

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
1	アイモビーグ皮下注70mgペン		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600001	医師要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）
				820600002	医師要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）
				820600003	医師要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）
				820600004	医師要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）
				820600005	医師要件オ（アイモビーグ皮下注70mgペン）
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	842600001	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（アイモビーグ皮下注70mgペン）：*****
				820600006	前治療要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）
				820600007	前治療要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）
				820600008	前治療要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）
				820600009	前治療要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）
			投与開始後3ヶ月（3回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600010	投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アイモビーグ皮下注70mgペン）
2	アキラルックス点滴静注250mg		投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600115	投与が必要と判断した理由（アキラルックス点滴静注250mg）：*****
3	アコフアイド錠100mg	機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感	「機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できること。また、その場合には、診療報酬明細書の傷病名に「機能性ディスペプシア」を用いること。 診療報酬明細書の記載に当たっては、上部消化管内視鏡検査等の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。		傷病名コード （傷病名を表示する。）
				850600001	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（アコフアイド錠100mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
				850600002	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（初回投与）（アコフアイド錠100mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
4	アジョビド皮下注225mgシリンジ		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600011	医師要件ア（アジョビド皮下注225mgシリンジ）
				820600012	医師要件イ（アジョビド皮下注225mgシリンジ）
				820600013	医師要件ウ（アジョビド皮下注225mgシリンジ）
				820600014	医師要件エ（アジョビド皮下注225mgシリンジ）
				820600015	医師要件オ（アジョビド皮下注225mgシリンジ）
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	842600002	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（アジョビド皮下注225mgシリンジ）：*****
				820600016	前治療要件ア（アジョビド皮下注225mgシリンジ）
				820600017	前治療要件イ（アジョビド皮下注225mgシリンジ）
				820600018	前治療要件ウ（アジョビド皮下注225mgシリンジ）
				820600019	前治療要件エ（アジョビド皮下注225mgシリンジ）
			4週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月（3回投与後）、12週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月（1回投与後）又は6ヶ月（2回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600226	4週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アジョビド皮下注225mgシリンジ）
				820600227	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月（1回投与後）症状の改善が認められた（アジョビド皮下注225mgシリンジ）
				820600228	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後6ヶ月（2回投与後）症状の改善が認められた（アジョビド皮下注225mgシリンジ）
5	アドセトリス点滴静注用50mg		CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 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。 （平成30年9月20日以前に既に本製剤の投与を受けている患者に対しては、本通知前からの投与継続患者である旨（「投与継続患者」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。）	850600003	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
				850600004	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（初回投与）（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
				820600021	投与継続患者（アドセトリス点滴静注用50mg）
				850600005	初めて投与した年月日（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
6	アルンブリグ錠30mg アルンブリグ錠90mg		ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の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。	850600006	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（アルンブリグ錠30mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
				850600007	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（アルンブリグ錠30mg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
7	アレセンサカプセル150mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。 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。	850600008	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(アレセンサカプセル150mg):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				850600009	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(アレセンサカプセル150mg):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
8	アロフィセル注		本製品の効能、効果又は性能において、「非活動期又は軽症の活動期クローン病患者における複雑疼痛の治療。ただし、少なくとも1つの既存治療薬による治療を行っても効果が不十分な場合に限る。」及び用法及び用量又は使用方法に関連する使用上の注意において、「本品を再投与した臨床成績は得られておらず、疼痛の状態を十分に確認した上で、再投与の必要を慎重に判断すること。」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、次の事項を記載すること。 ア 本製品の投与が適切と判断した理由 イ 既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間 ウ 本製品の投与回数(1回目又は2回目と記載する)	830600002	投与が適切と判断した理由(アロフィセル注):*****
				830600003	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名(アロフィセル注):*****
				830600004	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の使用期間(アロフィセル注):*****
				820600022	投与回数1回目(アロフィセル注)
				820600023	投与回数2回目(アロフィセル注)
9	イエスカルタ点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。((「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載) ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリー1)を有する施設 イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科)を有する施設	820600024	施設要件ア(イエスカルタ点滴静注)
				820600025	施設要件イ(イエスカルタ点滴静注)
10	イデルビオン静注用250 イデルビオン静注用500 イデルビオン静注用1000 イデルビオン静注用2000 イデルビオン静注用3500		手術時における血液凝固因子製剤の使用に当たっては、事前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600005	手術時に使用した理由(イデルビオン静注用250等):*****
11	イブランスカプセル25mg イブランスカプセル125mg		ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600010	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(イブランスカプセル25mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(イブランスカプセル25mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
12	イブランス錠25mg イブランス錠125mg		ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の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。	850600011	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(イブランス錠25mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(イブランスカプセル25mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				850600013	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(イブランス錠25mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				850600014	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(イブランスカプセル25mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
13	イベニティ皮下注105mgシリンジ		(12ヵ月投与した後に本製剤を再投与する場合) 再投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ア 骨折の危険性が高いと判断した理由 イ 本製剤を再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名	830600006	骨折の危険性が高いと判断した理由(イベニティ皮下注105mgシリンジ):*****
				830600007	再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名(イベニティ皮下注105mgシリンジ):*****
14	イミフィンジ点滴静注120mg イミフィンジ点滴静注500mg	切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「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、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算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 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を記載すること(「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、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。	820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
	進展型小細胞肺癌	820600026		施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
		820600027		施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
		820600028		施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
		820600029		施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
		820600030		施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
		820600229		医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
		820600230		医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
15	ヴァイトラックピカプセル25mg ヴァイトラックピカセル100mg ヴァイトラックピ内用液20mg/mL		NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の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。	850600015	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ヴァイトラックピカプセル25mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				850600016	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ヴァイトラックピカプセル25mg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
16	ヴァンフリタ錠17.7mg ヴァンフリタ錠26.5mg		FLT3-ITD 変異陽性を確認した検査の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。	850600017	FLT3-ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日(ヴァンフリタ錠17.7mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600018	FLT3-ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ヴァンフリタ錠17.7mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
17	エクログゲル5%		投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度(HOSS)を記載すること。	830600011	多汗症疾患重症度評価尺度(HOSS)(エクログゲル5%);*****
18	エスボー皮下用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(エスボー皮下用24000シリンジ);*****
				830600013	投与する前の患者の体重(エスボー皮下用24000シリンジ);*****
				830600014	Hb濃度(エスボー皮下用24000シリンジ);*****
19	エドルミズ錠50mg		以下のAに該当し、I～Eのうち2つ以上を認める患者に使用することとされているため、投与開始に当たっては、以下のA～Eのうち該当するものをすべて記載すること。 A 6ヵ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振 I 疲労又は倦怠感 U 全身の筋力低下 E CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上	820600031	A 6ヵ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振(エドルミズ錠50mg)
				820600032	I 疲労又は倦怠感(エドルミズ錠50mg)
				820600033	U 全身の筋力低下(エドルミズ錠50mg)
				820600034	E CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上(エドルミズ錠50mg)
				850600019	投与継続の検討を行った直近の年月日(エドルミズ錠50mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
			投与継続の検討を行った直近の年月日を記載すること。		
20	エフィエント錠2.5mg エフィエント錠3.75mg	虚血性脳血管障害(大血管アテローム硬化又は小血管の閉塞に伴う)後の再発抑制	効能又は効果に関連する注意において、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、有効性についてクロビドグレルに対する非劣性が検証されていないことや臨床試験の対象患者等を十分に理解した上で、本剤投与の適否を判断すること。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600134	投与が必要と判断した理由(エフィエント錠2.5mg等);*****
21	エブリスディライシロップ60mg		効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の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。	850600020	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(エブリスディライシロップ60mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600021	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(初回投与)(エブリスディライシロップ60mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
			(オナセム/ゲン アペールボベク(販売名:ゾルゲスマ点滴静注)の投与後に本製剤を投与する場合) その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	830600015	オナセム/ゲン アペールボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由(エブリスディライシロップ60mg);*****
22	エボジン注シリンジ1500 エボジン注シリンジ3000 エボジン注シリンジ6000		(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エボジン注シリンジ1500、同3000又は同6000を使用する場合) 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。	830600016	貯血量(エボジン注シリンジ1500等);*****
				830600017	投与する前の患者の体重(エボジン注シリンジ1500等);*****
				830600018	Hb濃度(エボジン注シリンジ1500等);*****
23	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) 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。	830600019	貯血量(エボジン皮下注シリンジ24000);*****
				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);*****
24	エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター エムガルティ皮下注120mgシリンジ		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のAに該当し、I～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のA～オのうち該当するものを記載すること(「医師要件A」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載)。 A 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を主とする疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会(総合内科専門医) オ 日本脳神経外科学会	820600233	医師要件A(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600234	医師要件イ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600235	医師要件ウ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600236	医師要件エ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600237	医師要件オ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days(MHD、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均。 投与の要否の判断にあたっては、以下のAに該当し、I～Eのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること(「前治療要件A」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)。 A 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。 投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後3ヵ月(3回投与後)を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際、症状の改善が認められた旨を記載すること。	842100110	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days(MHD、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等);*****
				820600238	前治療要件A(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600239	前治療要件イ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600240	前治療要件ウ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600241	前治療要件エ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600044	投与開始後3ヶ月(3回投与後)症状の改善が認められた(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)

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
25	エンハーツ点滴静注用100mg	化学療法歴のあるHER2陽性の手術不能又は再発乳癌（標準的な治療が困難な場合	「トラスツズマブ（遺伝子組換え）、タキサン系抗悪性腫瘍剤及びトラスツズマブ エムタンシン（遺伝子組換え）」による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、トラスツズマブ（遺伝子組換え）、タキサン系抗悪性腫瘍剤及びトラスツズマブ エムタンシン（遺伝子組換え）の治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を記載すること。	820600045	トラスツズマブ（遺伝子組換え）の治療歴を有する患者（エンハーツ点滴静注用100mg）
				820600046	タキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者（エンハーツ点滴静注用100mg）
				820600047	トラスツズマブ エムタンシン（遺伝子組換え）の治療歴を有する患者（エンハーツ点滴静注用100mg）
		がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治癒切除不能な進行・再発の胃癌の場合	一次治療及び二次治療の治療歴を有し、かつ、トラスツズマブ（遺伝子組換え）を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することとし、一次治療及び二次治療で実施した化学療法を記載すること。	830600022	一次治療で実施した化学療法（エンハーツ点滴静注用100mg）：*****
				830600023	二次治療で実施した化学療法（エンハーツ点滴静注用100mg）：*****
26	エンレスト錠50mg エンレスト錠100mg エンレスト錠200mg	慢性心不全、高血圧症	（慢性心不全の場合） 本製剤の効能又は効果において、「慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600024	投与が必要と判断した理由（エンレスト錠50mg等）：*****
			（高血圧症の場合） 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「過度な血圧低下のおそれ等があり、原則として本剤を高血圧治療の第一選択薬となしな」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。		
27	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A」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、五臓の「リンパ」系に限る。） 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、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算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	820600164	施設要件A（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）
28	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	悪性黒色腫	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A」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年の初期研修を終了した後に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なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600141	医師要件A（オブジーボ点滴静注）
				820600183	医師要件イ（オブジーボ点滴静注）
			（本製剤とイビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に投与する場合） PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600123	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日（オブジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日
				830600106	PD-L1発現率を確認した検査結果（発現率）（オブジーボ点滴静注）：*****
			（本製剤とイビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率1％以上の場合） 本製剤とイビリムマブを併用投与することとした理由を記載すること。	830600116	本製剤とイビリムマブを併用投与することとした理由（オブジーボ点滴静注）：*****
			（本製剤とイビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できなかった場合） 確認できなかった理由を記載すること。	830600117	PD-L1発現率を確認できなかった理由（オブジーボ点滴静注）：*****
				820600169	投与中患者（オブジーボ点滴静注）
			（平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合） 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
				820600168	使用実績有（オブジーボ点滴静注）
			（平成29年2月13日以前に本製剤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。	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
29	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	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	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A」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年の初期研修を終了した後に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なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に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の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件A（オブジーボ点滴静注）
				820600183	医師要件イ（オブジーボ点滴静注）
			（本製剤を非扁平上皮癌患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に単独投与する場合） PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600123	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日（オブジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日
			（PD-L1発現率が1％未満の場合） 投与することとした理由を記載すること。	830600106	PD-L1発現率を確認した検査結果（発現率）（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）：*****
				820600170	併用投与A（オブジーボ点滴静注）
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与A」から「併用投与カ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア イビリムマブ（遺伝子組換え）、カルボプラチン及びパクリタセルとの併用投与 イ イビリムマブ（遺伝子組換え）、カルボプラチン又はシスプラチン及びベトレキセドとの併用投与 ウ イビリムマブ（遺伝子組換え）との併用投与 エ カルボプラチン又はシスプラチン及びタキサン系抗悪性腫瘍剤との併用投与 オ カルボプラチン又はシスプラチン及びベトレキセドとの併用投与 カ ペシズマブ（遺伝子組換え）、カルボプラチン及びパクリタセルとの併用投与	820600173	併用投与イ（オブジーボ点滴静注）
				820600176	併用投与ウ（オブジーボ点滴静注）
				820600179	併用投与エ（オブジーボ点滴静注）
				820600180	併用投与オ（オブジーボ点滴静注）
				820600242	併用投与カ（オブジーボ点滴静注）
			（「併用投与A」から「併用投与オ」により併用する場合） EGFR遺伝子変異陰性及びALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600116	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日（オブジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日
				850600114	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日（オブジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日
				850600116	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日（オブジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日
			（「併用投与カ」により併用する場合） EGFR遺伝子変異陰性、ALK融合遺伝子陰性及びROS1融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600114	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日（オブジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日
				850600127	ROS1融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日（オブジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日
			（「併用投与エ」又は「併用投与オ」の併用投与をとする場合） PD-L1発現率が1％未満の患者において有効性が示されているので、PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）。	850600123	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日（オブジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日
				830600106	PD-L1発現率を確認した検査結果（発現率）（オブジーボ点滴静注）：*****
				820600169	投与中患者（オブジーボ点滴静注）
			（平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合） 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
				820600168	使用実績有（オブジーボ点滴静注）
			（平成29年2月13日以前に本製剤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。	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

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
30	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌	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」又は「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)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に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研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に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終了した後に、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。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)
				820600140	医師・歯科医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)
31	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注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年の初期研修を終了した後に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研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に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。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。 ア イビリムマブ(遺伝子組換え) イ カボザンチニブ	820600170	併用投与ア(オプジーボ点滴静注)
				820600173	併用投与イ(オプジーボ点滴静注)
			(本製剤とイビリムマブ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(オプジーボ点滴静注)
				820600154	患者要件イ(オプジーボ点滴静注)
				820600169	投与中患者(オプジーボ点滴静注)
			(平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設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(オプジーボ点滴静注):(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生じた患者の場合: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(オプジーボ点滴静注)
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy "年"mm"月"dd"日"
32	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫	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年の初期研修を終了した後に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研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床研修の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上の小児血液及び小児がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)
			(平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設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。	820600169	投与中患者(オプジーボ点滴静注)
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(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生じた患者の場合: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(オプジーボ点滴静注)
33	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	治癒切除不能な進行・再発の胃癌	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」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年の初期研修を終了した後に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研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア オキサリプラチン及びカペタシンとの併用投与 イ オキサリプラチン、ホリナートカルシウム及びフルオロウラシルとの併用投与 ウ オキサリプラチン及びテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤との併用投与	820600170	併用投与ア(オプジーボ点滴静注)
				820600173	併用投与イ(オプジーボ点滴静注)
				820600176	併用投与ウ(オプジーボ点滴静注)
34	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な進行・再発の悪性胸腺中皮腫	(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア オキサリプラチン及びカペタシンとの併用投与 イ オキサリプラチン、ホリナートカルシウム及びフルオロウラシルとの併用投与 ウ オキサリプラチン及びテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤との併用投与	850600118	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			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年の初期研修を終了した後に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研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性胸腺中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器病の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)

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
35	オブジーポイント静注20mg オブジーポイント静注100mg オブジーポイント静注120mg オブジーポイント静注240mg	がん化学療法後に増悪した高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)を有する結腸・直腸癌	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」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、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オブジーポイント静注)
				820600183	医師要件イ(オブジーポイント静注)
				820600184	医師要件ウ(オブジーポイント静注)
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。 (本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与を行った旨(「併用投与ア」と記載)を記載すること。 ア イビリムマブ(遺伝子組換え)との併用投与	850600120	MSI-Highを確認した検査の実施年月日(オブジーポイント静注):(元号)yy年"mm"月"dd"日
36	オブジーポイント静注20mg オブジーポイント静注100mg オブジーポイント静注120mg オブジーポイント静注240mg	がん化学療法後に増悪した根治切除不能な進行・再発の食道癌	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」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、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オブジーポイント静注)
				820600183	医師要件イ(オブジーポイント静注)
				820600184	医師要件ウ(オブジーポイント静注)
37	オブジーポイント静注20mg オブジーポイント静注100mg オブジーポイント静注120mg オブジーポイント静注240mg	食道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」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、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オブジーポイント静注)
				820600183	医師要件イ(オブジーポイント静注)
				820600184	医師要件ウ(オブジーポイント静注)
38	オブジーポイント静注20mg オブジーポイント静注100mg オブジーポイント静注120mg オブジーポイント静注240mg	原発不明癌	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年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、原発不明癌に対する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。	820600141	医師要件ア(オブジーポイント静注)
				820600183	医師要件イ(オブジーポイント静注)
				820600156	検査等ア(オブジーポイント静注)
				820600157	検査等イ(オブジーポイント静注)
			原発不明癌と診断するにあたり実施した原発巣検索の検査等として該当するもの(「検査等ア」から「検査等ク」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 胸部X線 イ 頭頸部・胸腹部・骨盤CT ウ FDO-PET、PET-CT エ 上部・下部消化管内視鏡 オ 腫瘍マーカー測定 カ 病理学的検索 キ 免疫組織化学的検索 ク 遺伝子・染色体検査	820600158	検査等ウ(オブジーポイント静注)
				820600159	検査等エ(オブジーポイント静注)
				820600160	検査等オ(オブジーポイント静注)
				820600161	検査等カ(オブジーポイント静注)
				820600162	検査等キ(オブジーポイント静注)
				820600163	検査等ク(オブジーポイント静注)
39	オルプロリクス静注用500 オルプロリクス静注用1000 オルプロリクス静注用2000 オルプロリクス静注用3000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、事前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600025	手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用500等):*****
	オルプロリクス静注用250		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、事前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600026	手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用250):*****
	オルプロリクス静注用4000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、事前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600027	手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用4000):*****
40	オルミエント錠2mg オルミエント錠4mg	アトピー性皮膚炎		820600048	施設要件ア(オルミエント錠2mg等)
				820600049	施設要件イ(オルミエント錠2mg等)
			投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 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施設(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載) イ 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 エ 成人アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の取値 ア IGAスコア イ 全身又は顔頭部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	820600050	前治療要件ア(オルミエント錠2mg等)
				820600051	前治療要件イ(オルミエント錠2mg等)
				830600028	IGAスコア(オルミエント錠2mg等):*****
				830600029	全身のEASIスコア(オルミエント錠2mg等):*****
				830600030	顔頭部のEASIスコア(オルミエント錠2mg等):*****
41	ガザイバ点滴静注1000mg		本製剤の使用上の注意において、「フローサイトメトリー法等により検査を行い、CD20抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。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。	850600023	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(ガザイバ点滴静注1000mg):(元号)yy年"mm"月"dd"日
				850600024	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(初回投与)(ガザイバ点滴静注1000mg):(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
52	キイトルーダ点滴静注100mg	PD-L1 陽性のホルモン受容体陰性かつHER2 陰性の手術不能又は再発乳癌	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A」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5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件A(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)
			PD-L1 陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	850600124	PD-L1 陽性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
				830600107	PD-L1 陽性を確認した検査結果(発現率)(キイトルーダ点滴静注):*****
			ホルモン受容体陰性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600134	ホルモン受容体陰性であること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
				850600135	HER2陰性であること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
			(本製剤を他の抗癌性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与A」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア ゲムタジン及びカルボプラチンとの併用投与 イ パクリタキセルとの併用投与 ウ パクリタキセル(アルブミン懸濁型)との併用投与	820600171	併用投与A(キイトルーダ点滴静注)
				820600174	併用投与イ(キイトルーダ点滴静注)
				820600177	併用投与ウ(キイトルーダ点滴静注)
53	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した切除不能進行・再発の子宮体癌	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A」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年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍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。	820600146	医師要件A(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)
54	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した高い腫瘍遺伝子変異量(TMB-High)を有する進行・再発の固形癌(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A」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年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となるがん種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。	820600146	医師要件A(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)
			TMB-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600128	TMB-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
55	キムリア点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。(「施設要件A」又は「施設要件イ」と記載) ア 日本造血細胞移植学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリーI)を有する施設 イ 認定カテゴリーI に準ずる診療科(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科)を有する施設	820600052	施設要件A(キムリア点滴静注)
				820600053	施設要件イ(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本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において「CD19抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。	850600025	CD19 抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(キムリア点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
56	クリスピータ皮下注10mg クリスピータ皮下注20mg クリスピータ皮下注30mg		本剤の効能又は効果は「FGF23関連低リン血症性くる病・骨軟化症」であり、FGF23の過剰産生により血清リン濃度が低下している患者が対象であることから、FGF23の過剰を確認した検査の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。	850600026	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日(クリスピータ皮下注10mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600027	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日(初回投与)(クリスピータ皮下注10mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
57	コラチゲン筋注用4mg		本品の効能、効果又は性能において、「標準的な薬物治療の効果が不十分で血行再建術の施行が困難な慢性動脈閉塞症」とされていることから、本品の投与が適切と判断される患者であって、かつ閉塞性動脈硬化症の患者は以下のすべての要件を満たした場合、パーリジャー病の患者は以下の①～③の要件を満たした場合に限り算定できるものであること。なお、病歴において4の再発の測定が困難な閉塞性動脈硬化症患者においては、虚血に基づく潰瘍であると判断した血行動態指標(足趾血圧、足趾上肢血圧比(TBI)等)の測定値を記載すること。 ① 血管造影、コンピュータ断層血管造影(CTA)又は磁気共鳴血管造影(MRA)により投与対象肢の浅大腿動脈、膝窩動脈又は膝窩下の動脈に閉塞又は狭窄部位が認められ、かつ潰瘍を有していること。 ② 投与対象肢の血行再建術(血管内治療を含む)の適応が困難であること。 ③ 既存の内科的治療や処置による対象肢の症状の改善が認められないこと。 ④ 対象肢の血行動態の指標が、以下の条件をいずれも満たすこと。 ア 安静時上肢・足関節血圧比(ABI)が0.8以下であること イ 足関節血圧が70mmHg未満であること	842600009	虚血に基づく潰瘍であると判断した血行動態指標(足趾血圧、足趾上肢血圧比(TBI)等)の測定値(コラチゲン筋注用4mg):*****
58	ザーコリカプセル200mg ザーコリカプセル250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の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。	850600028	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザーコリカプセル200mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600029	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ザーコリカプセル200mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600030	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザーコリカプセル200mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600031	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ザーコリカプセル200mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
59	サイバインコ錠50mg サイバインコ錠100mg サイバインコ錠200mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1 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A」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2 本製剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件A」又は「前治療要件イ」と記載) ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重要度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っていること。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な副作用(痒み)若しくは全身副作用により全身抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は顔面部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	820600054	医師要件A(サイバインコ錠50mg等)
				820600055	医師要件イ(サイバインコ錠50mg等)
				820600056	医師要件ウ(サイバインコ錠50mg等)
				820600057	前治療要件A(サイバインコ錠50mg等)
				820600058	前治療要件イ(サイバインコ錠50mg等)
				830600031	IGAスコア(サイバインコ錠50mg等):*****
				830600032	全身のEASIスコア(サイバインコ錠50mg等):*****
				830600119	顔面部のEASIスコア(サイバインコ錠50mg等):*****
				842600010	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (サイバインコ錠50mg等):*****
60	サイラムザ点滴静注100mg サイラムザ点滴静注500mg		本製剤をがん化学療法後に増悪した血清AFP値が400ng/mL以上の切除不能肝細胞癌に用いる場合は、効能・効果に関連する使用上の注意において、「本剤の使用にあたっては、初回投与前の血清AFP値に基づき、適応患者の選択を行うこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、AFPの検査値及び当該検査の実施年月日を記載すること。	830600033	AFPの検査値(サイラムザ点滴静注100mg等):*****
				850600032	AFP検査の実施年月日(サイラムザ点滴静注100mg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		
61	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「日医エ」 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「サント」 タダラフィル錠2.5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠2.5mgZA「トロー」 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「日医エ」 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「サント」 タダラフィル錠5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠5mgZA「トロー」 タダラフィル錠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		
62	ジーンブラバ点滴静注625mg		本製剤の使用に当たっては、重症化又は再発のリスクが高いクロストリジウム・デフィシル感染症を対象とすること。本製剤の使用に当たっては、次のアからオまでのうち該当するものを記載し、オを選択する場合には、重症化又は再発のリスクが高いと判断した理由を記載すること。なお、65歳以上であること、又は過去2回以下の既往歴があることのみでは重症化又は再発のリスクが高いとは認められない。 ア 免疫不全状態 イ 重症のクロストリジウム・デフィシル感染症 ウ 毒菌株（リボタイプ027、078又は244）への感染 エ 過去3回以上の既往歴 オ その他の理由により重症化又は再発のリスクが高いと判断できる場合	820600059	ア 免疫不全状態（ジーンブラバ点滴静注625mg）		
				820600060	イ 重症のクロストリジウム・デフィシル感染症（ジーンブラバ点滴静注625mg）		
				820600061	ウ 毒菌株（リボタイプ027、078又は244）への感染（ジーンブラバ点滴静注625mg）		
				820600062	エ 過去3回以上の既往歴（ジーンブラバ点滴静注625mg）		
				820600063	オ その他の理由により重症化又は再発のリスクが高いと判断できる場合（ジーンブラバ点滴静注625mg）		
				830600034	オの場合、重症化又は再発のリスクが高いと判断した理由（ジーンブラバ点滴静注625mg）：*****		
				850600033	ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ジカディア錠150mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日		
64	ジャクスタビッドカプセル5mg ジャクスタビッドカプセル10mg ジャクスタビッドカプセル20mg	ホモ接合体家族性高コレステロール血症	本製剤の効能・効果は「ホモ接合体家族性高コレステロール血症」であることから、次のいずれかを記載すること。 ① 本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けていること。 ② 本疾患の診断根拠（遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等）	820600243	本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けている（ジャクスタビッドカプセル5mg等）		
				830600035	診断根拠（遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等）（ジャクスタビッドカプセル5mg等）：*****		
65	ジャディアンス錠10mg	慢性心不全	効能又は効果において、「ただし、慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る。」とされているので、使用に当たっては十分留意すること。また、効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率が保たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600034	左室駆出率の計測年月日（ジャディアンス錠10mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日		
				830600120	左室駆出率の値（ジャディアンス錠10mg）：*****		
				830600121	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合）（ジャディアンス錠10mg）：*****		
66	シンボニー皮下注50mgシリンジ	潰瘍性大腸炎	次の事項を記載すること。 ア 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名及び使用期間 イ 本製剤の投与が必要と判断した理由	830600038	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンボニー皮下注50mgシリンジ）：*****		
				830600039	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンボニー皮下注50mgシリンジ）：*****		
				830600040	投与が必要と判断した理由（シンボニー皮下注50mgシリンジ）：*****		
	シンボニー皮下注50mgオートインジェク			830600041	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンボニー皮下注50mgオートインジェクター）：*****		
				830600042	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンボニー皮下注50mgオートインジェクター）：*****		
				830600043	投与が必要と判断した理由（シンボニー皮下注50mgオートインジェクター）：*****		
67	ステロロニン点滴静注バッグ9000mg／300mL		本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「化学放射線療法等の標準的な治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。」と記載されているので、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600044	投与が必要と判断した理由（ステロロニン点滴静注バッグ9000mg／300mL）：*****		
68	ステミラック注		本製品の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ① 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A」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、脊髄領域を含む整形外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損傷に関する十分な臨床経験（計30件以上）を有し、AIS評価が適切に行えること。 イ 医師免許取得後、脊髄領域を含む脳神経外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損傷に関する十分な臨床経験（計30件以上）を有し、AIS評価が適切に行えること。 ② 本製品の製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点及び本製品を投与する直前の時点におけるAIS なお、供給当初においては、AISがAの患者を中心とした投与が適切であることとされていることから、供給可能量も踏まえAの患者を優先して対応すること。	820600064	医師要件A（ステミラック注）		
				820600065	医師要件イ（ステミラック注）		
				830600045	製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点におけるAIS（ステミラック注）：*****		
				830600046	本製品を投与する直前の時点におけるAIS（ステミラック注）：*****		
69	スピブラザ錠注12mg		効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の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。	850600035	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（スピブラザ錠注12mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日		
				850600036	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（初回投与）（スピブラザ錠注12mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日		
				830600047	オナセムノゲン アベバルボク（販売名：ゾルゲスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合）その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。		

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	ゼジュラカプセル100mg		本製剤を「白金系抗悪性腫瘍剤感受性の相同組織換修復欠損を有する再発卵巣癌」に用いる場合は、効能又は効果に関連する使用上の注意において、「3つ以上の化学療法のある患者を対象とすること。」及び「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組織換修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、過去に実施した化学療法歴及び相同組織換修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載すること。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。	830600048	過去に実施した化学療法歴（ゼジュラカプセル100mg）：*****
				850600037	相同組織換修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（ゼジュラカプセル100mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
				850600038	相同組織換修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゼジュラカプセル100mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
71	ゼフィックス錠100		本製剤の使用に当たっては、B型肝炎ウイルスの増殖を伴う肝機能の異常の確認が前提であり、HBV-DNA、DNAポリマーゼ又はHBe抗原によりウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）及びその結果を記載すること。 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。	830600049	HBV-DNA検査結果（ゼフィックス錠100）：*****
				830600050	DNAポリマーゼ検査結果（ゼフィックス錠100）：*****
				830600051	HBe抗原検査結果（ゼフィックス錠100）：*****
				850600039	ウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）（ゼフィックス錠100）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
				850600040	ウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）（初回投与）（ゼフィックス錠100）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
72	ゼルボラフ錠240mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の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。	850600041	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ゼルボラフ錠240mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
				850600042	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゼルボラフ錠240mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
73	ソスパタ錠40mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FLT3 遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、FLT3 遺伝子変異陽性を確認した検査の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。	850600043	FLT3 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ソスパタ錠40mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
				850600044	FLT3 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ソスパタ錠40mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
74	ゾルゲンスマ点滴静注		本品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意に、「SMN1 遺伝子の両アレル性の欠失又は変異が確認された患者に投与すること。」「2歳未満の患者に投与すること。」及び「承認された体外診断薬を用いた検査により抗AAV9抗体が陰性であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ・SMN1 遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日 ・本品の投与日数 ・抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日	850600045	SMN1 遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日（ゾルゲンスマ点滴静注）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
				842600011	本品の投与日数（ゾルゲンスマ点滴静注）：*****
				850600046	抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日（ゾルゲンスマ点滴静注）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
75	ゾレア皮下注用75mg ゾレア皮下注用150mg ゾレア皮下注75mgシリンジ ゾレア皮下注150mgシリンジ		（スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズンにおける本製剤の投与開始の場合） 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる医師が本製剤に関する治療の責任者として配置されている施設（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するもの） 【成人季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ア 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診療の臨床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、そのうち3年以上は季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 【小児季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ウ 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診療の臨床研修を行っていること。 エ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ② 投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度及び当該検査の実施年月日 ③ 患者がスギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由 ④ 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状及び本製剤の投与時における鼻症状、なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ⑤ 前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイド及びケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ⑥ 既存治療で効果不十分と判断した理由 ⑦ アレルゲン免疫療法（減感作療法）に関する説明	820600251	医師要件ア（ゾレア皮下注用75mg等）
				820600252	医師要件イ（ゾレア皮下注用75mg等）
				820600253	医師要件ウ（ゾレア皮下注用75mg等）
				820600254	医師要件エ（ゾレア皮下注用75mg等）
				830600122	投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度（ゾレア皮下注用75mg等）：*****
				850600140	投与量の設定に用いた血清中総IgE検査の実施年月日（ゾレア皮下注用75mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
				830600052	スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由（ゾレア皮下注用75mg等）：*****
				842600012	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用75mg等）：*****
				842600013	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（この鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用75mg等）：*****
				830600053	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用75mg等）：*****
				842600014	本製剤の投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用75mg等）：*****
				842600015	本製剤の投与時における鼻症状（この鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用75mg等）：*****
				830600054	本製剤の投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用75mg等）：*****
				830600055	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの成分名（ゾレア皮下注用75mg等）：*****
				830600056	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの一日投与量（ゾレア皮下注用75mg等）：*****
				830600057	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名（ゾレア皮下注用75mg等）：*****
				830600058	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の一日投与量（ゾレア皮下注用75mg等）：*****
				830600059	既存治療で効果不十分と判断した理由（ゾレア皮下注用75mg等）：*****
				830600060	アレルゲン免疫療法（減感作療法）に関する説明内容（ゾレア皮下注用75mg等）：*****

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
			<p>(スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の継続投与の場合) 次の事項を記載すること ① 本製剤の前回投与時及び当該継続投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること ② 本製剤と併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ③ 12週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由</p>	842600016 842600017 830600061 842600018 842600019 830600062 830600063 830600064 830600065	前回投与時における鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ノリア皮下注用75mg等)；***** 前回投与時における鼻症状(こう鼻の1日回数)(ノリア皮下注用75mg等)；***** 前回投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ノリア皮下注用75mg等)；***** 継続投与時における鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ノリア皮下注用75mg等)；***** 継続投与時における鼻症状(こう鼻の1日回数)(ノリア皮下注用75mg等)；***** 継続投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ノリア皮下注用75mg等)；***** 併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名(ノリア皮下注用75mg等)；***** 併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の一日投与量(ノリア皮下注用75mg等)；***** 12週を超えて継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由(ノリア皮下注用75mg等)；*****
76	タグリゾット錠40mg タグリゾット錠80mg		<p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設において、承認された体外診断薬を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」及び「他のEGFRチロシンキナーゼ阻害薬による治療を有し、病勢進行が確認されている患者では、EGFR T790M変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異を確認した検査の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。</p>	850600047 850600048	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タグリゾット錠40mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日 EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タグリゾット錠40mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日
77	タズベク錠200mg		<p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、EZH2 遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の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。</p>	850600049 850600050	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(タズベク錠200mg)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日 EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タズベク錠200mg)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日
78	タフィナーカプセル50mg タフィナーカプセル75mg		<p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の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。</p>	850600051 850600052	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タフィナーカプセル50mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日 BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タフィナーカプセル50mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日
79	タブレクタ錠150mg タブレクタ錠200mg		<p>本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(タブレクタ錠150mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日」 MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タブレクタ錠150mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日」</p>	850600053 850600054	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(タブレクタ錠150mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日 MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タブレクタ錠150mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日
80	チャンピックス錠0.5mg チャンピックス錠1mg		<p>(ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合) 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」した旨を記載すること。</p>	820600066	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方(チャンピックス錠0.5mg等)
81	テラードンS静注液200μg		<p>本製剤を甲状腺機能低下症の患者に投与する際は、レボチロシンナトリウム経口製剤による治療が適さない場合に限ること。 また、甲状腺機能低下症の患者に対する本製剤の投与開始に当たっては、レボチロシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由を記載すること。</p>	830600066	レボチロシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由(テラードンS静注液200μg)；*****
82	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	共通	<p>次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」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。 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 外來化学療法室を設置し、外來化学療法加算1又は外來化学療法加算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</p>	820600166 820600188 820600192 820600196 820600199	施設要件A(テセントリク点滴静注) 施設要件イ(テセントリク点滴静注) 施設要件ウ(テセントリク点滴静注) 施設要件エ(テセントリク点滴静注) 施設要件オ(テセントリク点滴静注)
83	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能進行・再発の非小細胞肺癌	<p>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A」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年の初期研修を終了した後に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研修の研修を行っていること イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に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。</p> <p>(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与A」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)記載すること。 ア カルボプラチン、パクリタキセル及びベパシズマブ(遺伝子組換え)との併用投与 イ 白金製剤(シスプラチン又はカルボプラチン)及びベパシズマブとの併用投与 ウ カルボプラチン及びパクリタキセル(アルブミン懸濁液)との併用投与</p> <p>(本製剤を化学療法歴のないPD-L1 陽性(TC3 又はIC3)の切除不能進行・再発の非小細胞肺癌患者に単独で投与する場合) EGFR遺伝子変異陽性、ALK融合遺伝子陰性及びPD-L1陽性(TC3又はIC3)を確認した検査の実施年月日を記載すること。</p>	820600147 820600149 820600172 820600175 820600178 850600117 850600115 850600125	医師要件A(テセントリク点滴静注) 医師要件イ(テセントリク点滴静注) 併用投与A(テセントリク点滴静注) 併用投与イ(テセントリク点滴静注) 併用投与ウ(テセントリク点滴静注) EGFR遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日 ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日 PD-L1陽性(TC3又はIC3)を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注)；(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
84	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	進展型小細胞肺癌	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A」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気の臨床研修を行っていること。	820600147	医師要件A(テセントリク点滴静注)
				820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)
85	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	乳癌	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A」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年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600147	医師要件A(テセントリク点滴静注)
				820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)
				850600141	PD-L1陽性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'
				850600142	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'
86	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な肝細胞癌	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A」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年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病の臨床研修を行っていること。 本製剤投与時におけるChild-Pugh分類を記載すること。	820600147	医師要件A(テセントリク点滴静注)
				820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)
				830600114	投与時におけるChild-Pugh分類(テセントリク点滴静注):*****
87	デブミコ錠250mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(デブミコ錠250mg)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。	850600144	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(デブミコ錠250mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'
				850600145	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(デブミコ錠250mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'
88	テムセルHS注		本品の警告において、「緊急時に十分対応できる医療施設において、造血幹細胞移植に関する十分な知識・経験を持つ医師のもとで、臨床検査による管理等の適切な対応がとれる体制で本品を使用すること。」また、効能・効果又は性能に関連する使用上の注意において、「ステロイド療法によっても十分な治療効果が得られない場合に使用すること」及び「本品の投与に際しては、急性GVHDの重症度等、「臨床成績」の項の内容を熟知し、本品の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、本品の使用が必要かつ有効と判断した理由を記載すること。	830600067	本品の使用が必要かつ有効と判断した理由(テムセルHS注):*****
89	デュビセント皮下注300 mgシリンジ デュビセント皮下注300 mgペン	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 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施設(「施設要件A」又は「施設要件イ」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年以上の皮膚科診療の臨床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5年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件A」又は「前治療要件イ」と記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度[に応じて推奨されるステロイド外用薬(ステロイド外用薬)以上]やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を重症度の9か月以上行っている。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3) 疾患活動性の数値として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は顔頸部の EASI スコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	820600167	施設要件A(デュビセント皮下注)
				820600189	施設要件イ(デュビセント皮下注)
				820600181	前治療要件A(デュビセント皮下注)
				820600182	前治療要件イ(デュビセント皮下注)
				830600137	IGAスコア(デュビセント皮下注)
				830600135	全身のEASIスコア(デュビセント皮下注)
				830600136	顔頸部のEASIスコア(デュビセント皮下注)
				830600109	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (デュビセント皮下注):*****
				820600167	施設要件A(デュビセント皮下注)
				820600189	施設要件イ(デュビセント皮下注)
90	デュビセント皮下注300 mgシリンジ デュビセント皮下注300 mgペン	気管支喘息	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1) 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施設(「施設要件A」又は「施設要件イ」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、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を有していること。 2) 本剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由(「患者要件A」又は「患者要件イ」と記載) ア 高用量吸入ステロイド薬(ICS)とその他の長期管理薬(長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要と判断された患者を前1回以上行っている。 イ 中用量 ICS とその他の長期管理薬(長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を前1回以上行っている。 3) 2)で「患者要件イ」に該当する場合は、ICS を当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由	820600167	施設要件A(デュビセント皮下注)
				820600150	患者の要件Aに該当(デュビセント皮下注)
				820600185	患者の要件イに該当(デュビセント皮下注)
				820600151	患者の要件ウに該当(デュビセント皮下注)
				850600132	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日(デュビセント皮下注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'
91	デュビセント皮下注300 mgシリンジ デュビセント皮下注300 mgペン	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1) 本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨(「施設要件A」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、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 2) 次に掲げる患者の要件Aからウのすべてに該当する旨 ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ 「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とされない。」 ウ 既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・ 内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・ 鼻閉重症度スコアが2(中等症)以上(8週間以上持続していること) ・ 嗅覚障害、鼻汁(前鼻漏/後鼻漏)等(8週間以上持続していること) 3) 2)でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日。「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とされない。」に該当する場合は、手術が適応とないと判断した理由。 4) 本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉重症度スコア及び嗅覚障害、鼻汁(前鼻漏/後鼻漏)等が継続している期間 ② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を記載すること。 1) 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施設(「施設要件A」又は「施設要件イ」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、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床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、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2) 1)でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3) 本製剤の継続投与前における各鼻腔の鼻茸スコア及び鼻閉重症度スコア 4) 24週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	830600108	手術が適応とならないと判断した理由(デュビセント皮下注):*****
				830600123	本製剤投与前における鼻茸スコア(デュビセント皮下注):*****
				830600124	本製剤投与前における鼻閉重症度スコア(デュビセント皮下注):*****
				830600125	本製剤投与前における鼻汁(前鼻漏/後鼻漏)等が継続している期間(デュビセント皮下注):*****
				820600142	医師要件A(デュビセント皮下注)
				820600144	医師要件イ(デュビセント皮下注)
				820600143	施設要件Aの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨(デュビセント皮下注)
				830600126	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア(デュビセント皮下注):*****
				830600127	本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア(デュビセント皮下注):*****
				830600103	24週間を超えて投与することが必要かつ適切と判断した理由(デュビセント皮下注):*****

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
92	デリタクト注		<p>本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。</p> <p>① 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載）</p> <p>ア 特定機能病院</p> <p>イ 大学附属病院本院（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。）</p> <p>ウ 悪性神経腫瘍手術の年間症例数が50例以上ある施設</p> <p>エ 本品に係る治療の実施施設、又はこれと同等の施設体制を有し本品に係る治療責任医師又は治療分担医師が常勤する施設（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。）</p> <p>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」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを全て記載。最速使用推進ガイドラインにおいて、次に掲げる医師の要件のすべてに該当する医師を配置することとされている。）</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、4年以上の脳神経外科の臨床研修を行っているうち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験があること。</p> <p>イ 脳腫瘍に関する十分な臨床経験（計 30 例以上）があること。</p> <p>ウ ナビゲーション下生検術を含む定位脳手術の実績が5例以上あること。</p> <p>③ 放射線治療及びテモゾロミドの治療歴のある患者がある旨</p>	820600067	施設要件ア（デリタクト注）
				820600068	施設要件イ（デリタクト注）
				820600069	施設要件ウ（デリタクト注）
				820600070	施設要件エ（デリタクト注）
				820600071	医師要件ア（デリタクト注）
				820600072	医師要件イ（デリタクト注）
				820600073	医師要件ウ（デリタクト注）
				820600074	放射線治療歴のある患者（デリタクト注）
				820600075	テモゾロミド治療歴のある患者（デリタクト注）
93	トルツ皮下注80mgオートインジェクター トルツ皮下注80mgシリンジ	尋常性乾癬、関節症性乾癬、 膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	12週以降において、2週間隔で投与する場合、2週間隔で投与することが適切と判断した理由を記載すること。	830600068	12週以降、2週間隔で投与することが適切と判断した理由（トルツ皮下注80mgオートインジェクター等）；*****
94	ニコチネルTTS10 ニコチネルTTS20 ニコチネルTTS30		（ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合） 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」した旨を記載すること。	820600076	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方（ニコチネルTTS10等）
95	ノモサング点滴静注250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤による急性発作の予防効果は確認されていないことから、予防的には使用しないこと。」とされているので、予防的に使用した場合には算定できないものであること。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、発作時の使用である旨を記載すること。	820600077	発作時の使用（ノモサング点滴静注250mg）
96	ノボセプンH静注用1mgシリンジ ノボセプンH静注用2mgシリンジ ノボセプンH静注用5mgシリンジ ノボセプンH静注用8mgシリンジ		本製剤の使用に当たっては、血液凝固薬因子又はFX因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600128	インヒビター力価（ノボセプンH静注用1mgシリンジ等）；*****
				850600146	インヒビター力価測定年月日（ノボセプンH静注用1mgシリンジ等）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
97	ハーセプチン注射用150 ハーセプチン注射用60 トラスツマブBS点滴静注用150mg 「CTHJ」 トラスツマブBS点滴静注用150mg 「NKJ」 トラスツマブBS点滴静注用150mg 「ファイザー」 トラスツマブBS点滴静注用150mg 「第一三共」 トラスツマブBS点滴静注用60mg「C THJ」 トラスツマブBS点滴静注用60mg「N KJ」 トラスツマブBS点滴静注用60mg 「ファイザー」 トラスツマブBS点滴静注用60mg「第 一三共」		<p>ハーセプチン注射用60、ハーセプチン注射用150</p> <p>HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日について記載すること。 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。</p> <p>トラスツマブ BS 点滴静注用 60mg「NKJ」、同 150mg「NKJ」、同 60mg「CTHJ」及び同 150mg「CTHJ」</p> <p>本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の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。</p> <p>トラスツマブ BS 点滴静注用 60mg「第一三共」及び同 150mg「第一三共」</p> <p>本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の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。</p> <p>トラスツマブ BS 点滴静注用 60mg「ファイザー」及び同 150mg「ファイザー」</p> <p>本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の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。</p>	850600057	HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日（ハーセプチン注射用60等）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
				850600058	HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ハーセプチン注射用60等）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
				850600059	HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツマブBS点滴静注用60mg「NKJ」等）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
				850600060	HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツマブBS点滴静注用60mg「NKJ」等）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
				850600061	HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツマブBS点滴静注用60mg「CTHJ」等）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
				850600062	HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツマブBS点滴静注用60mg「CTHJ」等）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
				850600063	HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
				850600064	HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
				850600065	HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
				850600066	HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
98	バイクロット配合静注用		本製剤の使用に当たっては、血液凝固薬因子又は第IX因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600129	インヒビター力価（バイクロット配合静注用）；*****
				850600147	インヒビター力価測定年月日（バイクロット配合静注用）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日'
99	バクスマー点鼻粉末剤3mg		1回2瓶以上処方する場合は、複数必要と判断した理由を記載すること。	830600069	1回2瓶以上必要と判断した理由（バクスマー点鼻粉末剤3mg）；*****
100	バクトロバン鼻腔用軟膏2%		<p>易感染患者から隔離することが困難な入院患者に対する使用に当たっては、やむを得ず、二名以下の患者が収容されている病室（MRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）とともに入院している者）に対して使用した場合に限り算定できるものであること。</p> <p>その場合、易感染患者から隔離することが困難な入院患者の使用に係る薬剤料はMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の分として算定し、MRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の診療報酬明細書に易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与した旨を記載すること。</p>	820600078	易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与（バクトロバン鼻腔用軟膏2%）

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
101	パドセブ点滴静注30mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤の一次治療における有効性及び安全性は確立していない。」及び「PD1/PDL1阻害剤による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、PD1/PDL1阻害剤を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を記載すること。	820600079	PD1/PDL1阻害剤を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与（パドセブ点滴静注30mg）
102	パベンチオ点滴静注200mg	メルケル細胞癌	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A」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、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算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 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A」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に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年の初期研修を終了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600244	施設要件A（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600249	医師要件A（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）
103	パベンチオ点滴静注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A」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、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算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 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A」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に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年の初期研修を終了した後に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。	820600244	施設要件A（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600249	医師要件A（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）
104	パベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能な原路上皮癌における化学療法後の維持療法の治療	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A」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、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算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 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A」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に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年の初期研修を終了した後に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、原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。	820600244	施設要件A（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600249	医師要件A（パベンチオ点滴静注200mg）
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）
105	ビラフピカセル50mg ビラフピカセル75mg	共通	本製剤の効能・効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の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。	850600067	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ビラフピカセル50mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
		がん化学療法後に増悪したBRAF遺伝子変異を有する治癒切除不能な進行・再発の結腸直腸癌	本製剤の用法・用量に関連する注意において、「併用する他の抗悪性腫瘍剤の選択に關しては、「1）臨床成績」の項の内容を参照し、関連学会の最新のガイドライン等を参考にし、また、患者の状況に応じて、ビニメチニブの併用の必要性を判断すること。」とされているので、本剤とビニメチニブを併用する場合には、関連学会の最新のガイドライン等を踏まえ、併用する理由を記載すること。その場合は、併用に必要とした判断に用いた情報（ECOG PS、転移臓器数、CRP 値等）を具体的に記載すること。	850600068	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ビラフピカセル50mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
				830600070	ビニメチニブを併用する理由（ビラフピカセル50mg等）：*****
106	ビルテブソ点滴静注250mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「遺伝子検査により、エクソン53スキッピングにより治療可能なジストロフィン遺伝子の欠失（エクソン43-52、45-52、47-52、48-52、49-52、50-52、52欠失等）が確認されている患者に投与すること。」と記載されているので、遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月の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。	850600148	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日（ビルテブソ点滴静注250mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
				850600149	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ビルテブソ点滴静注250mg）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日
107	ピンダケルカブセル20mg	トランスサイレチン型心アミロイドーシス（野生型及び変異型）	本製剤を「トランスサイレチン型心アミロイドーシス（野生型及び変異型）」の効能・効果に使用する場合、本製剤の薬剤料については、次の①又は②のすべての要件を満たした場合に算定でき、いずれに該当するかを記載すること。（「患者要件①」又は「患者要件②」に記載） ① 野生型の場合 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること エ 免疫組織染色によりTTR 前駆タンパク質が同定されること ② 変異型の場合 ア 心筋症状及び心筋症と関連する TTR 遺伝子変異を有すること イ 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること ウ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること エ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること	820600087	患者要件1（ピンダケルカブセル20mg）
				820600088	患者要件2（ピンダケルカブセル20mg）
108	ピンマックカブセル61mg		次の①又は②のすべての要件を満たした場合に算定でき、いずれに該当するかを記載すること。（「患者要件①」又は「患者要件②」に記載） ① 野生型の場合 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること エ 免疫組織染色によりTTR 前駆タンパク質が同定されること ② 変異型の場合 ア 心筋症状及び心筋症と関連する TTR 遺伝子変異を有すること イ 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること ウ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること エ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること	820600089	患者要件1（ピンマックカブセル61mg）
				820600090	患者要件2（ピンマックカブセル61mg）

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
109	ファイバ静注用1000		本製剤の使用に当たっては、インビターカ値が測定されていることが前提であり、その測定された年月日及びその力値を記載する。	830600130 850600150	インビターカ値(ファイバ静注用1000):***** インビターカ値測定年月日(ファイバ静注用1000):(元号)yy"年mm"月"dd"日
110	フェインジェクト静注500mg		(本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/dL以上の場合) 本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600071	投与が必要と判断した理由(フェインジェクト静注500mg):*****
111	フォシーガ錠5mg フォシーガ錠10mg	慢性心不全 慢性腎臓病	効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率が保持された慢性心不全における本薬の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。 効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが25mL/min/1.73m2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ことがあることから、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(前疾患、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。	850600071 830600072 830600073 830600074 830600075	左室駆出率の計測年月日(フォシーガ錠5mg等):(元号)yy"年mm"月"dd"日 左室駆出率の値(フォシーガ錠5mg等):***** 左室駆出率を測定した医療機関名(他の医療機関で測定した場合)(フォシーガ錠5mg等):***** 適応患者であると判断した理由(フォシーガ錠5mg等):***** 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):*****
112	プレランジ静注		本製品の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。〔施設要件A〕又は〔施設要件Iと記載〕 ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリー1)を有する施設 イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科)を有する施設	820600105 820600106	施設要件A(プレランジ静注) 施設要件I(プレランジ静注)
113	ベイスン錠0.2 ベイスンOD錠0.2 ボグリボースODフィルム0.2「QQ」 ボグリボースOD錠0.2mg「MED」 ボグリボースOD錠0.2mg「MEEK」 ボグリボースOD錠0.2mg「ケミア」 ボグリボースOD錠0.2mg「サワイ」 ボグリボースOD錠0.2mg「カカ」 ボグリボースOD錠0.2mg「トーワ」 ボグリボースOD錠0.2mg「マイラン」 ボグリボースOD錠0.2mg「日医工」 ボグリボースOD錠0.2mg「風田テバ」 ボグリボース錠0.2「OME」 ボグリボース錠0.2mg「JG」 ボグリボース錠0.2mg「MEEK」 ボグリボース錠0.2mg「NP」 ボグリボース錠0.2mg「NS」 ボグリボース錠0.2mg「TOK」 ボグリボース錠0.2mg「DJ」 ボグリボース錠0.2mg「ケミア」 ボグリボース錠0.2mg「サワイ」 ボグリボース錠0.2mg「カカ」 ボグリボース錠0.2mg「トーワ」 ボグリボース錠0.2mg「ファイザー」 ボグリボース錠0.2mg「杏林」 ボグリボース錠0.2mg「日医工」 ボグリボース錠0.2mg「風田テバ」	耐糖能異常における2型糖尿病の発症抑制(ただし、食事療法及び運動療法を十分に実行しても改善されない場合に限る。)	耐糖能異常と判断した根拠(判断した年月日とその結果)、食事療法及び運動療法を3～6ヶ月間行っても改善されなかった旨及び高血圧症又は脂質異常症の診断名を記載する。	830600081 850600073 820600107 830600082	耐糖能異常と判断した根拠(ベイスン錠0.2等):***** 耐糖能異常と判断した年月日(ベイスン錠0.2等):(元号)yy"年mm"月"dd"日 食事療法及び運動療法を3～6ヶ月間行っても改善されなかった(ベイスン錠0.2等) 高血圧症又は脂質異常症の診断名(ベイスン錠0.2等):*****
114	ページニオ錠50mg ページニオ錠100mg ページニオ錠150mg		本製剤の効能・効果は「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術後薬物療法」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の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。	850600074 850600075 850600076 850600077	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(ページニオ錠50mg等):(元号)yy"年mm"月"dd"日 ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ページニオ錠50mg等):(元号)yy"年mm"月"dd"日 HER2陰性を確認した検査の実施年月日(ページニオ錠50mg等):(元号)yy"年mm"月"dd"日 HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ページニオ錠50mg等):(元号)yy"年mm"月"dd"日
115	ベスボンサ点滴静注用1mg		本製剤の使用上の注意において「フローサイトメトリー法等の検査によって、CD22抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」とされているので、CD22陽性を確認した検査の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。	850600078 850600079	CD22陽性を確認した検査の実施年月日(ベスボンサ点滴静注用1mg):(元号)yy"年mm"月"dd"日 CD22陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ベスボンサ点滴静注用1mg):(元号)yy"年mm"月"dd"日
116	ベマジュール錠4.5mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の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。	850600080 850600081	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(ベマジュール錠4.5mg):(元号)yy"年mm"月"dd"日 FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ベマジュール錠4.5mg):(元号)yy"年mm"月"dd"日
117	ペリキュア錠2.5mg ペリキュア錠5mg ペリキュア錠10mg		効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の保たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載すること。 なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600082 830600083 830600084	左室駆出率の計測年月日(ペリキュア錠2.5mg等):(元号)yy"年mm"月"dd"日 左室駆出率の値(ペリキュア錠2.5mg等):***** 左室駆出率を測定した医療機関名(他の医療機関で測定した場合)(ペリキュア錠2.5mg等):*****
118	ボテリジオ点滴静注20mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「CCR4陽性の成人T細胞白血病リンパ腫(ATL)、再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫(PTCL)の場合、CCR4抗原は、フローサイトメトリー(FCM)又は免疫組織化学染色(IHC)法により検査を行い、陽性であることが確認されている患者のみに投与すること。」とされているので、CCR4陽性を確認した検査の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。	850600083 850600084	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(ボテリジオ点滴静注20mg):(元号)yy"年mm"月"dd"日 CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ボテリジオ点滴静注20mg):(元号)yy"年mm"月"dd"日
119	ミカトリオ配合錠		本製剤への切り替えに当たっては、次の事項を切り替えた月に記載すること。 (1) テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びビドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名及び使用期間 (2) テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びビドロクロロチアジド12.5mgの併用療法において、安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日	830600085 830600086 830600131 850600151	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びビドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名(ミカトリオ配合錠):***** テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びビドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた使用期間(ミカトリオ配合錠):***** 併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値(ミカトリオ配合錠):***** 併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定実施年月日(ミカトリオ配合錠):(元号)yy"年mm"月"dd"日
120	ムルプレタ錠3mg		本製剤の使用上の注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臓器切除を伴う経血的手技の場合は、本剤の投与を避けること。」とされていることから、このような症例には使用しないこと。また、観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600087 850600085	観血的手技の名称(ムルプレタ錠3mg):***** 観血の手技の実施予定年月日(ムルプレタ錠3mg):(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
121	メキニスト錠0.5mg メキニスト錠2mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF 遺伝子変異を確認した検査の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。	850600086	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(メキニスト錠0.5mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(メキニスト錠0.5mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
122	メクトビ錠15mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の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。	850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(メクトビ錠15mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600089	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(メクトビ錠15mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
123	メナクトラ筋注		本製剤は、エクリズマブ(遺伝子組換え)又はラブリズマブ(遺伝子組換え)投与患者に使用した場合に限り算定できるものである。で、エクリズマブ(遺伝子組換え)又はラブリズマブ(遺伝子組換え)の投与を行った又は行う予定の年月日を記載すること(同一の診療報酬明細書においてエクリズマブ(遺伝子組換え)又はラブリズマブ(遺伝子組換え)の投与が確認できる場合を除く。)。	850600090	エクリズマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メナクトラ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600091	エクリズマブ(遺伝子組換え)投与を行う予定の年月日(メナクトラ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600092	ラブリズマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メナクトラ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600093	ラブリズマブ(遺伝子組換え)投与を行う予定の年月日(メナクトラ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
124	ライアットMBG-1131静注		本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治療切除不能褐色細胞腫・ララングリオーマ」であり、MIBG集積陽性が確認された患者が対象であることから、MIBG集積陽性を確認した検査の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、本製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。	850600094	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日(ライアットMBG-1131静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600095	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ライアットMBG-1131静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
125	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及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 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。	850600096	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシサン点滴静注100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600097	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキシサン点滴静注100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
	リツキシマブBS点滴静注100mg「KH K」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KH K」	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 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。	850600098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシサン点滴静注100mg「KH K」等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600152	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキシサン点滴静注100mg「KH K」等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
	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及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 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。	850600099	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシサン点滴静注100mg「ファイザー」等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600100	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキシサン点滴静注100mg「ファイザー」等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
126	リベルサス錠3mg リベルサス錠7mg リベルサス錠14mg		他の経口血腫降下薬を投与していない患者に本剤を投与する場合は、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600088	他の経口血腫降下薬を投与していない患者に投与が必要と判断した理由(リベルサス錠3mg等)*****
				850600101	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(リムバーザ錠100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
127	リムバーザ錠100mg リムバーザ錠150mg	ア「BRCA遺伝子変異陽性の顕癌における初回化学療法後の維持療法」、イ「がん化学療法のある BRCA遺伝子変異陽性かつ HER2 陰性の手術不能又は再発乳癌」、ウ「BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する乳房低抗性前立腺癌」又はエ「BRCA遺伝子変異陽性の治療切除不能肺癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」	効能又は効果に関連する使用上の注意において、ア、ウ及びエの場合「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、BRCA遺伝子変異を有することが確認された患者に投与すること。」、イの場合「承認された体外診断薬を用いた検査により、生殖細胞系列のBRCA遺伝子変異(病的変異又は病的変異疑い)を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の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。	850600102	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リムバーザ錠100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600103	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(リムバーザ錠100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600104	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(初回投与)(リムバーザ錠100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
128	リンヴォック錠7.5mg リンヴォック錠15mg リンヴォック錠30mg	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 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) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載) ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じた推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は患部限りのEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) 4) 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は、体重	820600108	医師要件ア(リンヴォック錠7.5mg等)
				820600109	医師要件イ(リンヴォック錠7.5mg等)
				820600110	医師要件ウ(リンヴォック錠7.5mg等)
				820600111	前治療要件ア(リンヴォック錠7.5mg等)
				820600112	前治療要件イ(リンヴォック錠7.5mg等)
				830600089	IGAスコア(リンヴォック錠7.5mg等)*****
				830600090	全身のEASIスコア(リンヴォック錠7.5mg等)*****
				830600091	患部限りのEASIスコア(リンヴォック錠7.5mg等)*****
				842600020	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (リンヴォック錠7.5mg等)
				842600021	体重(小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合)(kg) (リンヴォック錠7.5mg等)
129	レトヴィモカプセル40mg レトヴィモカプセル80mg	RET 融合遺伝子陽性の切除不能進行・再発の非小細胞肺癌、RET融合遺伝子陽性の根治切除不能な甲状腺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、RET融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、RET融合遺伝子陽性を確認した検査の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、本製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。	850600105	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(レトヴィモカプセル40mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600106	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(レトヴィモカプセル40mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
130	レトヴィモカプセル40mg レトヴィモカプセル80mg	RET 遺伝子変異陽性の根治切除不能な甲状腺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、RET 遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 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、本製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。	850600153	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(レトヴィモカプセル40mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600154	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(レトヴィモカプセル40mg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
131	レバーサ皮下注140mgペン		<p>次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。</p> <p>1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」又は「施設要件イ」と記載)</p> <p>ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設</p> <p>イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設</p> <p>2) 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日</p> <p>3) 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨</p> <p>4) HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。</p> <p>5) 本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者(副作用の既往等によりHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者)に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由</p> <p>6) 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか(「リスク因子A」から「リスク因子オ」までのうち該当するものを記載)</p> <p>ア 冠動脈疾患(安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴</p> <p>イ 非心原性脳梗塞の既往歴</p> <p>ウ 糖尿病</p> <p>エ 慢性腎臓病</p> <p>オ 末梢動脈疾患</p> <p>7) 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6)の「リスク因子ウ」から「リスク因子オ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間</p>	820600113	施設要件A(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600114	施設要件イ(レバーサ皮下注140mgペン)
				850600155	LDL－コレステロール検査の実施年月日(レバーサ皮下注140mgペン):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				830600132	LDL－コレステロール検査値(レバーサ皮下注140mgペン):*****
				820600115	食事療養を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				830600092	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバーサ皮下注140mgペン):*****
				830600093	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバーサ皮下注140mgペン):*****
				820600119	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レバーサ皮下注140mgペン)
				830600094	使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由(レバーサ皮下注140mgペン):*****
				820600120	リスク因子A(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600121	リスク因子イ(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600122	リスク因子ウ(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600123	リスク因子エ(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600124	リスク因子オ(レバーサ皮下注140mgペン)
				830600095	HMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レバーサ皮下注140mgペン):*****
			<p>(平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合)</p> <p>③を記載できない場合は、従前のとおり次の事項を記載するとともに、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を記載すること。</p> <p>ア 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日</p> <p>イ 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨</p> <p>ウ 投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。</p> <p>エ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(冠動脈疾患、非心原性脳梗塞、末梢動脈疾患、糖尿病若しくは慢性腎臓病に罹患していること若しくはそのいずれかの既往歴を有すること、又は複数の危険因子が認められること)。</p> <p>(平成29年3月31日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関の場合)</p> <p>③を記載できない場合は、従前のとおり(平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合)に掲げる事項を記載するとともに、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を記載すること。</p>	850600155	LDL－コレステロール検査の実施年月日(レバーサ皮下注140mgペン):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				830600132	LDL－コレステロール検査値(レバーサ皮下注140mgペン):*****
				820600115	食事療養を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				830600092	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバーサ皮下注140mgペン):*****
				830600093	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバーサ皮下注140mgペン):*****
				820600119	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レバーサ皮下注140mgペン)
				830600096	心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(レバーサ皮下注140mgペン):*****
			<p>820600125 投与中患者(レバーサ皮下注140mgペン)</p> <p>850600107 初めて本製剤を投与した年月(レバーサ皮下注140mgペン):(元号)yy'年'mm'月'-</p> <p>820600126 使用実績有(レバーサ皮下注140mgペン)</p>		

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
132	レバサ皮下注420mgオートミドノーザー		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」又は「施設要件イ」と記載) ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 2) 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL-Cコレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 3) 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 4) HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 5) 本製剤をHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者(副作用の既往等によりHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者)に投与する場合には、使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 6) 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか(「リスク因子A」から「リスク因子オ」までのうち該当するものを記載)。 イ 非心原性脳梗塞の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 7) 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6)の「リスク因子ウ」から「リスク因子オ」までのいずれかに該当し、HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600127	施設要件A(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー)
				820600128	施設要件イ(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー)
				850600156	LDL-Cコレステロール検査の実施年月日(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				830600133	LDL-Cコレステロール検査値(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー):*****
				820600129	食事療養を行っている(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー)
				820600130	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー)
				820600131	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー)
				820600132	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー)
				830600097	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー):*****
				830600098	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー):*****
				820600133	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー)
				830600099	使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー):*****
				820600134	リスク因子A(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー)
				820600135	リスク因子イ(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー)
820600136	リスク因子ウ(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー)				
820600137	リスク因子エ(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー)				
820600138	リスク因子オ(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー)				
830600100	HMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レバサ皮下注420mgオートミドノーザー):*****				
133	レフィキシア静注用500 レフィキシア静注用1000 レフィキシア静注用2000		手術時における血液凝固第Ⅹ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600101	手術時に使用した理由(レフィキシア静注用500等):*****
134	ロブレナ錠25mg ロブレナ錠100mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の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、本製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。	850600108	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロブレナ錠25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600109	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ロブレナ錠25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
135	ロズリートレカプセル100mg ロズリートレカプセル200mg	NTRK 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の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。	850600110	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロズリートレカプセル100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600111	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ロズリートレカプセル100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
		ROS1融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌		850600112	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロズリートレカプセル100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600113	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ロズリートレカプセル100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
136	照射洗浄血小板-LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA-LR「日赤」		本製剤の使用適正化については、「「血液製剤の使用指針」の一部改正について」(平成28年6月14日付け薬生発0614第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知)により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限り」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を記載すること。	830600102	使用が必要と判断した理由(照射洗浄血小板-LR「日赤」等):*****

※「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。

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって、別表Ⅱに掲げる記載事項と重複する事項については、別表Ⅱを用いた記載は省略して差し支えないこと。