

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)

番号	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ベン		<p>本剤に賛する治療の責任者として記載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)。</p> <p>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</p> <p>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った日数)の平均を記載すること。</p> <p>投与の要否の判断にあたっては、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。(「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)。</p> <p>ア 非蓄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。</p> <p>投与開始後3ヶ月(3回投与後)まで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。</p>	820600001 820600002 820600003 820600004 820600005 842600001 820600006 820600007 820600008 820600009 820600010	<p>医師要件ア(アイモビーグ皮下注70mgベン)</p> <p>医師要件イ(アイモビーグ皮下注70mgベン)</p> <p>医師要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgベン)</p> <p>医師要件エ(アイモビーグ皮下注70mgベン)</p> <p>医師要件オ(アイモビーグ皮下注70mgベン)</p> <p>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った日数)の平均(アイモビーグ皮下注70mgベン):*****</p> <p>前治療要件ア(アイモビーグ皮下注70mgベン)</p> <p>前治療要件イ(アイモビーグ皮下注70mgベン)</p> <p>前治療要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgベン)</p> <p>前治療要件エ(アイモビーグ皮下注70mgベン)</p> <p>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ベン)</p>
2	アキヤルックス点滴静注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(アキヤルックス点滴静注250mg):*****
3	アコファイド錠100mg	機能性ディスペシアにおける食後腹痛感、上腹部膨満感、早朝腹痛	<p>「機能性ディスペシアにおける食後腹痛感、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「機能性ディスペシア」を用いること。</p> <p>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。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>	850600001 850600002	<p>上部消化管内視鏡検査等の実施年月日(アコファイド錠100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"</p> <p>上部消化管内視鏡検査等の実施年月日(初回投与)(アコファイド錠100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"</p>
4	アジビ皮下注225mgシリンジ		<p>本剤に賛する治療の責任者として記載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)。</p> <p>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</p> <p>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った日数)の平均を記載すること。</p> <p>投与の要否の判断にあたっては、以下のア)に該当し、イ～エ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、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(「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)。</p> <p>ア 非蓄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。</p> <p>4週間に1回投与の場合本剤投与開始後3ヶ月(1回投与後)、12週間に1回投与の場合本剤投与開始後3ヶ月(1回投与後、又は8ヶ月(2回投与後)を以安)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。</p>	820600011 820600012 820600013 820600014 820600015 842600002 820600016 820600017 820600018 820600019 820600022 820600027 820600028	<p>医師要件ア(アジビ皮下注225mgシリンジ)</p> <p>医師要件イ(アジビ皮下注225mgシリンジ)</p> <p>医師要件ウ(アジビ皮下注225mgシリンジ)</p> <p>医師要件エ(アジビ皮下注225mgシリンジ)</p> <p>医師要件オ(アジビ皮下注225mgシリンジ)</p> <p>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った日数)の平均(アジビ皮下注225mgシリンジ):*****</p> <p>前治療要件ア(アジビ皮下注225mgシリンジ)</p> <p>前治療要件イ(アジビ皮下注225mgシリンジ)</p> <p>前治療要件ウ(アジビ皮下注225mgシリンジ)</p> <p>前治療要件エ(アジビ皮下注225mgシリンジ)</p> <p>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(アジビ皮下注225mgシリンジ)</p> <p>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(アジビ皮下注225mgシリンジ)</p> <p>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(アジビ皮下注225mgシリンジ)</p>
5	アドセトリス点滴静注用50mg		CD30抗体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 850600004 820600021 850600005	<p>CD30抗体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"</p> <p>CD30抗体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"</p> <p>投与継続患者(アドセトリス点滴静注用50mg)</p> <p>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"</p>
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 850600007	<p>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"</p> <p>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"</p>

項目番号	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・効果に関する使用上の注意において、「十分な経験を有する病院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ると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記録に記入すること。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。	8506000008	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
				8506000009	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ム病患者における複雑疼痛の治療」。ただし、少なくとも1つ以上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・用量又は使用方法に関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、再投与の要否を慎重に判断する。」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	8306000002	投与が適切と判断した理由(アロフィセル注):*****
				8306000003	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):*****
				8306000004	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):*****
				8206000022	投与回数1回目(アロフィセル注)
				8206000023	投与回数2回目(アロフィセル注)
				8206000024	施設要件ア(イエスカルタ点滴静注)
				8206000025	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第V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。なお、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。	8306000005	手術時に使用した理由(イデルビオン静注用250等):*****
11	イブランスクカプセル25mg イブランスクカプセル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。	8506000010	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(イブランスクカプセル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				8506000012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(イブランスクカプセル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"
12	イブランスク25mg イブランスク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。	8506000011	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(イブランスク25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				8506000012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(イブランスクカプセル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"
				8506000013	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)(イブランスク25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"
				8506000014	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(イブランスクカプセル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"
13	イベニティ皮下注105mgシリジ		(12ヶ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	8306000006	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シリジ):*****
				8306000007	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 進展型小細胞肺癌	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 特定機器病院 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 外来化學療法室を設置し、外来化學療法加算1又は外来化學療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 臨床試験薬剤内用算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年の初期研修を終了した後15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、がん治療法を含む呼吸器病学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15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。 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年の初期研修を終了した後15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、がん治療法を含む呼吸器病学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15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。	8206000026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				8206000027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				8206000028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				8206000029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				8206000030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				8206000029	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				82060000230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				8206000026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				8206000027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				8206000028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
15	ヴァイトラックピカブチル25mg ヴァイトラックピカブチル100mg ヴァイトラックピカブチル 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。	8506000015	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ブチル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				8506000016	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ブチル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"

項目番号	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	エクロックゲル5%		投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)を記載すること。	830600011	多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)(エクロックゲル5%):*****
18	エスボーピー下用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(エスボーピー下用24000シリンジ):*****
				830600013	投与する前の患者の体重(エスボーピー下用24000シリンジ):*****
				830600014	Hb濃度(エスボーピー下用24000シリンジ):*****
19	エドルミズ錠50mg		以下のアに該当し、イ～エのうち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、以下のア～エのうち該当するものすべてを記載すること。 ア 6ヶ月以内で5%以上の体重減少及び食欲不振 イ 4ヶ月以内で5%以上の筋力低下 ウ 全身の筋力低下 エ 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	ア 6ヶ月以内で5%以上の体重減少及び食欲不振(エドルミズ錠50mg)
				820600032	イ 症状又は倦怠感(エドルミズ錠50mg)
				820600033	ウ 全身の筋力低下(エドルミズ錠50mg)
				820600034	エ 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
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)の再発抑制	効能又は効果に関する注意において、「17. 臨床成績」の項目の内容を熟読し、有効性についてクロロジケ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	エプリスティドライシロップ60mg		効能・効果に関する使用上の注意における「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後に投与する場合の投与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(エプリスティドライシロップ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(エプリスティドライシロップ60mg):(元号)yy年mm月dd日
				830600015	(オナセムノゲン、アペルボベク(販売名:ソルゲンスマ点滴静注)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。
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貯血)にエボジン注シリンジ1500、同3000及び同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貯血)に使用する場合) 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。	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 ¹ 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、以下のアに該当し、イ～エ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～エのうち該当するものを記載すること(「医師要件ア」が「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載)。 ア 前治療要件オ: 2年までの初期研修を修了した後に、頭痛を量する疾患の診療に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 日本内神経学会(総合内科専門医) オ 日本脳神経外科学会	820600233	医師要件ア(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)
				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きた日数)の平均。
				820600238	前治療要件ア(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)

項目番号	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 エンレスト錠50mg エンレスト錠100mg エンレスト錠200mg	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 820600046 820600047	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) 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) 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陽性の治療切除不能な進行・再発の腎癌の場合	830600022 830600023	一次治療で実施した化学療法(エンハーツ点滴静注用100mg):***** 二次治療で実施した化学療法(エンハーツ点滴静注用100mg):*****
			(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たる患者に限る」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。 (高血圧症の場合) 本製剤の効能又は効果に関する注意において、「過度な高血圧低下のいずれ等があり、原則として本剤を高血圧治療の第一選択薬としないこと。」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。	830600024	投与が必要と判断した理由(エンレスト錠50mg等):*****
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たる患者に限る」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。 (高血圧症の場合) 本製剤の効能又は効果に関する注意において、「過度な高血圧低下のいずれ等があり、原則として本剤を高血圧治療の第一選択薬としないこと。」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。	830600024	投与が必要と判断した理由(エンレスト錠50mg等):*****
			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C〕までのうち該当するものを記載〕を記載すること。 (※は、古典的カリシングルバ群に限る。) 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、小児がん診療病院等、小児がん連携病院※など) イ 外来診療施設(※は、古典的カリシングルバ群に限る。) ウ 都道府県知事が指定する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 外来化學療法室を設置し、外來化學療法加算1又は外來化學療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 慢性腫瘍薬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 820600186 820600190 820600194 820600197	施設要件A(オジーボ点滴静注) 施設要件B(オジーボ点滴静注) 施設要件C(オジーボ点滴静注) 施設要件E(オジーボ点滴静注) 施設要件F(オジーボ点滴静注)
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に投与すること。 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。	820600141 820600183	医師要件A(オジーボ点滴静注) 医師要件I(オジーボ点滴静注)
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、PD-L1発現率1%以上の場合〕 〔本製剤と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	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日" PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(オジーボ点滴静注):*****
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、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。	820600169 850600129	投与中患者(オジーボ点滴静注) 患者に初めて投与した年月日(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(平成29年2月13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4月30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 850600129	使用実績有(オジーボ点滴静注) 患者に初めて投与した年月日(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
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	次に掲げる医師の要件のうち、該当するもの〔医師要件A〕から〔医師要件C〕までのうち該当するものが該当するもの〔医師要件A〕又は〔医師要件B〕と記載すること。 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、がん薬物療法を中心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年以上の皮膚恶性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600164 820600186 820600190 820600194 820600197	施設要件A(オジーボ点滴静注) 施設要件B(オジーボ点滴静注) 施設要件C(オジーボ点滴静注) 施設要件E(オジーボ点滴静注) 施設要件F(オジーボ点滴静注)
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に投与すること。 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 830600106	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日" PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(オジーボ点滴静注):*****
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、PD-L1発現率1%以上の場合〕 〔本製剤と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	本製剤とビリムマブを併用投与することとした理由(オジーボ点滴静注):*****
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、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。	820600169 850600129	投与中患者(オジーボ点滴静注) 患者に初めて投与した年月日(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(平成29年2月13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4月30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 850600129	使用実績有(オジーボ点滴静注) 患者に初めて投与した年月日(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に投与すること。 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。〕	820600141 820600183	医師要件A(オジーボ点滴静注) 医師要件B(オジーボ点滴静注)
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、PD-L1発現率1%以上の場合〕 〔本製剤と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。〕	850600123 830600106	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日" PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(オジーボ点滴静注):*****
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、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。〕	830600113	投与することとした理由(オジーボ点滴静注):*****
			〔併用投与ア〕から「併用投与」まで〔併用投与〕と記載すること。	820600170	併用投与(オジーボ点滴静注)
			〔併用投与ア〕から「併用投与」まで〔併用投与〕と記載すること。	820600173	併用投与イ(オジーボ点滴静注)
			〔併用投与ア〕から「併用投与」まで〔併用投与〕と記載すること。	820600176	併用投与ウ(オジーボ点滴静注)
			〔併用投与ア〕から「併用投与」まで〔併用投与〕と記載すること。	820600179	併用投与エ(オジーボ点滴静注)
			〔併用投与ア〕から「併用投与」まで〔併用投与〕と記載すること。	820600180	併用投与オ(オジーボ点滴静注)
			〔併用投与ア〕から「併用投与」まで〔併用投与〕と記載すること。	820600242	併用投与カ(オジーボ点滴静注)
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、該当するもの〔医師要件A〕から〔医師要件C〕までのうち該当するものが該当するもの〔医師要件A〕又は〔医師要件B〕と記載すること。 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、がん薬物療法を中心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。	820600141 820600183	医師要件A(オジーボ点滴静注) 医師要件B(オジーボ点滴静注)
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に投与すること。 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 830600106	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日" PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(オジーボ点滴静注):*****
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、PD-L1発現率1%以上の場合〕 〔本製剤と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。〕	830600113	投与することとした理由(オジーボ点滴静注):*****
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、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。〕	820600170	併用投与(オジーボ点滴静注)
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、PD-L1発現率1%未満の場合〕 〔併用することとした理由を記載すること。〕	820600173	併用投与イ(オジーボ点滴静注)
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、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。〕	820600176	併用投与ウ(オジーボ点滴静注)
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、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。〕	820600179	併用投与エ(オジーボ点滴静注)
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、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。〕	820600180	併用投与オ(オジーボ点滴静注)
			〔本製剤とビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黑色腫患者であって、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。〕	820600242	併用投与カ(オジーボ点滴静注)
			〔併用投与ア〕から「併用投与オ」により併用する場合)	850600116	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			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。	850600114	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			〔併用投与ア〕により併用する場合)	850600116	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			EGFR遺伝子変異陰性及び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(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			〔併用投与ア〕又は〔併用投与オ〕の併用投与をする場合)	850600116	ROS1融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(オジーボ点滴静注): (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)。	830600123	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			〔併用投与ア〕又は〔併用投与オ〕の併用投与をする場合)	830600116	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日(オジーボ点滴静注): (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	〔併用投与ア〕又は〔併用投与オ〕の併用投与をする場合)	820600169	投与中患者(オジーボ点滴静注)
			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(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(平成29年2月13日以前に既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4月30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 850600129	使用実績有(オジーボ点滴静注) 患者に初めて投与した年月日(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			〔併用投与ア〕から「併用投与」まで〔併用投与〕と記載すること。	820600168 850600129	併用投与カ(オジーボ点滴静注) 患者に初めて投与した年月日(オジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"

項目番号	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	再発又は遠隔転移を有する頸部癌	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」）もしくは「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を有する初期研修を行った後に、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(オブジーボ点滴静注)
	820600183			医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	
	820600140			医師・歯科医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)	
31	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脳細胞癌	(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる医師の要件のうち、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	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)	
	820600170			併用投与ア(オブジーボ点滴静注)	
	(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脳細胞癌の患者に投与する場合) 次にいずれか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 IMDCiリスク分類: intermediateリスク イ IMDCi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)	
	(平成29年4月17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。 (平成29年4月17以前に既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」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)	
			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"	
32	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	再発又は難治性の古典型ホジキンリンパ腫	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血液学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)	
	(平成29年4月17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。 (平成29年4月17以前に既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」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"	
			820600168	使用実績有(オブジーボ点滴静注)	
	(平成29年4月17以前に既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」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)	
			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"	
33	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	治療切除不能な進行・再発の胃癌	(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 オキサリブロチニン及びカベシタピンとの併用投与 イ オキサリブロチニン、ボリナートカルシム及びフルオロラシルとの併用投与 ウ オキサリブロチニン及びチガフール・ギメラント・オテラシルカリウム配合剤との併用投与	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)	
	(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) HER2陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。		820600170	併用投与ア(オブジーボ点滴静注)	
			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)	
34	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・再発の悪性胸膜中皮腫	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」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、がん薬物療法を含む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呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)
	820600183			医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	

項目番号	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	がん化学療法後に増悪した治療不能進行・再発の高級度マイクロアライド不安定性(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、がん薬物療法を中心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、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学の臨床研修を行っていること。 ※医師免許取得後2年の初期研修を行った旨(併用投与ア)と記載)を記載すること。 ア イゼリムマブ(遺伝子組換え)との併用投与	820600141 820600183 820600184	医師要件ア(オブジーボ点滴静注) 医師要件イ(オブジーボ点滴静注) 医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600120	MSI-High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
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤併用する場合) 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 イゼリムマブ(遺伝子組換え)との併用投与	820600170	併用投与ア(オブジーボ点滴静注)
36	オブジーボ点滴静注20% 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	がん化学療法後に増悪した根治切除不能進行・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、がん薬物療法を中心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、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学の臨床研修を行っていること。	820600141 820600183 820600184	医師要件ア(オブジーボ点滴静注) 医師要件イ(オブジーボ点滴静注) 医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)
37	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	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、がん薬物療法を中心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、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学の臨床研修を行っていること。	820600141 820600183 820600184	医師要件ア(オブジーボ点滴静注) 医師要件イ(オブジーボ点滴静注) 医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)
38	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	原発不明癌	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 腹部CT ウ FDG-PET/CT エ 上部・下部消化管内視鏡 オ 腫瘍マーカー検定 カ 病理学的検索 キ 癌細胞組織学的検索 ク 遺伝子・染色体検査	820600156 820600157 820600158 820600159 820600160 820600161 820600162 820600163	検査等ア(オブジーボ点滴静注) 検査等イ(オブジーボ点滴静注) 検査等ウ(オブジーボ点滴静注) 検査等エ(オブジーボ点滴静注) 検査等オ(オブジーボ点滴静注) 検査等カ(オブジーボ点滴静注) 検査等キ(オブジーボ点滴静注) 検査等ク(オブジーボ点滴静注)
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VII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。	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VII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。	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VII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。	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	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、5年以上の臨床経験を有していること。 2) 本剤投与前の既往疾患や既往歴に於ける治療の状況(「前治療要件ア」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、アトピー性皮膚炎ガイドラインで重症度にして推奨されるステロイド外用薬(ステロイドクラス以上)やカルニシーリング外用薬による適切な治療を直近の6ヶ月以上行っていている。 イ 既往成人アトピー性皮膚炎の治療歴として、ステロイド外用薬やカルニシーリング外用薬に対する過敏症、顎部等局所性副作用(くもまき性副作用)による抗炎症外用薬ののみによる治療の歴史が困難。 3) 皮膚活動性的状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部の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(%)	820600048 820600049 820600050 820600051 820600028 830600029 830600030 842600008	施設要件ア(オルミエント錠2mg等) 施設要件イ(オルミエント錠2mg等) 前治療要件ア(オルミエント錠2mg等) 前治療要件イ(オルミエント錠2mg等) IGAスコア(オルミエント錠2mg等):***** 全身のEASIスコア(オルミエント錠2mg等):***** 頭頸部のEASIスコア(オルミエント錠2mg等):***** 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (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、「フローサイトメータ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 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(ガザイバ点滴静注1000mg):(元号)yy年mm月dd日 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

項目番号	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
42	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「施設要件イ」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 外来化学会療室を設置し、外来化学会療法加算1又は外来化学会療法加算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	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)
43	キイトルーダ点滴静注100mg	悪性黑色腫	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、がん生物学を中心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。	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)
44	キイトルーダ点滴静注100mg	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なっていること。うち、2年以上は、がん生物学を中心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。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なっていること。	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)
			(本剤を基準で投与する場合) PD-L1 の発現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。	850600133	PD-L1 の発現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"
				830600118	PD-L1 の発現を確認した検査結果(発現率)(キイトルーダ点滴静注):*****
			(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 ベメトリキセキ及びパリチナ製剤との併用投与 イ カルボラブラン及びバリタセル又は nab-パクリタキセルとの併用投与	820600171	併用投与ア(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)
45	キイトルーダ点滴静注100mg	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」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なっていること。うち、2年以上は、がん生物学を中心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、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行なっていること。	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)
46	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した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年の初期研修を終了した後に5年以上的がん治療の臨床研修を行なっていること。うち、2年以上は、がん生物学を中心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年以上の尿路上皮癌科学の臨床研修を行なっており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん生物学療法を含むがん治療の臨床研修を行なっていること。	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)
47	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した骨肉瘤でマイコラサライト-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)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年以上的がん治療の臨床研修を行なっていること。うち、2年以上は、がん生物学を中心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年以上の尿路上皮癌科学の臨床研修を行なっていること MSI-Highを確認した検査の実施年月日	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)
				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"
48	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は遠隔転移を有する頸部癌	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」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年以上的がん治療の臨床研修を行なっていること。うち、2年以上は、がん生物学を中心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年以上的耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行なっており、うち、2年以上は、がん生物学を中心とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること 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年以上の口腔外科学の臨床研修を行なっており、うち、2年以上は、がん生物学を中心とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること なお、本製剤における併用投与(ア)は副作用の全部の管理を要するため、患者の治療に当たる歯科医師はアから今までの(イ)いずれかを示す条件を満たすで歯科(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で診療すること。	820600146	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注)
			(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。	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
			ア 5-FU 及びシスプラチンとの併用投与	820600139	医師・歯科医師要件ウ(キイトルーダ点滴静注)
				820600171	併用投与ア(キイトルーダ点滴静注)
49	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)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年以上的がん治療の臨床研修を行なっていること。うち、2年以上は、がん生物学を中心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年以上の尿路上皮癌科学の臨床研修を行なっていること 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なっていること	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)
50	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な進行・再発の食道癌	(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。	820600171	併用投与ア(キイトルーダ点滴静注)
			ア 5-FU 及びシスプラチンとの併用投与	820600174	併用投与イ(キイトルーダ点滴静注)
51	キイトルーダ点滴静注100mg	治療切除不能な進行・再発の悪性度マイクロリテライト不安定性(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年の初期研修を終了した後に5年以上的がん治療の臨床研修を行なっていること。うち、2年以上は、がん生物学を中心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年以上の消化器科学の臨床研修を行なっていること 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がん治療の臨床研修を行なっていること	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)
			(本製剤を単独で投与する場合) PD-L1 障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 障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 障性を確認した検査結果(発現率)(キイトルーダ点滴静注):*****
			(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を行っておける(「併用投与ア」と記載)を記載すること。	820600171	併用投与ア(キイトルーダ点滴静注)
			ア 5-FU 及びシスプラチンとの併用投与		
52	キイトルーダ点滴静注100mg	治療切除不能な進行・再発の食道癌	MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	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
52	キトルーダ点滴静注100mg キトルーダ点滴静注500mg	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I」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(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(5年以上の)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(キトルーダ点滴静注)
				820600148	医師要件I(キトルーダ点滴静注)
			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)(キトルーダ点滴静注):*****
			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(キトルーダ点滴静注):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	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(キトルーダ点滴静注):(元号)yy'年''mm'月''dd'日
			HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日(キトルーダ点滴静注):(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(キトルーダ点滴静注):(元号)yy'年''mm'月''dd'日
			(本製剤を他の抗腫瘍薬と併用する場合) 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 ゲムニズミブチビコラボラブランとの併用投与 イ バクリタキセルとの併用投与 ウ バクリタキセル(アルブミン懸濁型)との併用投与	820600171	併用投与ア(キトルーダ点滴静注)
				820600174	併用投与I(キトルーダ点滴静注)
				820600177	併用投与ウ(キトルーダ点滴静注)
				820600146	医師要件A(キトルーダ点滴静注)
53	キトルーダ点滴静注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I」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(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(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。	820600148	医師要件I(キトルーダ点滴静注)
54	キトルーダ点滴静注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(標準的な治癒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I」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(5年以上の)がん治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(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(キトルーダ点滴静注)
				820600148	医師要件I(キトルーダ点滴静注)
			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I」と記載) ア 日本造血細胞移植学会で認める移植施設認定基準の全ての項目を満たす移植医(認定ガチゴリー)を有する施設 イ 認定ガチゴリーIに準ずる診療医(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医)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I(キムリア点滴静注)
56	クリースピータ皮下注10mg クリースピータ皮下注20mg クリースピータ皮下注30mg		再発又は難治性のCD19陽性B細胞性急性リンパ球性白血病本品の効果、効果又は性能に関する使用上の注意において「CD19抗原が陽性であることと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
				850600026	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日(クリースピータ皮下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)(クリースピータ皮下10mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日
57	コラテジエン筋肉注射用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、本品の投与が適切に判断される患者であって、かつ慢性動脈閉塞化症の患者は以下のすべての要件を満たした場合、バー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、病態によって④の指標の測定が困難な閉塞性動脈閉塞症患者においては、虚血に基づく潰瘍であると判断した血管行動指標(足趾血流指標)を算定する。① 血管造影、コンピュータ断層血管造影(CTA)又は磁気共鳴血管撮影(MRA)により投与対象肢の大動脈動脈、膝動脈又は膝蓋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と。 ④ 対象肢の血管行動指標が、以下の条件をいずれも満たすこと。 ア 各脚時相、足屈筋血圧(ABPI)が0.90以下であること イ 足屈筋血圧が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管行動指標(足趾血流、足趾上脛血圧(TBI)等)の測定値(コラテジエン筋肉注射用4mg):*****
				850600028	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザーコリカブセル200mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日
58	ザーコリカブセル200mg ザーコリカブセル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融合遺伝子陽性が確認され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。	850600029	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザーコリカブセル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(ザーコリカブセル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)(ザーコリカブセル200mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日
				820600054	医師要件A(サイバインコ旋50mg等)
59	サイバインコ旋50mg サイバインコ旋100mg サイバインコ旋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I」と記載）を記載すること。 ア 成人アビニア皮膚炎患者又は小児アビニア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(5年以上の)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(6年以上の)臨床経験を有し、そのうち3歳以上成人アビニア皮膚炎を含むアルギニーティー診療の臨床研修を行っていること。 イ 小児アビニア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(6年以上的)の小児アビニア皮膚炎の臨床研修及び5年以上のアビニア皮膚炎を含むアルギニーティ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作用薬による治療の状況(「前治療要件ア」又は「前治療要件I」と記載) ア 12歳以上のアビニア皮膚炎患者であって、アビニア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(スルロコースラバクシス等)やカルムニユーリング・組成外用薬による適切な治療を直近の6ヶ月以上行っている。 イ 12歳未満のアビニア皮膚炎患者であって、アビニア皮膚炎診療ガイドラインで推奨されるステロイド外用薬やカルムニユーリング・組成外用薬による適切な治療を直近の6ヶ月以上行っている。 3. 病状の動的状況として、次に掲げるすべての項目の数値	820600055	医師要件I(サイバインコ旋50mg等)
				820600056	医師要件ウ(サイバインコ旋50mg等)
				820600057	前治療要件ア(サイバインコ旋50mg等)
				820600058	前治療要件イ(サイバインコ旋50mg等)
				830600031	IAGスコア(サイバインコ旋50mg等):*****
				830600032	全身のEASIスコア(サイバインコ旋50mg等):*****
				830600119	頭頸部のEASIスコア(サイバインコ旋50mg等):*****
				8426000101	体表面積に占めるアビニア皮膚炎病変の割合(%)
				8426000102	体表面積に占めるアビニア皮膚炎病変の割合(%)
				830600033	AFPの検査値(サイラムザ点滴静注液100mg等):*****
60	サイラムザ点滴静注液100mg サイラムザ点滴静注液500mg		本製剤ががん化学療法後に増悪した400mg/e.d.以下の切除不能の軽度の肝癌病変に有する場合、功能・効果に関連する使用上の注意において、「本製剤の使用にあたっては、初回投与の際 AFPの検査値に基づき、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。	850600032	AFPの検査値(サイラムザ点滴静注液100mg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
61	ザルテニア錠2.5mg ザルテニア錠5mg タダラフィル錠2.5mgZA「サウイ」 タダラフィル錠2.5mgZA「フーリ」 タダラフィル錠2.5mgZA「日暮エ」 タダラフィル錠2.5mgZA「ニロ」 タダラフィル錠2.5mgZA「アーヴ」 タダラフィル錠2.5mgZA「各林」 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「トーワ」 タダラフィル錠5mgZA「サイ」 タダラフィル錠5mgZA「アーヴ」 タダラフィル錠5mgZA「日暮エ」 タダラフィル錠5mgZA「ニロ」 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「アーヴド」 タダラフィル錠5mgZA「JG」 タダラフィル錠5mgZA「オエ」 タダラフィル錠5mgZA「シオエ」		本製剤の効能・効果に関する使用上の注意において「本剤の適用に当たっては、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 850600137	診断に用いた主な検査の実施年月日(ザルテニア錠2.5mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 診断に用いた主な検査の実施年月日(初回投与)(ザルテニア錠2.5mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
62	ジーンプラバ点滴静注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ム・ディフィル感染症を対象とすること。本製剤の使用に当たっては、次のから手でどちらか選ぶするのを記載し、それ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ム・ディフィル感染症 ウ 強毒株(リボタブ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 820600060 820600061 820600062 820600063 830600034	ア 免疫不全状態(ジーンプラバ点滴静注625mg) イ 重症のクロストリジム・ディフィル感染症(ジーンプラバ点滴静注625mg) ウ 強毒株(リボタブ027.078又は244)への感染(ジーンプラバ点滴静注625mg) エ 過去3回以上の既往歴(ジーンプラバ点滴静注625mg) 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(ジーンプラバ点滴静注625mg):*****
63	ジカディア錠150mg		本製剤の効能・効果に関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記載すること。	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	ジックスタビッドカブセル5mg ジャクスタビッドカブセル10mg ジャクスタビッドカブセル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 830600035	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(ジックスタビッドカブセル5mg等) 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ブセル5mg等):*****
65	ジャティアンス錠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 830600120 830600121	左室駆出率の計測年月日(ジャティアンス錠10mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 左室駆出率の値(ジャティアンス錠10mg):***** 左室駆出率を測定した医療機関名(他の医療機関:(ジャティアンス錠10mg):*****
66	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	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 830600039 830600040 830600041 830600042 830600043	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):***** 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):***** 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):***** 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):***** 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):***** 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	ステボロニン点滴静注パック9000mg/ 300mL		本製剤の効能又は効果に関する注意に「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(ステボロニン点滴静注パック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 おもに増げる医師の要件のうち、本製剤に關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、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 本製品の投与においては、最初に末梢血の採血を行った時点及び本製品を投与する直前の時点におけるAIS なお、投与開始においては、AISが6の患者を中心とした投与が適切であるとされていることから、供給可能量も踏まえた患者を優先して対応すること。	820600064 820600065 830600045 830600046	医師要件ア(ステミラック注) 医師要件イ(ステミラック注) 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):***** 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	スピランザ錠12mg		効能・効果に関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て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。 (オナセムノゲン アベハルボベク(販売名:ソルゲンスマ点滴静注)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。	850600035 850600036 830600047	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(スピランザ錠12mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 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(スピランザ錠12mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 オナセムノゲン アベハルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由(スピランザ錠12mg):*****

項目番号	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	ゼジューラカバセル100mg		本製剤を「白金系抗悪性腫瘍剤感受性の相同組換え修復欠損を有する再発卵巣癌」に用い場合は、効能又は効果に開示する使用上の注意において、「3つ以上の化学療法歴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、相同組換え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。	8306000048 8506000037 8506000038	過去に実施した化学療法歴(ゼジューラカバセル100mg) :***** 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(ゼジューラカバセル100mg):(元号)yy年mm月dd日 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)(ゼジューラカバセル100mg):(元号)yy年mm月dd日
71	ゼフィックス錠100		本製剤の作用に当たっては、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ポリメラーゼ又はHBs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。	8306000049 8306000050 8306000051 8506000039 8506000040	HBV-DNA検査結果(ゼフィックス錠100) :***** DNAポリメラーゼ検査結果(ゼフィックス錠100) :***** HBs抗原検査結果(ゼフィックス錠100) :***** 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 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、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。	8506000041 8506000042	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 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	ゾスバタ錠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。	8506000043 8506000044	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(ゾスバタ錠40mg):(元号)yy年mm月dd日 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)(ゾスバタ錠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AAV9抗体が陰性であることを有する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	8506000045 842600011 8506000046	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 本品の投与日数(ゾルゲンスマ点滴静注) :***** 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150mg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中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されている施設(「医師要件A」から「医師要件E」までのうち該当するもの) 【スギ花粉による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年の初期研修を終了した後に、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年の初期研修を終了した後に、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年の初期研修を終了した後に、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年の初期研修を終了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修か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、排鼻の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アレ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 820600252 820600253 820600254 830600122 850600140 830600052 8426000112 8426000113 830600053 842600014 842600015 830600054 830600055 830600056 830600057 830600058 830600059 830600060	医師要件A(ゾレア皮下注用75mg等) 医師要件E(ゾレア皮下注用75mg等) 医師要件ウ(ゾレア皮下注用75mg等) 医師要件エ(ゾレア皮下注用75mg等) 投与量の設定に用いた血清中IgE濃度(ゾレア皮下注用75mg等) :***** 投与量の設定に用いた血清中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 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) :***** 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) :***** 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(くう鼻の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等) :***** 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) :***** 本製剤の投与時ににおける鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等) :***** 本製剤の投与時ににおける鼻症状(くう鼻の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等) :***** 本製剤の投与時ににおける鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注用75mg等) :***** 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) :***** 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) :***** 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) :***** 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常用量(ゾレア皮下注用75mg等) :***** 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) :***** 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) :*****

項目番号	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
			(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前回投与時及び当該最終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 ③12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	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)(ゾアラ皮下注用75mg等);***** 前回投与時における鼻症状(こう鼻の1日回数)(ゾアラ皮下注用75mg等);***** 前回投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ゾアラ皮下注用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)(ゾアラ皮下注用75mg等);***** 継続投与時における鼻症状(こう鼻の1日回数)(ゾアラ皮下注用75mg等);***** 継続投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ゾアラ皮下注用75mg等);***** 併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名(ゾアラ皮下注用75mg等);***** 併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の一日前投与量(ゾアラ皮下注用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(ゾアラ皮下注用75mg等);*****
76	タグリソソ錠40mg タグリソソ錠80mg		本製剤の効能・効果に関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歴なし、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。	850600047 850600048	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タグリソソ錠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)(タグリソソ錠40mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"
77	タズベリク錠200mg		本製剤の効能・効果に関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。	850600049 850600050	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(タズベリク錠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)(タズベリク錠200mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"
78	タフインラーカーカゼル50mg タフインラーカーカゼル75mg		本製剤の効能・効果に関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。	850600051 850600052	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タフインラーカーカゼル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)(タフインラーカーカゼル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		本製剤の効能又は効果に関する注意において、「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。	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		(ニコチン依存症管理料を算定する検査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になった場合、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。	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	チラーディンS静注液200μg		本製剤を甲状腺機能低下症の患者に投与する際は、レボチロキシナトリウム経口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、レボチロキシナトリウム経口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。	830600066	レボチロキシナトリウム経口剤による治療が適さないと判断した理由(チラーディン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	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。 ア 都道府県大腸が指定するがん診療連携拠点病院(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、地域がん診療連携拠点病院など) 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 外来化学会場を設置し、外来化学療法加算2又は外来化学療法加算2の施設基準に基づく届出を行っている施設 オ 慢性疼痛剤処方管理加算の施設基準に基づく届出を行っている施設	820600166 820600188 820600192 820600196 820600199	施設要件ア(セントリク点滴静注) 施設要件イ(セントリク点滴静注) 施設要件ウ(セントリク点滴静注) 施設要件エ(セントリク点滴静注) 施設要件オ(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(「医師要件ア」又は「医師要件イ」に記載)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、がん生物学療法を中心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、肺癌のがん生物学療法を含む呼吸器新疾患の臨床研修を行なっていること。 (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 カルボフルチタン、パリタキセル及びペバシスマフ(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)及びヘムレキセドとの併用投与 ウ カルボプラチン及びパクリタキセド(アルブミン懸濁型)との併用投与	820600147 820600149 820600172 820600175 820600178 850600117 850600115 850600125	医師要件ア(セントリク点滴静注) 医師要件イ(セントリク点滴静注) 併用投与ア(セントリク点滴静注) 併用投与イ(セントリク点滴静注) 併用投与ウ(セントリク点滴静注) EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(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(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(セントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"

項目番号	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	進行型小細胞肺癌	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（「医師要件ア」）又は「医師要件イ」と記載を認めたこと。 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、がん専門医として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5年以上の臨床研修を行っていること。 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。	820600147	医師要件ア(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（「医師要件ア」）又は「医師要件イ」と記載を認めたこと。 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、がん専門医として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5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。 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。	820600147	医師要件ア(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（「医師要件ア」）又は「医師要件イ」と記載を認めたこと。 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、がん専門医として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5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癌病学の臨床研修を行っていること。	820600147	医師要件ア(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	テブミコ啶250mg		本製剤の効能又は効果に関する注意において、「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医師の実施年月日を記載すること。」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医師の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施し月のみ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。	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(テブミコ啶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)(テブミコ啶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ので、臨床経験によって管理される体制下で药品を使用すること。また、効能、効果が得られない場合は使用すること及び本品の投与にてて、急性GVHDの重症度等、「臨床成績」の項目の内容を熟知し、本品の有効性及び安全性を十分に理解した上で、臨床経験を有する医師が担当していることから、このようの場合に限り算定できるものであり、本品の投与が必要かつ効果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効果と判断した理由(テムセルHS注):*****
				820600167	施設要件ア(デュビクセント皮下注)
89	デュビクセント皮下注300 mgシリジン デュビクセント皮下注300 mgペニン	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。 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年の初期研修を修了した後に、5年以上のアトピー性皮膚炎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年以上のアトピー性皮膚炎の臨床研修を行っていること。 2) 本製剤の効能又は効果に関する注意において、「前記医療要件ア又は「前記医療要件イ」と記載」 ア パソムビニアーアトピー性皮膚炎患者でアトピー性皮膚炎成績ガイドラインで重症度を基準として推進されるステロイド外用薬(スルガングラム以外)やカロリニーリー性皮膚炎外用薬(カロリニーリー性皮膚炎外用薬)に対する過敏症、顎唇等の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 パソムビニアーアトピー性皮膚炎患者でアトピー性皮膚炎成績ガイドラインで重症度を基準として推進されるステロイド外用薬(スルガングラム以外)やカロリニーリー性皮膚炎外用薬(カロリニーリー性皮膚炎外用薬)に対する過敏症、顎唇等の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。 4) 全身性又は頭頸部の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(%)	820600189	施設要件イ(デュビクセント皮下注)
				820600181	前治療要件ア(デュビクセント皮下注)
				820600182	前治療要件イ(デュビクセント皮下注)
				830600137	IGAスコア(デュビクセント皮下注)
				830600135	全身のEASIスコア(デュビクセント皮下注)
				830600136	頭頸部のEASIスコア(デュビクセント皮下注)
				830600109	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (デュビクセント皮下注):*****
				820600167	施設要件ア(デュビクセント皮下注)
				820600189	施設要件イ(デュビクセント皮下注)
				820600193	施設要件ウ(デュビクセント皮下注)
90	デュビクセント皮下注300 mgシリジン デュビクセント皮下注300 mgペニン	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年の初期研修を修了した後に、3年以上の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呼吸器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、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行む4年以上以上の臨床経験を持つこと。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を行む4年以上以上の臨床経験を持つこと。 2) 本製剤の効能又は効果に関する注意において、「前記医療要件ア又は「前記医療要件イ」と記載」 ア 高用量吸入ステロイド(ICS)と他の長期管理薬(長時間作用型β2刺激薬・長時間作用型ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロコリニン)との併用による治療の手順と併用してモントロール不育で、かつ全身性ステロイドの投与等が必要な喘息増悪を年々1回以上上昇している。 イ 全身性又は頭頸部の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(%) 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適切であると判断した理由	820600193	患者要件ア(デュビクセント皮下注)
				820600153	患者要件ア(デュビクセント皮下注)
				820600155	患者要件イ(デュビクセント皮下注)
				820600157	患者要件ウ(デュビクセント皮下注)
				830600104	ICSを当該用量以上に増量することが適切であると判断した理由(デュビクセント皮下注):*****
				820600167	施設要件ア(デュビクセント皮下注)
				820600189	施設要件イ(デュビクセント皮下注)
				820600193	施設要件ウ(デュビクセント皮下注)
				820600151	患者の要件ア(デュビクセント皮下注)
				850600132	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日(デュビクセント皮下注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
91	デュビクセント皮下注300 mgシリジン デュビクセント皮下注300 mgペニン	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(「施設要件ア」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ア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こと。 イ 慢性副鼻腔炎による手術歴があること。 又は既存の治療を行ってもコントロール不十分であつて、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。 ウ 既存の治療によっても以下の症状が認められる。 ・内鏡検査による鼻茸スコアを鼻腔と2点以上から両側の合計が6点以上 ・鼻閉重複度スコアが2(中等症)以上(8週間以上持続していること) ・鼻茸による鼻閉の程度(後鼻孔狭窄度)が2以上 3) 2)で患者要件ア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こと。 又は既存の治療を行ってもコントロール不十分であつて、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合の手術が適応にならないと判断した理由 4) 本製剤投与前ににおける各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉重複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(「医師要件ア」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年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行む4年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術を行っていること。 2) 2)で(1)に該当する場合は、ア)手術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) 本製剤の継続投与における各鼻腔の鼻茸スコア及び鼻閉重複度スコア 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	820600167	施設要件ア(デュビクセント皮下注)
				820600150	患者の要件アに該当(デュビクセント皮下注)
				820600185	患者の要件アに該当(デュビクセント皮下注)
				820600151	患者の要件アに該当(デュビクセント皮下注)
				850600108	手術適応とならないと判断した理由(デュビクセント皮下注):*****
				830600123	本製剤投与前ににおける鼻茸スコア(デュビクセント皮下注):*****
				830600124	本製剤投与前ににおける鼻閉重複度スコア(デュビクセント皮下注):*****
				830600125	本製剤投与前ににおける鼻汁(前鼻漏/後鼻漏)等が継続している期間(デュビクセント皮下注):*****
				820600142	医師要件ア(デュビクセント皮下注)
				820600144	医師要件イ(デュビクセント皮下注)
				820600143	医師要件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(デュビクセント皮下注)
				830600126	本製剤の継続投与前ににおける鼻茸スコア(デュビクセント皮下注):*****
				830600127	本製剤の継続投与前ににおける鼻閉重複度スコア(デュビクセント皮下注):*****
				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(デュビクセント皮下注):*****

項目番号	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、該当するものの「施設要件」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載</p> <p>ア 特定病院 イ 特定機能病院 ウ 悪性脊髄膜腫手術の年間症例数が30例以上ある施設 エ 本公司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公司に係る治験責任医師又は治験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 次に掲げる医師のうち、該当するものの「医師要件」から「医師要件エ」までのうち該当するものを記載</p> <p>ア 医師免責後2年以内に前記研究修了後に、4年以上の脳神経外科学の臨床研修を行っており、うち、3年以上は、脳神経外科学治療の臨床経験があること。 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。 ウ ナビゲーション下生検術を含む定位脳手術の実績が10例以上であること。 ③ 放射線治療及びモノクロドラッグ治療の患者にあらずある旨</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90mg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、膿瘍性乾癬、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超過し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する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	ノーモサング点滴静注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、予防的に使用しないこと」と記載されているので、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(ノーモサング点滴静注250mg)
96	ノボセブンH静注用1mgシリンジ ノボセブンH静注用2mgシリンジ ノボセブンH静注用5mgシリンジ ノボセブンH静注用8mgシリンジ		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第VII因子又は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、インヒビターカ価の測定された年月日及び力値を記載すること。	830600128	インヒビターカ価(ノボセブンH静注用1mgシリンジ等)*****
				850600146	インヒビターカ価測定年月日(ノボセブンH静注用1mgシリンジ等):(元号)yy年mm月dd日
97			<p>ハーセブチン注射用60、ハーセブチン注射用150 ハーセブチン注射用60 トラスツズマブS点滴静注用150mg「OTH」 トラスツズマブS点滴静注用150mg「NK」 トラスツズマブS点滴静注用150mg「N」 トラスツズマブS点滴静注用150mg「ファイザー」 トラスツズマブS点滴静注用150mg「第一三共」 トラスツズマブS点滴静注用60mg「C TH」 トラスツズマブS点滴静注用60mg「N K」 トラスツズマブS点滴静注用60mg「ファイザー」 トラスツズマブS点滴静注用60mg「第一三共」</p> <p>トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「NK」、同 150mg「NK」、同 60mg「CTH」及び同 150mg「CTH」</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技師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>トラスツズマブ 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>トラスツズマブ 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(ハーセブチン注射用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)(ハーセブチン注射用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(トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」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)(トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」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(トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」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(トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」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(トラスツズマブ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)(トラスツズマブ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(トラスツズマブ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)(トラスツズマブ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、血液凝固第VII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、インヒビターカ価の測定された年月日及び力値を記載すること。	830600129	インヒビターカ価(バイクロット配合静注用)*****
99	バクスミ一点鼻粉末剤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(バクスミ一点鼻粉末剤3mg)*****
100	バクトロン鼻腔用軟膏2%		易感染症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、2名以下の患者が収容されている場合MRSア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(易感染症患者)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。 その場合、易感染症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MRSア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(易感染症患者)の分として算定し、MRSア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(易感染症患者)の診療報酬明細書に易感染症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。	820600078	易感染症患者から隔離することが困難な入院患者に投与(バクトロン鼻腔用軟膏2%)

項目番号	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	パドセブ点滴静注用30mg		本製剤の効能又は効果に関する注意において、「本剤の第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(パドセブ点滴静注用30mg)
102	バベンチオ点滴静注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 地域がん診療専門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、外来化学療法室加算1又は外来化学療法室加算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、がん生物学療法を中心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症の臨床経験を有していること。	820600244 820600245 820600246 820600247 820600248 820600249 820600250	施設要件ア(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件イ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件ウ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件エ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件オ(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件ア(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件イ(バベンチオ点滴静注200mg)
103	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 ウ 地域がん診療専門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、外来化学療法室加算1又は外来化学療法室加算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、がん生物学療法を中心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 820600245 820600246 820600247 820600248 820600249 820600250	施設要件ア(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件イ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件ウ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件エ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件オ(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件ア(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件イ(バベンチオ点滴静注200mg)
104	バベンチオ点滴静注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	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 ウ 地域がん診療専門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、外来化学療法室加算1又は外来化学療法室加算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、がん生物学療法を中心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、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。	820600244 820600245 820600246 820600247 820600248 820600249 820600250	施設要件ア(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件イ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件ウ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件エ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件オ(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件ア(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件イ(バベンチオ点滴静注200mg)
105	ビラフトビカブセル50mg ビラフトビカブセル75mg	共通	本製剤の効能・効果に関する注意において、「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。	850600067 850600068	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ビラフトビカブセル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)(ビラフトビカブセル50mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
106	ビルテゾ点滴静注250mg		本製剤の用法・用量に関する注意において、「用併用する他の抗腫瘍性腫瘍剤の選択に際しては、「17歳未満成績」の項の内容を熟読し、関連学会の最新のガイドライン等を参考にした上で、患者の状態に応じて、ビニメチニフの併用の必要性を判断すること。」とされているので、本剤とビニメチニフ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、併用が必要とした判断に用いた情報(ECOGPS、転移臓器数、CRP値等)を具体的に記載すること。	830600070	ビニメチニフを併用する理由(ビルテゾ点滴静注250mg等):*****
107	ビンダケルカブセル20mg	トランササイレン型アミロイドーシス(野生型及び変異型)	本製剤を「トランササイレン型アミロイドーシス(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」と記載) ① 野生型の場合 ア 心不全による拡張末梢期の心室中隔厚が12mmを超えること イ 心不全による拡張末梢期の心室中隔厚が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前駆タバクリ質が同定されること ② 変異型の場合 ア 心筋症及び心筋症に連関するTTR遺伝子変異を有すること イ 心不全による拡張末梢期の心室中隔厚が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アミロイド沈着が認められること	820600087 820600088	患者要件1(ビンダケルカブセル20mg) 患者要件2(ビンダケルカブセル20mg)
108	ビンマックカブセル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」と記載) ① 野生型の場合 ア 心不全による拡張末梢期の心室中隔厚が12mmを超えること イ 心エコーによる拡張末梢期の心室中隔厚が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前駆タバクリ質が同定されること ② 変異型の場合 ア 心筋症及び心筋症に連関するTTR遺伝子変異を有すること イ 心不全による拡張末梢期の心室中隔厚が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 組織生検によるアミロイド沈着が認められること	820600089 820600090	患者要件1(ビンマックカブセル61mg) 患者要件2(ビンマックカブセル61mg)

別表II(薬価基準)-14

項目番号	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、インヒビターカ価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カ価を記載する。	830600130	インヒビターカ価(ファイバ静注用1000):*****
				850600150	インヒビターカ価測定年月日(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h値及び血中h値が8.0/g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	効能又は効果に関する注意において、「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。	850600071	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
				830600072	左室駆出率の値(フォシーガ錠5mg等):*****
		慢性腎臓病	効能又は効果に関する注意において、「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、腎機能検査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、本製剤の適応であると判断した理由及び判断に用いた指標の値(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):*****
112	プレヤンジ静注		本製剤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B」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I)を有する施設 イ 認定カテゴリーIに準する診療科(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	施設要件A(プレヤンジ静注)
				820600106	施設要件B(プレヤンジ静注)
				830600081	耐糖能異常と判断した根拠(ペインス錠0.2等):*****
113			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行つても改善されない場合に限る。)	850600073	耐糖能異常と判断した年月日(ペインス錠0.2等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日
				820600107	食事療法及び運動療法を3~6ヶ月間行つ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。
				830600082	高血圧症又は脂質異常症の診断名(ペインス錠0.2等):*****
				850600074	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(ベジニオ錠5.0mg等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日
114	ベジニオ錠50mg ベジニオ錠100mg ベジニオ錠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。	850600075	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(ベジニオ錠5.0mg等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日
				850600076	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(ベジニオ錠50mg等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日
				850600077	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ベジニオ錠50mg等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日
				850600078	CD22陽性を確認した検査の実施年月日(ベスピボンサ点滴静注用1mg):(元号)yy'年 mm'月 dd'日
115	ベスピボンサ点滴静注用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。	850600079	CD22陽性を確認した検査の実施年月日(ベスピボンサ点滴静注用1mg):(元号)yy'年 mm'月 dd'日
				850600080	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(ペマジール錠4.5mg):(元号)yy'年 mm'月 dd'日
116	ペマジール錠4.5mg		本製剤の効能又は効果に関する注意において、「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。	850600081	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ペマジール錠4.5mg):(元号)yy'年 mm'月 dd'日
				850600082	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)(ペリキューポ錠2.5mg等):*****
				850600083	左室駆出率の値(ペリキューポ錠2.5mg等):*****
117	ペリキューポ錠2.5mg ペリキューポ錠5mg ペリキューポ錠10mg		効能又は効果に関する注意において、「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。	850600084	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)(ペリキューポ錠2.5mg等):*****
				850600085	テルミサルラン80mg、アムロジピン5mg及びビドロクロラジアジド1.2.5mgの併用療法として使用していた品名(ミカトリオ配合錠):*****
				850600086	テルミサルラン80mg、アムロジピン5mg及びビドロクロラジアジド1.2.5mg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):*****
118	ポテリジオ点滴静注20mg		本製剤の効能・効果は効果に関する注意において、「CCR4陽性的成人T細胞白血病リンパ腫(ATL)、両児又は難治性のCCR4陽性的末梢性T細胞リッパ腫(PTCL)の場合、CCR4抗原は、クロモサイドリバーゼ(CRM)又は免疫組織学染色法(IHC)法により検索を行い、陽性とな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。	850600087	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(ポテリジオ点滴静注20mg):(元号)yy'年 mm'月 dd'日
				850600088	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ポテリジオ点滴静注20mg):(元号)yy'年 mm'月 dd'日
				830600085	テルミサルラン80mg、アムロジピン5mg及びビドロクロラジアジド1.2.5mgの併用療法として使用していた品名(ミカトリオ配合錠):*****
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) テルミサルラン80mg、アムロジピン5mg及びビドロクロラジアジド1.2.5mgの併用療法として使用していた品名及び使用期間 (2) テルミサルラン80mg、アムロジピン5mg及びビドロクロラジアジド1.2.5mg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	830600131	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):*****
				850600151	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
				830600087	観血的手技の名称(マルプレタ錠3mg):*****
120	マルプレタ錠3mg		本製剤の使用上の注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臟器切開を伴う粗血管的手技の場合は、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、観血的手技の名前及び実施予定期年月日を記載すること。	850600085	観血的手技の実施予定期年月日(マルプレタ錠3mg):(元号)yy'年 mm'月 dd'日

項目番号	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。	8506000086	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"
				8506000087	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	メクタビ錠15mg		本製剤の効能・効果に関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。	8506000088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(メクタビ錠15mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				8506000089	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(メクタビ錠15mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
123	メナクトラ筋注		本製剤は、エクリスマブ(遺伝子組換え)又はラブリスマブ(遺伝子組換え)投与と患者に使用した場合に限り算定できるものであるので、エクリスマブ(遺伝子組換え)又はラブリスマブ(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(この診療報酬明細書においてエクリスマブ(遺伝子組換え)又はラブリスマブ(遺伝子組換え)の投与が確認できる場合を除く。)	8506000090	エクリスマブ(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"
				8506000091	エクリスマブ(遺伝子組換え)投与を行予定の年月日(メナクトラ筋注):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				8506000092	ラブリスマブ(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"
				8506000093	ラブリスマブ(遺伝子組換え)投与を行予定の年月日(メナクトラ筋注):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
124	ライアットMIBG-II131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な褐色細胞腫・パラガングリオーラ」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。	8506000094	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日(ライアットMIBG-II131静注):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				8506000095	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MIBG-II131静注):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
125	リツキサン点滴静注100mg リツキサン点滴静注500mg	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫、CD20陽性の慢性和リンパ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。	8506000096	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキサン点滴静注100mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				8506000097	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキサン点滴静注100mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
125	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。	8506000098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキサン点滴静注100mg[KH K等]):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				8506000152	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキサン点滴静注100mg[KH K等]):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
126	リペルサズ錠3mg リペルサズ錠7mg リペルサズ錠14mg		他の経口血糖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。	8306000088	他の経口血糖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(リペルサズ錠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	アーブリカ遺伝子変異陽性の肺癌における初回化学療法後の維持療法、イガム化療法の維持療法、アーブリカ遺伝子変異陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌、「アーブリカ」BRCA遺伝子変異陽性の肺癌における初回化学療法後の維持療法を有する場合、アーブリカは「アーブリカ」BRCA遺伝子変異陽性の治療切除不能な肺癌における白金系抗腫瘍薬剤を含む化學療法後の維持療法	効能又は効果に関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、生殖細胞系別の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。」、イの場合「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、生殖細胞系別の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。」、ウの場合「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、生殖細胞系別の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。」 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。	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"
				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担当するもの(「医師要件A」)から医師要件Fまでのうち該当するものを記載。 ア 12歳未満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て推奨されるステロイド外用薬(ステロイドグリコーキー)・カロルニユーロー・脂質外用薬による過敏な治療を直近の6ヶ月以上に行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、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。 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た後に6年以上の臨床経験を有している。 △ 4) 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は、体重	820600108 820600109 820600110 820600111 820600112 830600089 830600090 830600091 842600020 842600021	医師要件A(リンヴォック錠7.5mg等) 医師要件E(リンヴォック錠7.5mg等) 医師要件W(リンヴォック錠7.5mg等) 前治療要件A(リンヴォック錠7.5mg等) 前治療要件D(リンヴォック錠7.5mg等) IGAスコア(リンヴォック錠7.5mg等):***** 全身のEASIスコア(リンヴォック錠7.5mg等):***** 頭頸部のEASIスコア(リンヴォック錠7.5mg等):***** 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) 体重(小児トドー性皮膚炎患者に投与の場合)(kg)(リンヴォック錠7.5mg等)
				850600105	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(レットヴィモカゼル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)(レットヴィモカゼル40mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				850600153	RET遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(レットヴィモカゼル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)(レットヴィモカゼル40mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				850600155	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(レットヴィモカゼル40mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				850600156	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)(レットヴィモカゼル40mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				850600157	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)(レットヴィモカゼル40mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				850600158	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)(レットヴィモカゼル40mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
				850600159	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)(レットヴィモカゼル40mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
129	レットヴィモカゼル40mg レットヴィモカゼル80mg	RET融合遺伝子陽性の切迫不全進行・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(レットヴィモカゼル40mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
130	レットヴィモカゼル40mg レットヴィモカゼル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。	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)(レットヴィモカゼル40mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"

項目番号	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ベン		<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（「施設要件ア」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 ベン（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考した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日投与量を記載すること</p> <p>5) 本製剤はHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用の既往歴により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かに該当するか（「リスク因子ア」「リスク因子イ」「リスク因子ウ」までのうち該当するものを記載） ア 冠動脈疾患（冠動脈狭窄に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ 非心筋梗塞の既往歴 ウ 糖尿病 エ 働性腎臓病 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「リスク因子ア」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 820600114 850600155 830600132 820600115 820600116 820600117 820600118 830600092 830600093 820600119 830600094 820600120 820600121 820600122 820600123 820600124 830600095 850600155 830600132 820600115 820600116 820600117 820600118 830600093 820600119 830600096 820600125 850600107 820600126	施設要件ア(レバーサ皮下注140mgベン) 施設要件イ(レバーサ皮下注140mgベン) LDL-コレステロール検査の実施年月日(レバーサ皮下注140mgベン):(元号)yy'年''mm'月''dd'日" LDL-コレステロール検査値(レバーサ皮下注140mgベン):***** 食事療養を行っている(レバーサ皮下注140mgベン) 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ベン) 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ベン) 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ベン) 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ベン):***** 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ベン):***** 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ベン) 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ベン):***** リスク因子ア(レバーサ皮下注140mgベン) リスク因子イ(レバーサ皮下注140mgベン) リスク因子ウ(レバーサ皮下注140mgベン) リスク因子オ(レバーサ皮下注140mgベン) HMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レバーサ皮下注140mgベン):***** LDL-コレステロール検査の実施年月日(レバーサ皮下注140mgベン):(元号)yy'年''mm'月''dd'日" LDL-コレステロール検査値(レバーサ皮下注140mgベン):***** 食事療養を行っている(レバーサ皮下注140mgベン) 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ベン) 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ベン) 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ベン) 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ベン):***** 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ベン):***** 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ベン) 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ベン):***** 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ベン) 初めて本製剤を投与した年月(レバーサ皮下注140mgベン):(元号)yy'年''mm'月' 使用実績有(レバーサ皮下注140mgベン)

項目番号	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	レバーサ皮下注420mgオートミードーザー		<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。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（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 施設要件ア：既往後、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</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) 各疾患を行なう場合、及び患者状況に応じて、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等を行っている旨を記載すること。</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はない場合は、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かない患者（副作用の既往歴により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還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。</p> <p>6) 家族歴：既往歴：スコットルンドル症以外の患者では、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（リスク因子アからリスク因子イまでのうち該当するものを記載）。</p> <p>ア 冠動脈疾患（安定型心筋梗塞に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ 非同心円性胸膜症の既往歴 ウ 痛風病 エ 痛風病 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「リスク因子ア」から「リスク因子イ」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>	820600127 施設要件ア(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー) 820600128 施設要件イ(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー) 850600156 LDL-コレステロール検査の実施年月日(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー):(元号)yy'年 mm'月 dd'日" 830600133 LDL-コレステロール検査値(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー);***** 820600129 食事療養を行っている(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー) 820600130 運動、座浴等に関する指導を行っている(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー) 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(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー) 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(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー) 830600097 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー);***** 830600098 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー);***** 820600133 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー) 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(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー);***** 820600134 リスク因子ア(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー) 820600135 リスク因子イ(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー) 820600136 リスク因子ウ(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー) 820600137 リスク因子エ(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー) 820600138 リスク因子オ(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー) 830600100 HMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レバーサ皮下注420mgオートミードーザー);*****	
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因子注射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	ローブレナ錠25mg ローブレナ錠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(ローブレナ錠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)(ローブレナ錠25mg等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日	
135	ロズリートレカセセル100mg ロズリートレカセセル200mg	NTRK 融合遺伝子陽性の進行・再発の固定価	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(ロズリートレカセセル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)(ロズリートレカセセル100mg等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日	
		ROS1融合遺伝子陽性の切迫不能な進行・再発の非小細胞肺癌	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、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、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。	850600112 ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロズリートレカセセル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)(ロズリートレカセセル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、「「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日付け薬事発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する意図投与されるよう、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ること」としており、本製剤の投与が適切と判断される症例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。