-8	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）のア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）；*****
558	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）；*****
559	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） 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）
560	K838-2の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。 ア 閉塞性無精子症 イ 非閉塞性無精子症 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）

項番	区分	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
561	K838-2の 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。 ア 非閉塞性無精子症 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）
562	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）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）；*****
577	K920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
			（6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合） 患者の体重を記載すること。	840000082	患者体重 g
578	K920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） 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）
584	L	麻酔	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）

別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）

項番	医薬品名称	効能・効果	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
27	エスポー皮下用 24000シリンジ		（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） 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600012	貯血量（エスポー皮下用24000シリンジ）； *****
				830600013	投与する前の患者の体重（エスポー皮下用24000シリンジ）；*****
				830600014	Hb濃度（エスポー皮下用24000シリンジ）； *****
33	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に使用する場合）	830600019	貯血量（エボジン皮下注シリンジ24000）； *****

項番	医薬品名称	効能・効果	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
			貯血量、本製剤を投与する前の患者の体重 及びHb濃度を記載すること。	830600020	投与する前の患者の体 重（エボジン皮下注シ リンジ24000）；*****
				830600021	Hb濃度（エボジン皮 下注シリンジ24000）； *****
40	オブジーボ点滴静注 20mg オブジーボ点滴静注 100mg オブジーボ点滴静注 120mg オブジーボ点滴静注 240mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施 設要件ア」から「施設要件オ」までのうち 該当するものを記載）を記載すること。（※ は、古典的ホジキンリンパ腫に限る。） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連 携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点 病院、地域がん診療連携拠点病院、地域が ん診療病院、小児がん拠点病院※、小児が ん連携病院※など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連 携病院（がん診療連携指定病院、がん診療 連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍 化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療 料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設 基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基 準に係る届出を行っている施設	820600164	施設要件ア（オブジー ボ点滴静注）
				820600186	施設要件イ（オブジー ボ点滴静注）
				820600190	施設要件ウ（オブジー ボ点滴静注）
				820600194	施設要件エ（オブジー ボ点滴静注）
				820600197	施設要件オ（オブジー ボ点滴静注）
44	オブジーボ点滴静注 20mg オブジーボ点滴静注 100mg オブジーボ点滴静注 120mg オブジーボ点滴静注 240mg	根治切除不能又は 転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関 する治療の責任者として配置されている者 が該当するもの（「医師要件ア」又は「医 師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修 了した後に5年以上のがん治療の臨床研修 を行っていること。うち、2年以上は、が ん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修 了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研 修を行っており、うち、2年以上は、腎細 胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床 研修を行っていること。	820600419	根治切除不能又は転移 性の腎細胞癌（オブ ジーボ点滴静注）
				820600141	医師要件ア（オブジー ボ点滴静注）
				820600183	医師要件イ（オブジー ボ点滴静注）
			（本製剤とイピリムマブ（遺伝子組換え） の併用を化学療法未治療の根治切除不能又 は転移性の腎細胞癌の患者に投与する場 合） 次のいずれに該当するかを記載すること。 （「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載） ア IMDC リスク分類：intermediate リスク イ IMDC リスク分類：poor リスク	820600152	患者要件ア（オブジー ボ点滴静注）
				820600154	患者要件イ（オブジー ボ点滴静注）
				820600169	投与中患者（オブジー ボ点滴静注）

項番	医薬品名称	効能・効果	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
			要件等を記載できない場合) 投与中である旨（「投与中患者」と記載） 及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	850600129	患者に初めて投与した年月日（オブジーボ点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			（平成29年4月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要がある患者の場合：平成29年6月30日までの間） 当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有（オブジーボ点滴静注）
				850600129	患者に初めて投与した年月日（オブジーボ点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
52	オブジーボ点滴静注 20mg オブジーボ点滴静注 100mg オブジーボ点滴静注 120mg オブジーボ点滴静注 240mg	尿路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能な尿路上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600427	尿路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能な尿路上皮癌（オブジーボ点滴静注）
			（尿路上皮癌における術後補助療法に用いる場合で、シスプラチン等の白金系抗悪性腫瘍剤を含む術前補助療法歴のない患者に投与する場合） 投与することとした理由	820600141	医師要件ア（オブジーボ点滴静注）
				820600183	医師要件イ（オブジーボ点滴静注）
				830600113	投与することとした理由（オブジーボ点滴静注）；*****
53	オブジーボ点滴静注 20mg オブジーボ点滴静注 100mg オブジーボ点滴静注 120mg オブジーボ点滴静注 240mg	非小細胞肺癌における術前補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600428	非小細胞肺癌における術前補助療法（オブジーボ点滴静注）
			（尿路上皮癌における術後補助療法に用いる場合で、シスプラチン等の白金系抗悪性腫瘍剤を含む術前補助療法歴のない患者に投与する場合） 投与することとした理由	820600141	医師要件ア（オブジーボ点滴静注）
				820600183	医師要件イ（オブジーボ点滴静注）
				820600184	医師要件ウ（オブジーボ点滴静注）

項番	医薬品名称	効能・効果	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
64	キイトルーダ点滴静注100mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600165	施設要件ア（キイトルーダ点滴静注）
				820600187	施設要件イ（キイトルーダ点滴静注）
				820600191	施設要件ウ（キイトルーダ点滴静注）
				820600195	施設要件エ（キイトルーダ点滴静注）
				820600198	施設要件オ（キイトルーダ点滴静注）
68	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な尿路上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600435	根治切除不能な尿路上皮癌（キイトルーダ点滴静注）
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
69	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌腫領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600436	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）（キイトルーダ点滴静注）
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日	850600121	MSI-Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”

項番	医薬品名称	効能・効果	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
70	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌、局所進行頭頸部癌における術前・術後補助療法	次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。 なお、本剤による治療においては副作用等の全身的管理を要するため、患者の治療に当たる歯科医師はアからウまでのいずれかに示す条件を満たす医師（頭頸部癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師）との緊密な連携のもとに診療すること。	820600437	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌 局所進行頭頸部癌における術前・術後補助療法（キイトルーダ点滴静注）
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
				820600139	医師・歯科医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）
71	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600438	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌（キイトルーダ点滴静注）
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）
77	キイトルーダ点滴静注100mg	腎細胞癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。	820600446	腎細胞癌における術後補助療法（キイトルーダ点滴静注）
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）

項番	医薬品名称	効能・効果	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
			イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600148	医師要件イ（キイトルダ点滴静注）
93	ザルティア錠2.5mg ザルティア錠5mg タダラフィル錠2.5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠2.5mgZA「フソー」 タダラフィル錠2.5mgZA「日医工」 タダラフィル錠2.5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠2.5mgZA「あすか」 タダラフィル錠2.5mgZA「杏林」 タダラフィル錠2.5mgZA「サンド」 タダラフィル錠2.5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠2.5mgZA「トーフ」 タダラフィル錠5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠5mgZA「フソー」 タダラフィル錠5mgZA「日医工」 タダラフィル錠5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠5mgZA「あすか」 タダラフィル錠5mgZA「杏林」 タダラフィル錠5mgZA「サンド」 タダラフィル錠5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠5mgZA「トーフ」 タダラフィル錠2.5mgZA「シオエ」 タダラフィル錠5mgZA「シオエ」		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600136	診断に用いた主な検査の実施年月日（ザルティア錠2.5mg等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”
			850600137	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（ザルティア錠2.5mg等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
			850600138	診断に用いた主な検査の実施年月日（タダラフィル錠2.5mg等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
			850600139	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（タダラフィル錠2.5mg等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	

項番	医薬品名称	効能・効果	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
154	バイアグラ錠25mg バイアグラ錠50mg バイアグラODフィ ルム25mg バイアグラODフィ ルム50mg シアリス錠5mg シアリス錠10mg シアリス錠20mg	勃起不全による男 性不妊の治療を目的として一般不妊 治療におけるタイ ミング法において 用いる場合	以下の事項を記載すること。 ① 投与を行う医師に係る要件として次に掲げるもののうち、該当するもの（「投与医要件ア」又は「投与医要件イ」と記載） ア 泌尿器科について5年以上の経験を有する医師 イ ア以外で、特段の理由がある場合 ② 上記①イに該当する場合、当該理由	820600318	投与医要件ア（バイアグラ錠25mg等）
				820600319	投与医要件イ（バイアグラ錠25mg等）
				830600169	投与医要件イに該当する理由（バイアグラ錠25mg等）；*****
			以下の事項を記載すること。 ① 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者又はそのパートナーのいずれであるか ② 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（投与する保険医療機関と同一である場合には省略しても差し支えない。） ③ 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（投与日から遡って6か月以内に限る。）	820600320	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者（バイアグラ錠25mg等）
				820600321	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者のパートナー（バイアグラ錠25mg等）
				830600170	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（バイアグラ錠25mg等）；*****
				850600190	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（バイアグラ錠25mg等）；（元号）yy“年”mm“月”
			（6か月を超えて投与を継続する場合）継続の必要性を改めて検討し、必要と判断した理由及び初回投与の年月を記載すること。	830600171	6か月を超えて投与を継続する必要と判断した理由（バイアグラ錠25mg等）；*****
				850600191	初回投与の年月（バイアグラ錠25mg等）；（元号）yy“年”mm“月”
160	バベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の治療	次の事項を記載すること。 1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院	820600244	施設要件ア（バベンチオ点滴静注200mg）
				820600245	施設要件イ（バベンチオ点滴静注200mg）

項番	医薬品名称	効能・効果	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
161	パベンチオ点滴静注 200mg	根治切除不能な尿 路上皮癌における 化学療法後の維持 療法の治療	ウ 都道府県知事が指定するがん診療 連携病院（がん診療連携指定病院、 がん診療連携協力病院、がん診療連 携推進病院など）	820600246	施設要件ウ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			エ 外来化学療法室を設置し、外来腫 瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化 学療法診療料2の施設基準に係る届 出を行っている施設	820600247	施設要件エ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設 基準に係る届出を行っている施設	820600248	施設要件オ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			2）次に掲げる医師の要件のうち、本 製剤に関する治療の責任者として配置され ている者が該当するもの（「医師要件ア」 又は「医師要件イ」と記載）	820600249	医師要件ア（パベンチ オ点滴静注200mg）
			ア 医師免許取得後2年の初期研修を 修了した後に5年以上のがん治療の 臨床研修を行っていること。うち、 2年以上は、がん薬物療法を主とし た臨床腫瘍学の研修を行っているこ と。		
			イ 医師免許取得後2年の初期研修を 修了した後に4年以上の泌尿器科学 の臨床研修を行っており、うち、2 年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法 を含むがん治療の臨床研修を行っ ていること。		
			次の事項を記載すること。	820600250	医師要件イ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			1）次に掲げる施設のうち、該当する もの（「施設要件ア」から「施設要件オ」 までのうち該当するものを記載）	820600244	施設要件ア（パベンチ オ点滴静注200mg）
			ア 厚生労働大臣が指定するがん診療 連携拠点病院等（都道府県がん診療 連携拠点病院、地域がん診療連携拠 点病院、地域がん診療病院など）	820600245	施設要件イ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			イ 特定機能病院	820600246	施設要件ウ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			ウ 都道府県知事が指定するがん診療 連携病院（がん診療連携指定病院、 がん診療連携協力病院、がん診療連 携推進病院など）		
			エ 外来化学療法室を設置し、外来腫 瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化 学療法診療料2の施設基準に係る届 出を行っている施設		
			オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設 基準に係る届出を行っている施設	820600247	施設要件エ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			2）次に掲げる医師の要件のうち、本 製剤に関する治療の責任者として配置され ている者が該当するもの（「医師要件ア」 又は「医師要件イ」と記載）	820600248	施設要件オ（パベンチ オ点滴静注200mg）
			ア 医師免許取得後2年の初期研修を 修了した後に5年以上のがん治療の 臨床研修を行っていること。うち、 2年以上は、がん薬物療法を主とし た臨床腫瘍学の研修を行っているこ	820600249	医師要件ア（パベンチ オ点滴静注200mg）

項番	医薬品名称	効能・効果	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
			と。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600250	医師要件イ（バベンチオ点滴静注200mg）
173	フォシーガ錠5mg フォシーガ錠10mg	慢性腎臓病	効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが25mL/min/1.73m ² 未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景（原疾患、併用薬、腎機能等）を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）を記載すること。	830600074	適応患者であると判断した理由（フォシーガ錠5mg等）；*****
				830600075	判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）（フォシーガ錠5mg等）；*****

別表Ⅲ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）

項番	区分等	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電 算処理シス テム用コー ド	左記コードによる レセプト表示文言	別表 Ⅰ・Ⅱ	重複するレ セプト電算 処理システ ム用コード
1	D009の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
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：*****		
7	医薬品	解凍赤血球液－LR「日赤」 赤血球液－LR「日赤」 洗浄赤血球液－LR「日赤」 照射赤血球液－LR「日赤」 照射解凍赤血球液－LR「日赤」 照射洗浄赤血球液－LR「日赤」	本製剤を投与するにあたってHb値を測定した場合は、 投与の直前に測定したHb値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100018	検査実施年月日及びHb値(人赤血球液等)；(元号)yy“年”mm“月”dd“日”検査値：*****		

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
8	医薬品	照射洗浄血小板-LR「日赤」 照射洗浄血小板-LRBS「日赤」 照射濃厚血小板-LR「日赤」 照射濃厚血小板-LRBS「日赤」 濃厚血小板-LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA-LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA-LRBS「日赤」 照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」 照射濃厚血小板HLA-LRBS「日赤」 濃厚血小板HLA-LR「日赤」	本製剤を投与するにあたって血小板値を測定した場合は、投与の直前に測定した血小板値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100025	検査実施年月日及び血小板値（人血小板濃厚液等）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”検査値：*****		
9	医薬品	新鮮凍結血漿-LR「日赤」120 新鮮凍結血漿-LR「日赤」240 新鮮凍結血漿-LR「日赤」480	本製剤を投与するにあたってプロトロンビン時間（PT）及びフィブリノゲン値を測定した場合は、投与の直前に測定したPT（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：*****		
28	医薬品	レボカルニチンFF錠100mg「トローワ」 レボカルニチンFF錠250mg「トローワ」 レボカルニチンFF静注1000mgシリンジ「トローワ」 レボカルニチンFF内用液10%「トローワ」 レボカルニチンFF内用液10%分包装5mL「トローワ」 レボカルニチンFF内用液10%分包装10mL「トローワ」	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「トローワ」等）；（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
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：*****		
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

※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。

別表Ⅳ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（材料価格基準）

項番	別表	区分	特定保険医療材料の 機能区分	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
93	Ⅱ	214	前立腺用インプラント	①他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積を記載すること。	830800104	他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積（前立腺用インプラント）；* *****
				②（5個以上使用する必要がある場合） 医学的必要性を記載すること。	830800105	5個以上使用する医学的必要性（前立腺用インプラント）；*****
97	Ⅱ	224	前立腺組織用高圧水噴射システム	使用する医学的な根拠を記載すること。	830800109	使用する医学的な根拠（前立腺組織用高圧水噴射システム）；*****

※「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。

※「別表」欄におけるローマ数字は、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件（令和8年厚生労働省告示第73号）の別表のことを指す。

（例：「別表」欄の『I』は、別表第一医科診療報酬点数表の第2章第2部に規定する特定保険医療材料のこと。）