

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
1	A000	初診料	(初診の後、当該初診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日保医発0305第1号)別添1第1章第1部通則2のAからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			(注5のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を算定した場合) 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100002	2つ目の診療科(初診料):*****		
			(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100990	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(初診料)		
2	A001	再診料	(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100816	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(初診料)		
			(再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部通則2のAからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
				112008350	同日再診料	○	
				112024950	同日再診料(情報通信機器)	○	
				112016850	同日特定妥結率再診料	○	
			(同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。))がある場合) 同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。))がある旨を記載すること。	112025150	同日特定妥結率再診料(情報通信機器)	○	
				112008850	同日電話等再診料	○	
				112023450	同日電話等再診料(30年3月以前継続)	○	
				112016950	同日電話等特定妥結率再診料	○	
				112023750	同日電話等特定妥結率再診料(30年3月以前継続)	○	
3	A001 注20	看護師等遠隔診療補助加算	(注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合) 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100003	2つ目の診療科(再診料):*****		
			(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを記載すること。	820100817	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(再診料)		
			(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを記載すること。	820100818	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(再診料)		
			(へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合) 前回の対面診療を実施した年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190207	前回の対面診療を実施した年月日(再診料(看護師等遠隔診療補助加算)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				820190492	初回(再診料(看護師等遠隔診療補助加算))		※
4	A002	外来診療料	(再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部通則2のAからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			(注5に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合) 2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100004	2つ目の診療科(外来診療料):*****		
			(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100819	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(外来診療料)		
5	A002 注11	看護師等遠隔診療補助加算	(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100820	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(外来診療料)		
			(へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合) 前回の対面診療を実施した年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190208	前回の対面診療を実施した年月日(外来診療料(看護師等遠隔診療補助加算)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				820190493	初回(外来診療料(看護師等遠隔診療補助加算))		※
			入院元を記載すること。	830100005	入院元(一般病棟入院基本料)(救急・在宅等支援病床初期加算): *****		
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) 〔記載例1〕 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100006	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(救急・在宅等支援病床初期加算):*****		
6	A100	一般病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算	(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) 〔記載例2〕 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100007	直近の入院医療機関名及び退院年月日(救急・在宅等支援病床初期加算):*****		
			(必要があって患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100008	他の病棟又は病床へ移動させた医療上の必要性(療養病棟入院基本料):*****		
			(患者の急性増悪により、療養病棟入院基本料を算定する病棟において、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合であって、療養病棟入院基本料の入院料27を算定した場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100009	医療上の必要性(療養病棟入院基本料):*****		
			(回復期リハビリテーション入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する療養病棟において当該入院料に係る算定要件に該当しない患者について、療養病棟入院基本料の入院料27を算定する場合) 非該当患者である旨を記載すること。	820100392	非該当患者(療養病棟入院基本料)		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
8	A101	療養病棟入院基本料 の急性期患者支援療 養病床初期加算又は 在宅患者支援療養病 床初期加算	入院元を記載すること。	830100010	入院元(急性期患者支援療養病床初期加算);*****		
				830100011	入院元(在宅患者支援療養病床初期加算);*****		
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載 例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者が XXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100012	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(急性期患者支援療養病床初期 加算);*****		
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100015	直近の入院医療機関名及び退院年月日(在宅患者支援療養病床初期加 算);*****		
9	A103	精神病棟入院基本料 の重度認知症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価(当該加算の施設基準に基づくランク等)及び評価日を記載すること。 (月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。)	830100016	算定根拠となる評価(重度認知症加算(精神病棟入院基本料));*****		
				850100013	評価年月日(重度認知症加算(精神病棟入院基本料));(元号)yy”年 ”mm”月”dd”日”		
10	A104	特定機能病院入院基本 料の重度認知症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価(当該加算の施設基準に基づくランク等)及び評価日を記載すること。 (月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。)	830100455	算定根拠となる評価(重度認知症加算(特定機能病院精神病棟入院基本 料));*****		
				850100386	評価年月日(重度認知症加算(特定機能病院精神病棟入院基本料)); (元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
11	A106	障害者施設等入院基 本料	〈一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当する場合〉 「特」と記載すること。	190161210	特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)	○	
				190161310	特定入院基本料(障害者施設等入院基本料)(夜勤時間超過減算)	○	
			〈一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当しない場合〉 「特外」と記載し、その理由(悪性新生物に対する治療を行っている、など)を簡潔に記載すること。	830100472	「特外」理由(障害者施設等入院基本料);*****		
12	A109	有床診療所療養病床 入院基本料	(必要があつて患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100018	他の病棟又は病床へ移動した医療上の必要性(有床診療所療養病床入 院基本料);*****		
			(患者の急性増悪により、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病室において、同一の保険医療機関の療養 病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合で あつて、有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Eを算定した場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100019	同一の保険医療機関の療養病床以外又は別の保険医療機関の一般病 棟等以外へ転院する医療上の必要性(有床診療所療養病床入院基本 料);*****		
13	A108	有床診療所入院基本 料の有床診療所急性 期患者支援病床初期 加算	入院元を記載すること。	830100800	入院元(有床診療所急性期患者支援病床初期加算);*****		※
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載 例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者が XXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100801	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(有床診療所急性期患者支援病 床初期加算);*****		※
14	A108	有床診療所入院基本 料の有床診療所在宅 患者支援病床初期加 算	入院元を記載すること。	830100802	入院元(有床診療所在宅患者支援病床初期加算);*****		※
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100803	直近の入院医療機関名及び退院年月日(有床診療所在宅患者支援病床 初期加算);*****		※
15	A109	有床診療所療養病床 入院基本料の有床診 療所急性期患者支援 療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100020	入院元(有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算);*****		
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載 例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者が XXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100021	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(有床診療所急性期患者支援療 養病床初期加算);*****		
16	A109	有床診療所療養病床 入院基本料の有床診 療所在宅患者支援療 養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100779	入院元(有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算);*****		
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100022	直近の入院医療機関名及び退院年月日(有床診療所在宅患者支援療養 病床初期加算);*****		
17	A200- 2	急性期充実体制加算	(当該加算の算定を開始した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合) 当該加算の算定を開始した入院年月日を記載すること。	850100487	加算の算定を開始した入院年月日(急性期充実体制加算);(元号)yy”年 ”mm”月”dd”日”		
			(他の保険医療機関に入院中の患者が転院により入院する場合) 転院前の入院における主傷病名を記載すること。	830100804	転院前の入院における主傷病名(救急医療管理加算1);*****		※
				820100393	一 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態(救急医療管理加 算1)。		
				820101043	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS0		※
				820100395	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS1		
				820100396	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS2		
				820100397	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS3		
				820100398	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS10		
				820100399	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS20		
				820100400	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS30		
				820100401	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS100		
				820100402	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS200		
				820100403	二 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS300		
				820101044	三 呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P/F比400以上(酸 素投与前)。		※
				820100408	三 呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P/F比300以上40 0未満(酸素投与前)。		
				820100409	三 呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P/F比200以上30 0未満(酸素投与前)。		
				820100410	三 呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P/F比200未満(酸 素投与前)。		
				820101045	三 呼吸不全で重篤な状態(救急医療管理加算1):P/F比400以上(酸 素投与後)。		※

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

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

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
23	A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算の除任室加算	除任室管理を必要とする原因となった感染症について、記載すること。	820101129	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（ジフテリア）（除任室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101130	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。））（除任室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101131	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。））（除任室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101132	オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症（特定鳥インフルエンザ）（除任室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101133	カ 感染症法同法第6同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症（除任室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
				820101134	キ 感染症法同法第6同条第8項に規定する指定感染症（除任室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））		※
24	A221-2	小児療養環境特別加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A221-2小児療養環境特別加算の(1)のア又はイに規定するもののうち、対象患者として該当するものを選択して記載すること。	820100025	ア 麻疹等に感染しており、他の患者への感染の危険性が高い患者		
				820100026	イ 易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者		
25	A226	重症皮膚潰瘍管理加算	患者の皮膚潰瘍に係るSheaの分類を記載すること。	830100027	皮膚潰瘍に係るSheaの分類（重症皮膚潰瘍管理加算）：*****		
26	A228	精神科応急入院施設管理加算	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。）第33条の7第1項に規定する応急入院患者及び同法第34条第1項から第3項までの規定により移送された患者（応急入院患者等）である旨を記載すること。	820100452	規定により移送された患者（応急入院患者等）（精神科応急入院施設管理加算）		
27	A229	精神科隔離室管理加算	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
28	A230-3	精神科身体合併症管理加算	対象患者について基本診療料の施設基準等別表第七の二の各号に掲げるものの中からいずれか該当するものを選択して記載すること。	820100453	呼吸器系疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100454	心疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100455	手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100456	腎臓損傷の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100457	重篤な内分泌・代謝性疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100458	重篤な栄養障害の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100459	意識障害の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100460	全身感染症の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100461	中枢神経系の感染症の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100462	急性腹痛の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100463	劇症肝炎又は重症急性性肺炎の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100464	悪性症候群又は横紋筋融解症の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100465	広範囲（半肢以上）熱傷の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100466	手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100467	透析導入時の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100468	重篤な血液疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100469	急性かつ重篤な腎疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100470	手術室での手術を必要とする状態の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100471	膠原病の患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100472	妊産婦である患者（精神科身体合併症管理加算）		
				820100473	指定難病の患者（精神科身体合併症管理加算）		
29	A230-4	精神科リエゾンチーム加算	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
30	A231-2	強度行動障害入院医療管理加算	強度行動障害スコア及び医療度判定スコアの値を記載すること。	830100028	強度行動障害スコア（強度行動障害入院医療管理加算）：*****		
				830100029	医療度判定スコア（強度行動障害入院医療管理加算）：*****		
31	A231-4	摂食障害入院医療管理加算	初回算定時のBMIの値を記載すること。	842100013	初回算定時のBMI値（摂食障害入院医療管理加算）：*****		
32	A233-2	栄養サポートチーム加算	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
33	A234-2	感染対策向上加算3	（初回算定後、90日を超えて再度算定した場合） 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100401	加算を算定した入院年月日（感染対策向上加算3）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
34	A234-4	重症患者初期支援充実加算	（当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合） 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850190197	加算を算定した入院年月日（重症患者初期支援充実加算）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
35	A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	（当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合） 当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100026	加算を算定した入院年月日（褥瘡ハイリスク患者ケア加算）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				820100826	ア ショック状態のもの		
				820100902	イ 重度の末梢循環不全のもの		
				820100827	ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの		
				820100903	エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの		
				820100828	オ 特殊体位による手術を受けたもの		
				820100904	カ 強度の下痢が続く状態であるもの		
				820100829	キ 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの		
				820100830	ク 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの		
				820100831	ケ 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があって既に褥瘡を有するもの		
36	A242	呼吸ケアチーム加算	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
37	A244	病棟薬剤業務実施加算	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
38	A246-3	医療的ケア児（者）入院前支援加算	入院前支援を行った年月日を記載すること。	850190209	入院前支援を行った年月日（医療的ケア児（者）入院前支援加算）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		※
				820100832	せん妄のリスク因子 70 歳以上		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
39	A247- 2	せん妄ハイリスク患者 ケア加算	せん妄のリスク因子の確認結果について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別紙様式7の3に規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100905	せん妄のリスク因子:脳器質的障害		
				820100833	せん妄のリスク因子:認知症		
				820100906	せん妄のリスク因子:アルコール多飲		
				820100907	せん妄のリスク因子:せん妄の既往		
				820100834	せん妄のリスク因子:リスクとなる薬剤(特にベンゾジアゼピン系薬剤)の使用		
				820100835	せん妄のリスク因子:全身麻酔を要する手術後又はその予定があること		
				820100836	せん妄のリスク因子:その他		
			リスク因子に1項目以上該当する場合は、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別紙様式7の3に規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100908	ハイリスク患者に対するせん妄対策:認知機能低下に対する介入(見当識の維持等)		
				820100909	ハイリスク患者に対するせん妄対策:脱水の治療・予防(適切な補液と水分摂取)		
				820100837	ハイリスク患者に対するせん妄対策:リスクとなる薬剤(特にベンゾジアゼピン系薬剤)の漸減・中止		
				820100838	ハイリスク患者に対するせん妄対策:早期離床の取組		
				820100839	ハイリスク患者に対するせん妄対策:疼痛管理の強化(痛みの客観的評価の併用等)		
				820100840	ハイリスク患者に対するせん妄対策:適切な睡眠管理(非薬物的な入眠の促進等)		
				820100841	ハイリスク患者に対するせん妄対策:本人及び家族へのせん妄に関する情報提供		
				820100842	ハイリスク患者に対するせん妄対策:その他		
40	A250 注2	薬剤調整加算	内服薬が減少する前後の内服薬の種類数(クロロプロマジン換算の評価による場合はクロロプロマジン換算した量)を記載すること。	842100014	調整前の内服薬の種類数(薬剤調整加算):*****		
				842100015	調整前の内服薬の種類数(クロロプロマジン換算量(mg))(薬剤調整加算):*****		
				842100016	調整後の内服薬の種類数(薬剤調整加算):*****		
				842100017	調整後の内服薬の種類数(クロロプロマジン換算量(mg))(薬剤調整加算):*****		
			(当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合)当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。	830100030	他の保険医療機関名(薬剤調整加算):*****		
				842100018	当該保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤調整加算):*****		
				842100019	他の保険医療機関における調整前の内服薬の種類数(薬剤調整加算):*****		
				842100020	当該保険医療機関における調整後の内服薬の種類数(薬剤調整加算):*****		
41	A251	排尿自立支援加算	当該加算の初回算定日及び初回からの通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	850100027	初回算定年月日(排尿自立支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				842100022	通算算定回数(排尿自立支援加算):*****		
42	A253	協力対象施設入所者 入院加算	当該入院患者の入所していた介護保険施設等の名称	830100810	入所していた介護保険施設等:*****		※
43	A300	救命救急入院料	(救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合)救命救急入院料の算定に係る入院年月日を記載すること。	850100028	救命救急入院料の算定に係る入院年月日(救命救急入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
44	A300 注5	急性薬物中毒加算 1	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物を記載すること。	820101135	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):バルビタール系薬物		※
				820101136	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):プロムバレルル尿素		※
				820101137	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):三連系・四環系抗うつ薬		※
				820101138	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):アセトアミノフェン		※
				820101139	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):サリチル酸		※
				820101140	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):有機リン系農薬		※
				820101141	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):カーバメート系農薬		※
				820101142	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):グルホシネート		※
				820101143	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):バラコート		※
				820101144	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):メタンフェタミン		※
				820101145	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):メタノール		※
				820101146	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):胃酸化合物		※
				820101147	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):ヒ素化合物		※
				830100811	急性薬物中毒の原因物質として同定した薬物(急性薬物中毒加算1):その他:*****		※
45	A302	新生児特定集中治療 室管理料	(総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合)出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重 1,500g以上		
				820100028	出生時体重 1,000g以上1,500g未満		
				820100029	出生時体重 1,000g未満		
				820101040	出生時体重 500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重 500g未満		
			該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ア 高度の先天奇形 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):イ 低体温 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ウ 重症黄疸 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):エ 未熟児 該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):オ 意識障害又は昏睡	820100474	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ア 高度の先天奇形		
				820100475	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):イ 低体温		
				820100476	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ウ 重症黄疸		
				820100477	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):エ 未熟児		
				820100478	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):オ 意識障害又は昏睡		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A302新生児特定集中治療室管理料の(1)のAからSまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100479	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100480	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100481	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ク 急性薬物中毒		
				820100482	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ケ ショック		
				820100483	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		
				820100484	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):サ 大手術後		
				820100485	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):シ 救急蘇生後		
				820100486	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
46	A302-2	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A302-2新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の(1)のAからケまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820101148	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ア 体外式膜型人工肺を実施している状態		※
				820101149	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):イ 腎代替療法(血液透析、腹膜透析等)を実施している状態		※
				820101150	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ウ 交換輸血を実施している状態		※
				820101151	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):エ 低体温療法を実施している状態		※
				820101152	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):オ 人工呼吸器を使用している状態(出生時体重が七百五十グラム未満である場合に限る。)		※
				820101153	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):カ 人工呼吸器を使用している状態であって、一酸化窒素吸入療法を実施している状態		※
				820101154	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):キ 人工呼吸器を使用している状態であって、胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している状態		※
				820101155	該当するもの(新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料):ク 手術後に人工呼吸器を使用している状態		※
47	A303の1	総合周産期特定集中治療室管理料 1 母体・胎児集中治療室管理料	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A303総合周産期特定集中治療室管理料の(2)のAからカまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100487	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ア 合併症妊娠		
				820100488	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):イ 妊婦高血圧症候群		
				820100489	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ウ 多胎妊娠		
				820100490	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):エ 胎盤位置異常		
				820100491	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):オ 切迫流産		
				820100492	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの		
48	A303の2	総合周産期特定集中治療室管理料 2 新生児集中治療室管理料	(新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合) 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重 1,500g以上		
				820100028	出生時体重 1,000g以上1,500g未満		
				820100029	出生時体重 1,000g未満		
				820101040	出生時体重 500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重 500g未満		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A302新生児特定集中治療室管理料の(1)のAからSまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100493	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ア 高度の先天奇形		
				820100494	該当するもの(新生児集中治療室管理料):イ 低体温		
				820100495	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ウ 重症黄疸		
				820100496	該当するもの(新生児集中治療室管理料):エ 未熟児		
				820100497	該当するもの(新生児集中治療室管理料):オ 意識障害又は昏睡		
				820100498	該当するもの(新生児集中治療室管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100499	該当するもの(新生児集中治療室管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100500	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ク 急性薬物中毒		
				820100501	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ケ ショック		
				820100502	該当するもの(新生児集中治療室管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		
				820100503	該当するもの(新生児集中治療室管理料):サ 大手術後		
				820100504	該当するもの(新生児集中治療室管理料):シ 救急蘇生後		
				820100505	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
49	A303-2	新生児治療回復室入院医療管理料	(新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合わせて31日以上算定した場合) 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。 慢性肺疾患の新生児の出生時体重について、「500g以上750g未満」、「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重 1,500g以上		
				820100028	出生時体重 1,000g以上1,500g未満		
				820100029	出生時体重 1,000g未満		
				820101040	出生時体重 500g以上750g未満		
				820101041	出生時体重 500g未満		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A303-2新生児治療回復室入院医療管理料の、(2)のAからSまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100506	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ア 高度の先天奇形		
				820100507	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):イ 低体温		
				820100508	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ウ 重症黄疸		
				820100509	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):エ 未熟児		
				820100510	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):オ 意識障害又は昏睡		
				820100511	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪		
				820100512	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)		
				820100513	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ク 急性薬物中毒		
				820100514	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ケ ショック		
				820100515	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
				820100516	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):サ 大手術後		
				820100517	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):シ 救急蘇生後		
				820100518	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
50	A306	特殊疾患入院医療管理料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合)その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100031	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特殊疾患入院医療管理料):*****		
				850100029	対象疾患の発症年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100030	対象疾患の手術年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100031	対象疾患の損傷年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100032	入棟年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100033	退棟年月日(回復期リハビリテーション病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
51	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料	対象となる疾患の発症年月日、手術年月日又は損傷年月日及び入棟年月日並びに退棟年月日を記載する	842100023	1日6単位以上のリハビリテーション提供日数(回復期リハビリテーション病棟入院料):*****		
			(入院までの間に算定開始日数控除対象入院料等において1日6単位以上の重点的なリハビリテーションが提供された場合) 当該日数を記載すること。	842100024	転院前の算定日数(回復期リハビリテーション病棟入院料):*****		
			(回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟から転院してきた患者であつて、転院後継続して回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する場合) 転院前の保険医療機関における当該入院料の算定日数を記載すること。	830100032	実績指数算出から除外する理由(回復期リハビリテーション病棟入院料):*****		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第1章第2部第3節A308回復期リハビリテーション病棟入院料の(12)のウ及びエにおいて、当該患者をリハビリテーション実績指数の算出から除外する場合) 当該患者の入棟月の診療報酬明細書に、実績指数の算出から除外する旨及びその理由を記載すること。	830100033	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(回復期リハビリテーション病棟入院料):*****		
52	A308-3	地域包括ケア病棟入院料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合)その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100034	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(地域包括ケア病棟入院料):*****		
			(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合)その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100035	入院元(急性期患者支援病床初期加算):*****		
			入院元を記載すること。	830100036	入院元(在宅患者支援病床初期加算):*****		
53	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算又は在宅患者支援病床初期加算	(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100037	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(急性期患者支援病床初期加算):*****		
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100040	直近の入院医療機関名及び退院年月日(在宅患者支援病床初期加算):*****		
54	A309	特殊疾患病棟入院料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合)その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100041	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特殊疾患病棟入院料):*****		
				850100034	精神科救急急性期医療入院料の算定開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			算定を開始した年月日を記載すること。	850100035	精神科急性期治療病棟入院料の算定開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100036	精神科救急・合併症入院料の算定開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(転棟患者等が精神科急性期治療病棟入院料を算定する場合) 転棟の必要性を記載すること。	830100042	転棟の必要性(精神科救急急性期医療入院料):*****		
				830100043	転棟の必要性(精神科急性期治療病棟入院料):*****		
				830100044	転棟の必要性(精神科救急・合併症入院料):*****		
			(医療観察法入院患者(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号又は第81条第1項第1号の決定による入院患者)であつた者が、引き継ぎ精神科救急救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する場合) 医療観察法による入院の開始日及び終了日(年月日)を記載すること。	850100037	医療観察法による入院開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100038	医療観察法による入院終了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
55	A311-A311-2-A311-3	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料 精神科地域包括ケア病棟入院料 精神科救急・合併症入院料	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。	830100045	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科救急急性期医療入院料)):*****		
				830100046	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科急性期治療病棟入院料)):*****		
				830100047	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科救急・合併症入院料)):*****		
				830100922	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神科地域包括ケア病棟入院料)):*****		※
56	A311-A311-2-A311-3-A315	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料 精神科地域包括ケア病棟入院料 非定型抗精神病薬加算	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。	850100039	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科救急急性期医療入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合) 投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A311精神科救急急性期医療入院料の(3)のA又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100040	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急急性期医療入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100519	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急急性期医療入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100520	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急急性期医療入院料):イ 患者事由により、投与を中止		
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100041	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急急性期医療入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100025	クロザピンの投与中止回数(精神科救急急性期医療入院料):*****		
57	A311	精神科救急急性期医療入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。	850100042	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科急性期治療病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合) 投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A311-2精神科急性期治療病棟入院料の(4)のA又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100043	当該病棟におけるクロザピンの投与中止日(精神科急性期治療病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100521	クロザピンの投与中止の理由(精神科急性期治療病棟入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100522	クロザピンの投与中止の理由(精神科急性期治療病棟入院料):イ 患者事由により、投与を中止		
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100044	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科急性期治療病棟入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100026	クロザピンの投与中止回数(精神科急性期治療病棟入院料):*****		
58	A311-2	精神科急性期治療病棟入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日(年月日)を記載すること。	850100045	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科救急・合併症入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合)	850100046	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急・合併症入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
59	A311- 3	精神科救急・合併症 入院料	投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2節A311～3精神科救急・合併症入院料の(3)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	820100523	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止		
				820100524	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):イ 患者事由により、投与を中止		
			(他の病棟又は他の保険医療機関においてクロザピンを中止したことがある場合) 他の病棟又は他の保険医療機関における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	850100047	他の病棟又は他の保険医療機関におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急・合併症入院料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100027	クロザピンの投与中止回数(精神科救急・合併症入院料):*****		
60	A312	精神療養病棟入院料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100048	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(精神療養病棟入院料):*****		
61	A312	精神療養病棟入院料 の非定型抗精神病薬 加算	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。	830100049	向精神病薬名(非定型抗精神病薬加算(精神療養病棟入院料)):*****		
62	A312	精神療養病棟入院料 の重症者加算	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
63	A314	認知症治療病棟入院 料	(必要があつて患者が他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100050	患者が他の病棟等へ移動した医療上の必要性(認知症治療病棟入院料):*****		
64	A317	特定一般病棟入院料 の救急・在宅等支援 病床初期加算	入院元を記載すること。	830100051	入院元(特定一般病棟入院料)(救急・在宅等支援病床初期加算):*****		
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100006	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(救急・在宅等支援病床初期加算):*****		
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100007	直近の入院医療機関名及び退院年月日(救急・在宅等支援病床初期加算):*****		
65	A317	特定一般病棟入院料 を算定している患者に ついて、地域包括ケア 入院医療管理が行われ た場合	地域包括ケア入院医療管理を行う病室に入室した年月日を記載すること。	850100048	特定一般病棟入院料(地域包括ケア)を行う病室への入室年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(必要があつて患者を他の病棟等へ移動した場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100054	患者を他の病棟等へ移動した医療上の必要性(特定一般病棟入院料)(地域包括ケア):*****		
66	A318	地域移行機能強化病 棟入院料の非定型抗 精神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。	830100055	向精神病薬名(地域移行機能強化病棟入院料)(非定型抗精神病薬加算):*****		
67	A318	地域移行機能強化病 棟入院料の重症者加 算	算定した日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
68	A319	特定機能病院リハビリ テーション病棟入院料	(医療上特に必要がある場合であつて、特定機能病院リハビリテーション病棟から他の病棟へ患者が移動した場合) その医療上の必要性について詳細に記載する。	830100476	他の病棟へ患者が移動した医療上の必要性(特定機能病院リハビリテーション病棟入院料):*****		
			転院前の保険医療機関における特定機能病院リハビリテーション病棟入院料又は回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数を記載すること。	830100477	転院前の保険医療機関における算定日数(特定機能病院リハビリテーション病棟入院料):*****		
69	A400 の1	短期滞在手術等基本 料1	短手1と表示し、算定日及び手術名を記載すること	算定日情報	(算定日)	○	
				820100992	対象手術(短手1):内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(二連として)		
				820100993	対象手術(短手1):小児食物アレルギー負荷検査		
				820100525	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 3 長径四センチメートル以上(六歳未満に限る。)		
				820100526	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 3 長径六センチメートル以上十二センチメートル未満(六歳未満に限る。)		
				820100527	対象手術(短手1):皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 4 長径十二センチメートル以上(六歳未満に限る。)		
				820100528	対象手術(短手1):腋臭症手術		
				820100994	対象手術(短手1):四肢・距脛軟部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。)		
				820100995	対象手術(短手1):骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)		
				820100529	対象手術(短手1):半月板切除術		
				820100530	対象手術(短手1):関節鏡下半月板切除術		
				820100996	対象手術(短手1):ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。)		
				820100531	対象手術(短手1):手根管開放手術		
				820100532	対象手術(短手1):関節鏡下手根管開放手術		
				820100997	対象手術(短手1):涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの		
				820100998	対象手術(短手1):眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法		
				820100999	対象手術(短手1):眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法		
				820101000	対象手術(短手1):眼瞼下垂症手術 3 その他のもの		
				820101001	対象手術(短手1):翼状片手術(弁の移植を要するもの)		
				820101002	対象手術(短手1):治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)		
				820101003	対象手術(短手1):緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術		
				820100533	対象手術(短手1):水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの		
				820101157	対象手術(短手1):水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの		※
				820101158	対象手術(短手1):水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合		※
				820101159	対象手術(短手1):水晶体再建術 3 計画的後囊切開を伴う場合		※
				820100534	対象手術(短手1):乳腺腫瘍摘出術 1 長径五センチメートル未満		
				820101160	対象手術(短手1):乳腺腫瘍摘出術 2 長径五センチメートル以上		※
				820100535	対象手術(短手1):気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)		
				820100536	対象手術(短手1):気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)		
				820101004	対象手術(短手1):経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回		
				820101005	対象手術(短手1):経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合		
				820101006	対象手術(短手1):下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
				820101007	対象手術(短手1):下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)		
				820101008	対象手術(短手1):下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術		
				820101009	対象手術(短手1):下肢静脈瘤血管内焼灼術		
				820101010	対象手術(短手1):下肢静脈瘤血管内塞栓術		
				820100537	対象手術(短手1):内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術		
				820100538	対象手術(短手1):内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満		
				820101011	対象手術(短手1):痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)		
				820101012	対象手術(短手1):肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)		
				820101013	対象手術(短手1):尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)		
				820101014	対象手術(短手1):顕微鏡下精索静脈瘤手術		
				820100539	対象手術(短手1):経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの		
				820101161	対象手術(短手1):経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの		※
				820101162	対象手術(短手1):経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの		※
				830100056	非算定理由(短手1):*****		
70	A400 の3	短期滞在手術等基本料3	《短期滞在手術等基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合》 短期滞在手術等基本料を算定しない理由を記載すること。	820100540	対象手術とは別目的で実施した検査等(短手1)		
			《短期滞在手術等基本料1を算定する患者について、当該手術とは別の目的で実施した、検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目の費用を算定する場合》 その旨を記載すること。				
71	A	180日を超える期間通算対象入院料を算定する場合	短手3と表示し、検査日又は手術日及び検査名又は手術名を記載すること。	算定日情報	《算定日》	○	
			《「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」(平成18年9月12日厚生労働省告示第498号)の九のいずれにも該当しない場合》 「選」と記載すること。	190117810	《選》急性期一般入院料1	○	
				190214510	《選》急性期一般入院料2	○	
				190214610	《選》急性期一般入院料3	○	
				190214710	《選》急性期一般入院料4	○	
				190214810	《選》急性期一般入院料5	○	
				190214910	《選》急性期一般入院料6	○	
				190215010	《選》地域一般入院料1	○	
				190111910	《選》地域一般入院料2	○	
				190112010	《選》地域一般入院料3	○	
				190113410	《選》一般病棟特別入院基本料	○	
				190118710	《選》特定機能病院一般病棟7対1入院基本料	○	
				190114710	《選》特定機能病院一般病棟10対1入院基本料	○	
				190119410	《選》専門病院7対1入院基本料	○	
				190115710	《選》専門病院10対1入院基本料	○	
				190115810	《選》専門病院13対1入院基本料	○	
				190122890	選定療養(入院180日起)減算(入院基本料)	○	
				820100030	イ 通算対象入院料算定患者以外の患者		
				820100031	ロ 難病患者等入院診療加算を算定する患者		
				820100032	ハ 重症者等療養環境特別加算を算定する患者		
				820100033	ニ 厚生労働省告示に規定する難病患者等		
				820100034	ホ 悪性新生物に対する腫瘍用薬を投与している状態にある患者		
				820100035	ヘ 悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態にある患者		
				820100036	ド レーン法等を実施している状態にある患者		
				820100037	チ 人工呼吸器を使用している状態にある患者		
				820100038	リ 人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態にある患者		
				820100039	ヌ 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術患者		
				820100040	ル 15歳未満の患者		
				820100041	ヲ 小児慢性特定疾病児童等患者又は育成医療給付患者		
				820100042	ワ ロからヌまでに掲げる状態に準ずる状態にある患者		
		救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床(救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。)に入院したものとみなす場合	死亡年月日及び死亡を確認した場所として、「処置室で死亡」、「手術室で死亡」、「処置室・手術室以外で死亡」の中から該当するものを選択して記載すること。 なお、「処置室・手術室以外で死亡」を選択した場合は、死亡を確認した場所を記載すること。	820100043	処置室で死亡		
				820100044	手術室で死亡		
				820100045	処置室・手術室以外で死亡		
				830100057	死亡を確認した場所:*****		
				820100046	《イ》心疾患患者でジギタリス製剤を投与		
				820100047	《ロ》てんかん患者で抗てんかん剤を投与		
				820100558	《ハ》臓器移植術を受けた患者で免疫抑制剤を投与		
				820100559	《ニ》気管支喘息等の患者でテオフィリン製剤を投与		
				820100560	《ホ》不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与		
				820100561	《ヘ》統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与		
				820100562	《ト》躁うつ病の患者でリチウム製剤を投与		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
73	B001 の2	特定薬剤治療管理料 1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の2特定薬剤治療管理料の(1)の(イ)から(ナ)までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。 また、初回の算定年月を記載すること。ただし、抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月目以降の特定薬剤治療管理料1を算定する場合は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者について特定薬剤治療管理料1を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。	820100563	(チ) 躁うつ病又は躁病の患者でバルプロ酸ナトリウム等を投与		
				820100054	(リ) 留意事項通知に規定する患者でシクロスポリンを投与		
				820100564	(ヌ) 留意事項通知に規定する患者でタクロリムス水和物を投与		
				820100565	(ル) 若年性関節リウマチ等の患者でサリチル酸系製剤を継続投与		
				820100566	(ヲ) 悪性腫瘍の患者でメトトレキサートを投与		
				820100567	(ワ) 留意事項通知に規定する患者でエベロリムスを投与		
				820100568	(カ) 入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質等を数日間以上投与		
				820100569	(ヨ) 重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与		
				820100570	(タ) イマチニブを投与		
				820100062	(レ) リンパ脈管筋腫症の患者でシロリムス製剤を投与		
				820100063	(ソ) 腎細胞癌の患者で抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与		
				820100572	(ツ) 片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与		
				820100843	(ネ) 統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与		
				820101163	(ナ) ブスルファンを投与		※
74	B001 の2	特定薬剤治療管理料 1の臓器移植加算	当該臓器移植を行った年月日を記載すること。	850100049	臓器移植年月日(臓器移植加算)(特定薬剤治療管理料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
75	B001 の2	特定薬剤治療管理料 1の注9加算	ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の実施を記載すること。	830100058	ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の実施(特定薬剤治療管理料1):*****		
76	B001 の2	特定薬剤治療管理料 1の注10加算	(エベロリムスの初回投与から3月の間に算定する場合) エベロリムスの初回投与日	850100050	エベロリムスの初回投与年月日(特定薬剤治療管理料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
			(エベロリムスの初回投与から3月の間に算定する場合) エベロリムスの血中濃度測定の実施	830100059	エベロリムスの血中濃度測定の実施(特定薬剤治療管理料1):*****		
77	B001 の3	悪性腫瘍特異物質治 療管理料	行った腫瘍マーカーの検査を記載すること。	830100060	検査名(悪性腫瘍特異物質治療管理料):*****		
78	B001 の4	小児特定疾患カウ ンセリング料	同一患者に対し初めてのカウンセリングを行った年月日を記載すること。	850100051	同一患者に対し初めてのカウンセリング実施年月日(小児特定疾患カウンセリング料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
79	B001 の9	外来栄養食事指導料 の「注2」の場合	指導した年月日を記載すること。	850100052	指導した年月日(外来栄養食事指導料(注2)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
80	B001 の12	心臓ペースメーカー指 導管理料の導入期加 算	ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー移植術、植込型除細動器移植術又は両室ペースンギ機能付き植込型除細動器移植術を行った年月日を記載すること。	850100053	導入期加算(心臓ペースメーカー指導管理料)移植年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
81	B001 の12	心臓ペースメーカー指 導管理料の植込型除 細動器移行期加算	直近の算定年月及び使用開始日を記載すること。また、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の12心臓ペースメーカー指導管理料の(5)の(イ)又は(ロ)に規定するものうち該当するものを選択して記載すること。	850100054	直近の算定年月日(植込型除細動器移行期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100055	使用開始年月日(植込型除細動器移行期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820100064	ア 留意事項通知に規定する患者でICD適否確定までの間使用		
				820100065	イ 留意事項通知に規定する患者でICD植込みまでの間使用		
82	B001 の12	心臓ペースメーカー指 導管理料の遠隔モニ タリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	850190001	直近の算定年月(遠隔モニタリング加算(心臓ペースメーカー指導管理料)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
83	B001 の14	高度難聴指導管理料 のイ	人工内耳植込術を行った年月日を記載すること。	850100056	人工内耳植込術実施年月日(高度難聴指導管理料(術後3月以内)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
84	B001 の14	高度難聴指導管理料 のロ	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850100488	前回算定年月日(高度難聴指導管理料(その他の患者)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190488	初回(高度難聴指導管理料(その他の患者))		
85	B001 の14	高度難聴指導管理料 の人工内耳機器調整 加算	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190043	前回算定年月日(人工内耳機器調整加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190043	初回(人工内耳機器調整加算)		
86	B001 の15	慢性維持透析患者外 来医学管理料	(慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した場合) その必要性を記載すること。	830100061	管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した必要性(慢性維持透析患者外来医学管理料):*****		
				820100066	ア 出血性合併症患者の退院翌月の月2回目以後の末梢血液一般検査		
				820100067	イ バルス療法施行時の月2回目以後のカルシウム等の検査		
				820100068	ウ 副甲状腺切除を行った患者の月2回目以後のカルシウム等の検査		
				820100069	エ シナカルセト塩酸塩投与患者の月2回目以後のカルシウム等の検査		
				820100070	オ 透析アミロイド症の月2回目以後のβ2-マイクログロブリン検査		
				820100071	カ デフェロキサミンメシル酸塩投与患者のアルミニウムの検査		
87	B001 の16	喘息治療管理料1の 重度喘息患者治療 管理加算	当該加算に係る第1回目の治療管理を行った年月日を記載すること。	850100058	第1回目の治療管理を行った年月日(重度喘息患者治療管理加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
88	B001 の17	慢性疼痛疾患管理料	(当該患者に対し最初に当該管理料を算定した場合) 算定年月日を記載すること。	850100059	算定年月日(慢性疼痛疾患管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
89	B001 の23	がん患者指導管理料 のロ	当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を記載すること。	850100060	過去に算定した年月日(がん患者指導管理料ロ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
90	B001 の23	がん患者指導管理料 のハ	当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を記載すること。	850100061	過去に算定した年月日(がん患者指導管理料ハ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
91	B001 の26	植込型輸液ポンプ持 続注入療法指導管理 料の導入期加算	植込術を行った年月日を記載すること。	850100062	植込術の実施年月日(導入期加算(植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
92	B001 の27	糖尿病透析予防指導 管理料	ヘモグロビンA1cの値又は内服薬やインスリン製剤を使用している旨を記載すること。	842100028	ヘモグロビンA1c値(糖尿病透析予防指導管理料):*****		
				820100574	内服薬やインスリン製剤使用(糖尿病透析予防指導管理料)		
93	B001 の28	小児運動器疾患指導 管理料	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190002	前回算定年月日(小児運動器疾患指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190002	初回(小児運動器疾患指導管理料)		
94	B001 の29	乳腺炎重症化予防ケ ア・指導料	通算実施回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	842100029	乳腺炎重症化予防ケア・指導料1の通算実施回数:*****		
				842100111	乳腺炎重症化予防ケア・指導料2の通算実施回数:*****		※
				830100065	2回算定する医療上の必要性(腎代替療法指導管理料):*****		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(2)の(イ)に該当する場合) 直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(6)の(イ)から(ハ)のうちいずれか該当するものを選択し、下記コードを記載すること。	820100575	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(イ) 25mL/min/1.73m2以上・30mL/min/1.73m2未満		
				820100576	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ロ) 15mL/min/1.73m2以上・25mL/min/1.73m2未満		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用
95	B001 の31	腎代替療法指導管理 料	〇を添付して記載すること。	820100577	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ハ) 15mL/min/1.73 m2未満		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の31腎代替 療法指導管理料の(2)のイに該当する場合) 腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由を記載すること。	830100066	腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由: *****		
96	B001 の32	一般不妊治療管理料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850100402	前回算定年月(一般不妊治療管理料):(元号)yy年”mm”月”		
				820190049	初回(一般不妊治療管理料)		
97	B001 の33	生殖補助医療管理料	生殖補助医療の開始日における年齢(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	830100478	生殖補助医療の開始日における年齢(生殖補助医療管理料):*****		
				820190061	初回(生殖補助医療管理料)		
			治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で、当該時点における実施回数の 合計及び確認した年月日を記載すること。	830100479	治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計(生殖補助医 療管理料):*****		
				850100403	胚移植術の実施回数を確認した年月日(生殖補助医療管理料):(元号) yy年”mm”月”dd”日”		
			治療計画を作成し、又は見直した場合における当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載す ること。 (2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合) 当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。	850100404	治療計画の同意を得た年月日(生殖補助医療管理料):(元号)yy年 ”mm”月”dd”日”		
				850100405	治療計画の同意を得た年月日(2回目以降)(生殖補助医療管理料):(元 号)yy年”mm”月”dd”日”		
98	B001 の34 のハ	二次性骨折予防継続 管理料3	初回算定年月日を記載すること。	850100406	初回算定年月日(二次性骨折予防継続管理料3):(元号)yy年”mm”月 ”dd”日”		
99	B001 の35	アレルギー性鼻炎免 疫療法治療管理料	初回算定年月日を記載すること。	850100407	初回算定年月日(アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料):(元号)yy年 ”mm”月”dd”日”		
100	B001 の36	下肢創傷処置管理料	下肢創傷処置を実施した年月日を記載すること。	850190198	下肢創傷処置実施年月日(下肢創傷処置管理料):(元号)yy年”mm”月 ”dd”日”		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用
101	B001- 37	慢性腎臓病透析予防 指導管理料	初回算定年月日を記載すること。	850190210	初回算定年月日(慢性腎臓病透析予防指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
102	B001- 2	小児科外来診療料	(院外処方せんを交付している者に対し、夜間緊急の受診等やむを得ない場合において院内投薬を行った場合)その理由を記載すること。	830100067	夜間緊急の受診等やむを得ない院内投与理由(小児科外来診療料);*****		
			(他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定しているため小児科外来診療料を算定しない場合)他の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定している旨記載すること。	820100578	小児科外来診療料非算定理由:他の保険医療機関で在宅療養指導管理料算定		
103	B001- 2-2	地域連携小児夜間・ 休日診療料	(病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合)その理由を詳細に記載すること。	830100068	2回以上算定する理由(地域連携小児夜間・休日診療料);*****		
104	B001- 2-4	地域連携夜間・休日 診療料	(病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合)その理由を詳細に記載すること。	830100069	2回以上算定する理由(地域連携夜間・休日診療料);*****		
105	B001- 2-7	外来リハビリテーシ ョン診療料	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
106	B001- 2-8	外来放射線照射診 療料	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			(所定点数の100分の50に相当する点数により算定する場合)算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			(100分の50に相当する点数を算定したにもかかわらず、その後も治療を継続する場合)治療を継続する医学的理由を記載すること。	830100070	治療を継続する医学的理由(外来放射線照射診療料);*****		
			(外来放射線照射診療料を算定したにもかかわらず予定の期間よりも早期に外来放射線照射を終了する場合)早期に治療終了となった医学的理由を記載すること。	830100071	早期に治療終了となった医学的理由(外来放射線照射診療料);*****		
107	B001- 2-11	小児かかりつけ診療 料	(院外処方せんを交付している者に対し、夜間緊急の受診等やむを得ない場合において院内投薬を行った場合)その理由を記載すること。	830100072	夜間緊急の受診等やむを得ない院内投与理由(小児かかりつけ診療料);*****		
108	B001- 3-2	ニコチン依存症管理 料	初回の当該管理料を算定した年月日を記載すること。	850100064	初回算定年月日(ニコチン依存症管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
109	B001- 7	リンパ浮腫指導管理 料(入院)	手術日(手術前に当該指導を実施した場合であって、診療報酬明細書を作成する時点で手術を実施していない場合には、手術予定日)(年月日)を記載すること。	850100065	手術実施年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100066	手術予定年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
110	B001- 7	リンパ浮腫指導管理 料(入院外)	(退院後に再度算定する場合)退院日(年月日)及び実施した手術名を記載すること。	850100067	退院年月日(リンパ浮腫指導管理料(入院外)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100073	手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外));*****		
			(地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関において算定する場合)入院中に当該指導管理料を算定した保険医療機関名及び実施した手術名を記載すること。	830100074	入院中にリンパ浮腫指導管理料(入院外)を算定した保険医療機関名(リンパ浮腫指導管理料(入院外));*****		
				830100075	入院中に実施した手術名(リンパ浮腫指導管理料(入院外));*****		
111	B001- 9	療養・就労両立支援 指導料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190003	前回算定年月(療養・就労両立支援指導料):(元号)yy"年"mm"月"		
				820190003	初回(療養・就労両立支援指導料)		
112	B004	退院時共同指導料1 の特別管理指導加算	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
113	B005	退院時共同指導料2	共同指導を行った年月日を記載すること。 (同一日に退院時共同指導料2と退院時リハビリテーション指導料又は退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合)共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。	850100071	共同指導を行った日(退院時共同指導料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100076	共同指導を行った者の職種;*****		
				850100072	指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
114	B005- 1-2	介護支援等連携指導 料	算定年月日(当該入院中に既に算定している場合は併せて初回算定日)を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				850100073	初回算定年月日(介護支援等連携指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
115	B005- 1-3	介護保険リハビリテ ーション移行支援料	介護保険によるリハビリテーションを開始した年月日及び維持期のリハビリテーションを終了した年月日を記載すること。	850100074	介護保険によるリハビリテーションの開始年月日(介護保険リハビリテーション移行支援料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100075	維持期リハビリテーションの終了年月日(介護保険リハビリテーション移行支援料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
116	B005- 4	ハイスクリ妊産婦共同 管理料(Ⅰ)	ハイスクリ妊婦又はハイスクリ分娩に関する医学管理を行った年月日を記載すること。	850100076	医学管理を行った年月日(ハイスクリ妊産婦共同管理料(Ⅰ)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
117	B005- 6の1	がん治療連携計画策 定料1	退院年月日を記載すること。	850100077	退院年月日(がん治療連携計画策定料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
118	B005- 7の2	認知症専門診断管理 料2	前回算定年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190004	前回算定年月日(認知症専門診断管理料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190004	初回(認知症専門診断管理料2)		
119	B005- 7-2	認知症療養指導料1 (入院)	認知症療養計画に基づく最初の治療を行った年月日を記載すること。	850100078	認知症療養計画に基づく初回治療年月日(認知症療養指導料1(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
120	B005- 7-2	認知症療養指導料1 (入院外)	治療を行った年月日を記載すること。	850100079	治療年月日(認知症療養指導料1(入院外)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
121	B005- 7-2	認知症療養指導料2	治療を行った年月日を記載すること。	850100080	治療開始年月日(認知症療養指導料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
122	B005- 7-2	認知症療養指導料3	治療を行った年月日を記載すること。	850100081	治療開始年月日(認知症療養指導料3):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
123	B005- 7-3	認知症サポート指導 料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190005	前回算定年月(認知症サポート指導料):(元号)yy"年"mm"月"		
				820190005	初回(認知症サポート指導料)		
124	B005- 9	外来排尿自立指導料	A251排尿自立支援加算の初回算定日並びにA251排尿自立支援加算の初回算定日からのA251排尿自立支援加算及び当該指導料の通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	850100082	排尿自立支援加算の初回算定年月日(外来排尿自立指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				842100030	排尿自立支援加算及び外来排尿自立指導料の通算算定回数(外来排尿自立指導料);*****		
125	B005- 10	ハイスクリ妊産婦連携 指導料1	精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を標榜する保険医療機関に対して診療情報が文書により提供された妊婦又は出産日(年月日)を記載すること。	820100844	診療情報が文書により提供された妊婦(ハイスクリ妊産婦連携指導料1)		
				850100409	出産日(ハイスクリ妊産婦連携指導料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
126	B005- 10-2	ハイスクリ妊産婦連携 指導料2	当該保険医療機関で精神療法が実施されている又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産日(年月日)を記載すること。	820100845	産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦(ハイスクリ妊産婦連携指導料2)		
				850100410	出産日(ハイスクリ妊産婦連携指導料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		

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

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用
148	B015	精神科退院時共同指 導料1のイ	対象となる患者の状態について記載すること。	820100581	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):措置入院にかかる患者		
				820100582	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):緊急措置入院にかかる患者		
				820100583	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者		
				820100584	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):入院の期間が1年以上の患者		
149	B015	精神科退院時共同指 導料1のロ	対象となる患者の状態について記載すること。	820100585	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある。		
				820100586	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):自分1人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある		
				820100587	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。		
				820100588	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。		
				820100589	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):自傷や自殺を企てたことがある。		
				820100590	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):家族への暴力、暴言、拒絶がある。		
				820100591	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):警察・保健所介入歴がある。		
				820100592	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。		
				820100593	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):外来受診をしないことが2か月以上あった。		
				820100594	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。		
				820100595	精神科退院時共同指導料1のロの対象患者:直近の入院は措置入院である。		
				820100596	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。		
				820100597	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。		
				820100598	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):支援をする家族がいない。		
				820100599	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。		
150	B015	精神科退院時共同指 導料2	対象となる患者の状態について記載すること。	820100600	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):措置入院にかかる患者		
				820100601	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):緊急措置入院にかかる患者		
				820100602	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者		
				820100603	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):入院の期間が1年以上の患者		
				820100604	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある。		
				820100605	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自分1人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある		
				820100606	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。		
				820100607	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。		
				820100608	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自傷や自殺を企てたことがある。		
				820100609	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家族への暴力、暴言、拒絶がある。		
				820100610	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):警察・保健所介入歴がある。		
				820100611	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。		
				820100612	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):外来受診をしないことが2か月以上あった。		
				820100613	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。		
				820100614	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):直近の入院は措置入院である。		
				820100615	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。		
				820100616	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。		
				820100617	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):支援をする家族がいない。		
				820100618	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。		
151	C	在宅患者診療・指導 料	(在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診又は訪問看護を行った場合) 「支援」と記載し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。	830100085	指示のあった在宅療養支援診療所名:*****		
152	C	乳幼児呼吸管理材料 加算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	820100619	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):当月分		
				820100620	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):翌月分		
				820100621	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):翌々月分		
				820100622	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):前月分		
				820100623	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):前々月分		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
153	C000	往診料等	（往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定している患者に往診料を算定した場合） 当該他の保険医療機関の名称を記載すること。	830100814	訪問診療を行っている保険医療機関名：*****		※
			（往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームに入所する患者に往診料を算定した場合） 当該介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームの名称を記載すること。	830100815	入所する介護保険施設等の名称：*****		※
			（在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した日と同一日に往診料を算定した場合） 患者の病状の急変等往診が必要となった理由を記載すること。	830100086	患者の病状の急変等往診が必要となった理由：*****		
154	C000	往診料 特別往診料	往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。	830100087	往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間（特別往診料）：*****		
155	C000	往診料の患者診療時間 加算	診療時間を記載すること。	114000970	患者診療時間加算（往診料）	○	
				114002470	患者診療時間加算（特別往診）	○	
156	C000	往診料 在宅ターミナルケア加 算	死亡年月日を記載すること。	850100098	死亡年月日（在宅ターミナルケア加算）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		※
157	C001	在宅患者訪問診療料 （Ⅰ）	（「Ⅰ」の在宅患者訪問診療料1を算定する場合で、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合） その必要性、必要を認めた診療年月日及び当該訪問診療を行った年月日を記載すること。	830100088	頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性（在宅患者訪問診療料（Ⅰ））：*****		
				850100094	必要性を認めた診療年月日（在宅患者訪問診療料（Ⅰ））：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100095	訪問診療年月日（在宅患者訪問診療料（Ⅰ））：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
			（「Ⅱ」の在宅患者訪問診療料2を算定する場合） 他の保険医療機関からの求めがあった年月を記載すること。	850100096	他医療機関から依頼があった年月（在宅患者訪問診療料（Ⅰ））：（元号）yy“年”mm“月”		
			（「Ⅱ」の在宅患者訪問診療料2について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2節C001在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の（7）のただし書きに該当する場合） 他の保険医療機関から求めがあった診療内容について、（7）のA又はイのうち、該当するものを記載すること。また、6月を超えて訪問診療を行った場合は、継続的な訪問診療の必要性を記載すること。	820100072	A その診療料の医師でなければ困難な診療		
				820100073	イ 既に診療した傷病等とは明らかに異なる傷病に対する診療		
				830100089	継続的な訪問診療の必要性（在宅患者訪問診療料2）：*****		
			（「Ⅱ」の在宅患者訪問診療料2について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2節C001在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の（8）の規定により、他の保険医療機関からの求めがあった月から6月を超えて算定する場合） 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ核小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頭頸損傷の患者又は人工呼吸器を使用している状態の患者の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100074	末期の悪性腫瘍		
				820100075	多発性硬化症		
				820100076	重症筋無力症		
				820100077	スモン		
				820100078	筋萎縮性側索硬化症		
				820100079	脊髄小脳変性症		
				820100080	ハンチントン病		
				820100081	進行性筋ジストロフィー症		
				820100082	パーキンソン病関連疾患（留意事項通知に規定するもの）		
				820100083	多系統萎縮症（留意事項通知に規定するもの）		
				820100084	プリオン病		
				820100085	亜急性硬化性全脳炎		
				820100086	ライソゾーム病		
				820100087	副腎白質ジストロフィー		
				820100088	脊髄性筋萎縮症		
				820100089	球脊髄性筋萎縮症		
				820100090	慢性炎症性脱髄性多発神経炎		
				820100091	後天性免疫不全症候群		
				820100092	頭頸損傷の患者		
				820100093	人工呼吸器を使用している状態の患者		
158	C001	在宅患者訪問診療料 （Ⅰ）の患者診療時間 加算	診療時間を記載すること。	114001470	患者診療時間加算（在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ））	○	
159	C001	在宅患者訪問診療料 （Ⅰ）（「Ⅰ」に限る。）の 在宅ターミナルケア加 算	死亡年月日を記載すること。	850100098	死亡年月日（在宅ターミナルケア加算）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
			（当該患者が在宅以外で死亡した場合） 死亡前24時間以内に行った訪問診療の年月日及び時刻を記載すること。	850100100	死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日（在宅ターミナルケア加算）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				851100038	死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻（在宅ターミナルケア加算）		
160	C001	在宅患者訪問診療料 （Ⅰ）（「Ⅰ」に限る。）の 死亡診断加算	（「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成29年9月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い、死亡診断加算のみを算定する場合） ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。	820100624	ICTを利用した看護師との連携による死亡診断		
161	C001	在宅患者訪問診療料 （Ⅰ） 注9の規定により算定 する場合（患者との距離 が16kmを超えた場合 等）	訪問地域（距離）、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。	830100090	訪問地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間（在宅患者訪問診療料（Ⅰ））：*****		
162	C001- 2	在宅患者訪問診療料 （Ⅱ）	（注1のイの場合で、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合） その必要性、必要を認めた診療年月日及び当該訪問診療を行った年月日を記載すること。	830100091	頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性（在宅患者訪問診療料（Ⅱ））：*****		
				850100102	必要を認めた診療年月日（在宅患者訪問診療料（Ⅱ））：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100103	訪問診療年月日（在宅患者訪問診療料（Ⅱ））：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
163	C001- 2	在宅患者訪問診療料 （Ⅱ）の患者診療時間 加算	診療時間を記載すること。	114001470	患者診療時間加算（在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ））	○	

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
164	C001-2	在宅患者訪問診療料 (Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)の在宅ターミナルケア加算	死亡年月日を記載すること。	850100098	死亡年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(当該患者が有料老人ホーム等以外で死亡した場合) 死亡前24時間以内に行った訪問診療の年月日及び時刻を記載すること。	850100100	死亡前24時間以内に行った訪問診療年月日(在宅ターミナルケア加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100038	死亡前24時間以内に行った訪問診療時刻(在宅ターミナルケア加算)		
165	C001-2	在宅患者訪問診療料 (Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)の死亡診断加算	(「情報通信機器(ICT)を利用した死亡診断等ガイドライン(平成29年9月厚生労働省)」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い、死亡診断加算のみを算定する場合) ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。	820100624	ICTを利用した看護師との連携による死亡診断		
166	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	当該月において往診又は訪問診療を行った年月日を記載すること。	850100106	往診又は訪問診療年月日(在医総管):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100107	往診又は訪問診療年月日(施医総管):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日を記載すること。	850100492	情報通信機器を用いた診療年月日(在医総管):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100493	情報通信機器を用いた診療年月日(施医総管):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。	842100035	単一建物診療患者数(在医総管);*****		
				842100036	単一建物診療患者数(施医総管);*****		
			(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「同一建物居住者以外の場合」を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診療をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、A000初診料又はA001再診料又はA002外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合) その旨を記載すること。	820100847	2人目患者診療時間が1時間超		
			(在宅時医学総合管理料について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合、また、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて施設入居時等医学総合管理料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」、「在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
				820100095	在宅医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100096	当該建築物の戸数が20戸未満で在宅医学管理を行う患者が2人以下		
167	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料の在宅移行早期加算	初回の当該管理料を算定した年月日を記載すること。	850100108	初回算定年月日(在宅移行早期加算(在医総管)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100109	初回算定年月日(在宅移行早期加算(施医総管)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
168	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2節C002在宅時医学総合管理料及びC000-2施設入居時等医学総合管理料の(23)に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。なお、(23)に規定するものについては、以下のとおりであること。 (1 要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態) 1-1 要介護3 1-2 要介護4 1-3 要介護5 1-4 障害支援区分2以上 (2 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上) 2-1 ランクⅢa 2-2 ランクⅢb 2-3 ランクⅣ 2-4 ランクⅣM 3 頻回の訪問看護を受けている状態 4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 5 介護保険法第8条第1項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 6 麻薬投薬を受けている状態 (7 その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態) 7-1 脳性麻痺等・小児慢性特定疾病・障害児に該当する15歳未満の患者 7-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者 7-3 「超重症児(者)・準超重症児(者)」の判定スコアが10以上である患者 7-4 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者	820100626	該当する状態(包括的支援加算):1-1 要介護3		
				820100627	該当する状態(包括的支援加算):1-2 要介護4		
				820100628	該当する状態(包括的支援加算):1-3 要介護5		
				820100629	該当する状態(包括的支援加算):1-4 障害支援区分2以上		
				820100631	該当する状態(包括的支援加算):2-1 ランク3a		
				820100632	該当する状態(包括的支援加算):2-2 ランク3b		
				820100633	該当する状態(包括的支援加算):2-3 ランク4		
				820100634	該当する状態(包括的支援加算):2-4 ランクⅣM		
				820100635	該当する状態(包括的支援加算):3 頻回の訪問看護を受けている状態		
				820100636	該当する状態(包括的支援加算):4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態		
				820100637	該当する状態(包括的支援加算):5 施設に入居し、看護職員による処置を受けている状態		
				820101318	該当する状態(包括的支援加算):6 麻薬投薬を受けている状態		※
				820100638	該当する状態(包括的支援加算):7-1 脳性麻痺等・小児慢性特定疾病・障害児に該当する15歳未満の患者		
				820100639	該当する状態(包括的支援加算):7-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者		
				820100640	該当する状態(包括的支援加算):7-3 「超重症児(者)・準超重症児(者)」の判定基準」による判定スコアが10以上である患者		
				820100641	該当する状態(包括的支援加算):7-4 家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者		
169	C003	在宅がん医療総合診療料	在宅がん医療総合診療料を算定した週において、訪問診療、訪問看護を行った年月日を記載すること。 連携保険医療機関又は訪問看護ステーションが行った訪問看護についても同様であること。	850100111	訪問診療年月日(在宅がん医療総合診療料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100112	訪問看護年月日(在宅がん医療総合診療料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
170	C004	救急搬送診療料の長時間加算	診療に要した時間を記載すること。	852100004	診療に要した時間(長時間加算(救急搬送診療料))		
171	C004-2	救急患者連携搬送料	搬送先の保険医療機関名について記載すること。	830100816	搬送先の保険医療機関名(救急患者連携搬送料);*****		※
172	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料	(在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行った場合) 支援と記載し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。	830100092	支援 訪問看護の指示を行った在宅療養支援診療所名(在宅患者訪問看護・指導料);*****		
				830100093	訪問看護の指示を行った在宅療養支援診療所名(同一建物居住者訪問看護・指導料);*****		
			(月の初日が週の途中にある場合) 前月の最終の週における訪問回数を記載すること。	842100037	前月最終週の訪問回数(在宅患者訪問看護・指導料);*****		
				842100038	前月最終週の訪問回数(同一建物居住者訪問看護・指導料);*****		
			(保健師、助産師、看護師又は准看護師のそれぞれが別に当該月に在宅患者訪問看護・指導を行った場合) それぞれの回数を記載すること。	842100039	指導回数(在宅患者訪問看護・指導料);*****		
173	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算	頻回な在宅患者訪問看護・指導を行う必要を認めた診療年月日、訪問看護・指導を行った年月日及びその必要を認めた理由を記載すること。	850100113	頻回な在宅患者訪問看護・指導を行う必要を認めた診療年月日(難病等複数回訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100114	訪問看護・指導を行った年月日(難病等複数回訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100094	頻回な訪問看護・指導の必要を認めた理由(難病等複数回訪問加算);*****		
174	C005 C005-1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅患者連携指導加算、同一建物居住者連携指導加算	情報共有を行った年月日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	850100117	情報共有年月日(在宅患者連携指導加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100118	指導年月日(在宅患者連携指導加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
175	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅患者緊急時等カンファレンス加算・同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算	カンファレンスを実施した年月日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	850100119	カンファレンス実施年月日（緊急時等カンファレンス加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		
				850100120	共同指導年月日（緊急時等カンファレンス加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		
176	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算・同一建物居住者ターミナルケア加算	訪問看護を実施した年月日及び時刻、患者が死亡した場所として在宅又は在宅以外のうち該当するもの及び日時（年月日及び時刻）を記載すること。	820100097	在宅で死亡		
				820100098	在宅以外で死亡		
				850100098	死亡年月日（在宅ターミナルケア加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		
				851100001	患者死亡時刻（在宅ターミナルケア加算）		
177	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の在宅移行管理加算又は在宅移行管理重症者加算	使用している医療機器等の名称（当該診療報酬明細書において医療機器の使用等が明らかである場合を除く。）を記載すること。	特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
178	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算	訪問看護を実施した日時（年月日及び時刻）を記載すること。	850100121	訪問看護年月日（夜間・早朝訪問看護加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		
				850100122	訪問看護年月日（深夜訪問看護加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		
				851100002	訪問看護実施時刻（夜間・早朝訪問看護加算）		
				851100003	訪問看護実施時刻（深夜訪問看護加算）		
179	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の看護・介護職員連携強化加算	介護職員等と同行訪問した年月日を記載すること。	850100123	同行訪問年月日（看護・介護職員連携強化加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		
180	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の特別地域訪問看護加算	患者の住所並びに通常の経路及び方法で訪問に要する時間（片道）を記載すること。	830100095	患者住所（特別地域訪問看護加算）：*****		
				852100005	訪問に要する時間（片道）（特別地域訪問看護加算）		
181	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の緊急訪問看護加算	加算を算定する理由を詳細に記載すること。	830100817	緊急訪問看護の理由（緊急訪問看護加算）：*****		※
			緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。	850190211	緊急訪問年月日（緊急訪問看護加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		※
182	C005- 2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	点滴注射を行った年月日を記載すること。	850100124	点滴注射年月日（在宅患者訪問点滴注射管理指導料）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		
			（在宅患者訪問点滴注射管理指導料に用いる注射薬を支給した場合） 「注射」欄の例により記載し、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る注射薬である旨の「訪点」を表示すること。 なお、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る指示を行った後に算定要件を満たさず薬剤料のみを算定する場合についても同様に記載すること。	820100642	訪点		
183	C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	訪問指導を行った日及び単位数を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
				114006410	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（同一建物居住者以外）	○	
				114015010	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（同一建物居住者）	○	
			（急性増悪等により、一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を必要とする患者に対して行った場合） 「急性」と表示すること。	820100643	急性		
184	C007	訪問看護指示料	算定日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
185	C007	訪問看護指示料の特別訪問看護指示加算	算定日を記載すること。また、頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由として、「急性増悪」、「終末期」、「退院直後」、「その他」の中から該当するものを選択して記載すること。なお、「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	820100099	急性増悪		
				820100100	終末期		
				820100101	退院直後		
				830100469	その他具体的理由（特別訪問看護指示加算）：*****		
186	C007 注3	訪問看護指示料の手順書加算	前回の算定日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850100418	前回算定年月日（手順書加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		
				820190052	初回（手順書加算）		
187	C007- 2	介護職員等喀痰吸引等指示料	前回の指示書を交付した年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190006	指示書の前回交付年月日（介護職員等喀痰吸引等指示料）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		
				820190006	初回（介護職員等喀痰吸引等指示料）		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
188	C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料	(月2回以上算定した場合) 算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。	842100041	単一建物患者数(在宅患者訪問薬剤管理指導料):*****		
			(1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合)	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
			「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100104	管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100105	当該建築物の戸数が20戸未満で管理指導を行う患者が2人以下		
189	C009	在宅患者訪問栄養食事指導料	(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。	842100042	単一建物患者数(在宅患者訪問栄養食事指導料):*****		
			(1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合)	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
			「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で指導料を算定する者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100106	指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100107	当該建築物の戸数が20戸未満で指導料を算定する者が2人以下		
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
190	C010	在宅患者連携指導料	情報共有を行った年月日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	850100125	情報共有年月日(在宅患者連携指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100126	指導年月日(在宅患者連携指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
191	C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料	カンファレンスを実施した年月日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	850100127	カンファレンス実施年月日(在宅患者緊急時等カンファレンス料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100128	指導年月日(在宅患者緊急時等カンファレンス料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
192	C012	在宅患者共同診療料	初回算定年月日を記載すること。	850100129	初回算定年月日(在宅患者共同診療料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
			(15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20キログラム未満の患者又は神経障害等の患者を対象とした場合) 当該診療の初回算定年月日及び初回からの通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	842100043	通算算定回数(在宅患者共同診療料):*****		
193	C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料の(8)又は(9)により当該指導管理料算定する場合) カンファレンスの実施年月日、DESIGN-R※2020による深さの評価及び本通知C013(2)のいずれに該当するのかを記載すること。	850100130	初回カンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100131	2回目のカンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100132	3回目のカンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820100644	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): d0(皮膚損傷・発赤なし)		
				820100645	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): d1(持続する発赤)		
				820100646	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): d2(真皮までの損傷)		
				820100647	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): D3(皮下組織までの損傷)		
				820100648	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): D4(皮下組織を越える損傷)		
				820100649	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): D5(関節腔、体腔に至る損傷)		
				820100650	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): DU(深さ判定が不能の場合)		
				820100651	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):ア 重度の末梢循環不全のもの		
				820100652	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの		
				820100653	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):ウ 強度の下痢が続く状態であるもの		
				820100654	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):エ 極度の皮膚脆弱であるもの		
				820100655	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの		
194	C014	外来在宅共同指導料	共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載すること。	830100643	共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称(外来在宅共同指導料):*****		
				850100490	共同指導を行った年月日(外来在宅共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
195	C015	在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料	ICTを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日を記載すること。	850190212	ICTを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日(在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
197	C100	退院前在宅療養指導管理料	(退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
198	C101	在宅自己注射指導 管理料	(在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給日数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
			830100480	薬剤支給日数(在宅自己注射指導管理料);*****			
			820100656	算定理由(在宅自己注射指導管理料):緊急時			
			850100133	緊急受診した年月日(在宅自己注射指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日			
199	C101 注4	在宅自己注射指導 管理料 バイオ後続品導入初 期加算	初回処方年月日を記載すること。	850100408	初回使用年月日(バイオ後続品導入初期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
200	C101- 3	在宅妊婦糖尿病患者 指導管理料2	分娩日(年月日)を記載すること。	850100134	分娩日(在宅妊婦糖尿病患者指導管理料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
201	C102	在宅自己腹膜灌流指 導管理料	(1月に2回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C102在宅自己腹膜灌流 指導管理料の(1)の「ア」から「オ」までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100110	ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの		
			820100111	イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの			
			820100112	ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの			
			820100113	エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの			
			820100114	オ その他医師が特に必要と認めるもの			
			算定日情報	(算定日)	○		
			算定日情報	(算定日)	○		
			医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○		
			特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○		
			830100096	人工腎臓を算定している他の保険医療機関名(在宅自己腹膜灌流指導 管理料);*****			
830100097	他の保険医療機関で人工腎臓を実施する必要性(在宅自己腹膜灌流指 導管理料);*****						
202	C102- 2	在宅血液透析指導 管理料	(1月に2回以上在宅血液透析指導管理料を算定した場合) 初回の指導管理を行った年月日を記載するとともに、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項 について」別添1第2章第2部C102-2在宅血液透析指導管理料の(3)の「ア」から「ウ」までに規定するものの中から、該 当するものを選択して記載すること。	850100137	初回算定年月日(在宅血液透析指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
			820100115	ア 在宅血液透析の導入期にあるもの			
			820100116	イ 合併症の管理が必要なもの			
			820100117	ウ その他医師が特に必要と認めるもの			
			算定日情報	(算定日情報)	○		
			医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○		
			特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○		
203	C103	在宅酸素療法指導 管理料	当該月の動脈血酸素分圧又は動脈血酸素飽和度を記載すること。	842100072	動脈血酸素分圧(在宅酸素療法指導管理料);*****		
			842100044	動脈血酸素飽和度(%) (在宅酸素療法指導管理料);*****			
			850100139	終夜睡眠ポリグラフィーの実施年月日(在宅酸素療法指導管理料):(元 号)yy"年"mm"月"dd"日			
			842100045	無呼吸低呼吸指数(在宅酸素療法指導管理料);*****			
204	C103	在宅酸素療法指導 管理料の遠隔モニタリ ング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	850100140	在宅酸素療法指導管理料の前回算定年月(遠隔モニタリング加算):(元 号)yy"年"mm"月"		
205	C103 C107 C107- 2	在宅療養指導管理材 料加算の乳幼児呼吸 管理材料加算	(6歳未満の乳幼児に対する在宅呼吸管理を行い、専用の経皮的動脈血酸素飽和度測定器その他附属品を貸与又 は支給した場合) 貸与又は支給した機器等の名称及びその数量を記載すること。	830100819	貸与又は支給した機器等の名称及びその数量(在宅療養指導管理材料 加算(乳幼児呼吸管理材料加算));*****		※
206	C104	在宅中心静脈栄養法 指導管理料	(在宅中心静脈栄養法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載するこ と。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
			特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○		
207	C105	在宅成分栄養経管 栄養法指導管理料	(在宅経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
208	C105- 2	在宅小児経管栄養法 指導管理料	(15歳以上の患者であって経口摂取が著しく困難である状態が15歳未満から継続しているもの(体重が20キログラ ム未満である場合に限る。))に算定した場合) 体重を記載すること。	842100046	患者体重(kg)(在宅小児経管栄養法指導管理料);*****		
			(在宅小児経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
209	C105- 3	在宅半固形栄養経管 栄養法指導管理料	胃瘻造設年月日及び初回算定年月日を記載すること。	850100141	胃瘻造設年月日(在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
			850100142	初回算定年月日(在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日			
			(在宅半固形栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合(院外処方の場合を除く。)) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。 (半固形状の流動食(市販されているものに限る。))に係る指導管理を行った場合) 当該流動食の製品名を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	
				医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	○	

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用
210	C106	在宅自己導尿指導管理料	（在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
211	C107- 2 C107- 2 注3	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見を記載すること。ただし、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)のイに該当する場合は、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載は不要であること。 ※注3における「初診日」は一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日を指す。	850100143	一連の治療期間における初回の指導管理年月日（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		
				842100047	直近の無呼吸低呼吸指数（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）：*****		
				830100099	睡眠ポリグラフィー上の所見（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）：*****		
				850100144	睡眠ポリグラフィー実施年月日（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		
				830100100	算定日の自覚症状（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）：*****		
			（注3を算定する場合） CPAP 療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを 対面診療で確認した日を記載すること。 （2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合） その理由を記載すること。	850190214	症状が改善していることを対面診療で確認した年月日（情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”	※	
				830100101	療法の継続が可能であると認める理由（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）：*****		
212	C107- 2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	850100145	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）前回算定年月：（元号）yy”年”mm”月”		
213	C108	在宅麻薬等注射指導管理料	（在宅麻薬等注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
214	C108- 2	在宅腫瘍化学療法注射指導管理料	（在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
215	C108- 3	在宅強心剤持続投与指導管理料	（在宅強心剤持続投与に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
216	C108- 4	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	在宅麻薬等注射指導管理料（悪性腫瘍の場合）又は在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する保険医療機関と連携して指導管理を行った年月日及び連携して指導管理を行った保険医療機関名を記載すること。	850100146	連携指導管理年月日（在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		
				830100102	連携指導保険医療機関名（在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料）：*****		
			（在宅麻薬注射又は在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
217	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	（在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
218	C110- 2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の導入期加算	補込術を行った年月日を記載すること。	850100147	補込術実施年月日（導入期加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		
219	C110- 3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の導入期加算	補込術を行った年月日を記載すること。	850100147	補込術実施年月日（導入期加算）：（元号）yy”年”mm”月”dd”日”		
220	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	（在宅難治性皮膚疾患処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
221	C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動型）指導管理料	（在宅植込型補助人工心臓（非拍動型）指導管理料に用いる特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
222	C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	（在宅腫瘍治療電場療法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合（院外処方の場合を除く。）） 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	（医薬品名を表示する。）	○	
				特定器材コード	（特定器材名を表示する。）	○	
223	C150	血糖自己測定器加算	（「7日間スキャン式持続血糖測定器によるもの」以外を算定する場合） 1月の血糖自己測定回数（血糖自己測定器加算）を記載すること。	842100048	1月の血糖自己測定回数（血糖自己測定器加算）：*****		
				114009910	血糖自己測定器加算（20回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）	○	
			（1型糖尿病の患者等に対し算定する場合） 1型糖尿病の患者等である旨を記載すること。	114046110	血糖自己測定器加算（30回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）	○	
				114010010	血糖自己測定器加算（40回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）	○	
				114010110	血糖自己測定器加算（60回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）	○	
				114010210	血糖自己測定器加算（90回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）	○	
				114015610	血糖自己測定器加算（120回以上）（1型糖尿病・小児低血糖症等）	○	
224	C150 C157 C158 C159 C159- 2 C163 C165 C171 C171- 2 C171- 3 C172 C174	血糖自己測定器加算 酸素ボンベ加算 酸素濃縮装置加算 液化酸素装置加算 呼吸同調式デマンドバルブ加算 特殊カテーテル加算 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 在宅酸素療法材料加算 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 在宅ハイフローセラピー材料加算 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算 在宅ハイフローセラピー装置加算	（1月に2回分又は3回分の算定を行う場合） 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれかを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれかを算定したのかを選択して記載すること。	820100122	当月分		
				820100123	翌々月分		
				820100124	翌月分		
				820100125	前月分		
				820100126	前々月分		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C152-2持続血糖測定器の(1)に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100657	該当する患者（持続血糖測定器）：1型糖尿病患者の患者（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）		
				820100658	該当する患者（持続血糖測定器）：膝全摘後の患者（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）		
				820100659	該当する患者（持続血糖測定器）：2型糖尿病患者（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）		
				820100660	該当する患者（持続血糖測定器）：1型糖尿病患者の患者（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
225	C152- 2	持続血糖測定器加算	(2型糖尿病患者に対して、間歇注入シリンジポンプと運動しない持続血糖測定器を用いる場合) 直近の空腹時血清Cペプチドの測定結果を記載すること。	820100661	該当する患者(持続血糖測定器)：膵全摘後の患者(間歇注入シリンジポンプと運動しない持続血糖測定器を用いる場合)		
				820100662	該当する患者(持続血糖測定器)：2型糖尿病患者(間歇注入シリンジポンプと運動しない持続血糖測定器を用いる場合)		
				830100103	直近の空腹時血清Cペプチドの測定結果(持続血糖測定器)：*****		
				820100122	当月分		
				820100124	翌月分		
				820100125	前月分		
226	C153 の1	注入器用注射針加算 の1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C153注入器用注射針加算の(2)のア又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100120	ア 糖尿病等で1日概ね4回以上自己注射が必要		
				820100121	イ 血友病で自己注射が必要		
227	C163	特殊カテーテル加算 「2」の「イ」親水性コ ーティング	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C163の「特殊カテーテル加算」の(3)の「ア」から「エ」までの中から該当するものを選択して記載するとともに、要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100104	ア 脊髄障害の要件を満たす医学的根拠：*****		
				830100105	イ 二分脊椎の要件を満たす医学的根拠：*****		
				830100106	ウ 他の中枢神経を原因とする神経因性膀胱の要件を満たす医学的根拠：*****		
				830100107	エ その他の要件を満たす医学的根拠：*****		
228	C165 の1	在宅持続陽圧呼吸療法 用治療器加算1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第2部第2節C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)の「ア」又は「イ」の要件に該当する患者に対し算定する場合) (3)の「ア」又は「イ」のうち該当するものを選択して記載すること。 また、イの要件を根拠に算定する場合は、当該患者に対するASV療法の実施開始日も併せて記載すること。	820100127	ア 留意事項通知アの慢性心不全患者にASV療法を実施した場合		
				820100128	イ 留意事項通知イの心不全患者にASV療法を実施した場合		
				850100148	留意事項通知イの心不全患者 ASV療法開始年月日(在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1)：(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
229	C175	在宅抗菌薬吸入療法 用ネブライザ加算	初回算定日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850100419	初回算定年月日(在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算)：(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				820190053	初回(在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算)		
230	C200 C300	初診、再診又は在宅医療 において、患者の診療を担う 保険医の指示に基づき、当該保 険医の診療日以外の日に訪問 看護ステーション等の看護師 等が、当該患者に対し点滴又は 処置等を実施した場合	(初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合) これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が使用された日を記載すること。	850190200	訪問看護ステーション等の看護師等が薬剤を使用した年月日(C200)：(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				850190201	訪問看護ステーション等の看護師等が特定保険医療材料を使用した年月日(C300)：(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
231	C	在宅療養支援診療所、在宅療 養支援病院から患者の紹介を受け て在宅療養指導管理を行う場合	(「診療報酬の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第59号)第2章第2部第2節第1款の通則3の規定に基づき、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院から患者の紹介を受けて在宅療養指導管理を行う場合) 紹介元医療機関名及び当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。	830100108	紹介元医療機関名：*****		
				830100109	在宅療養指導管理料の算定理由：*****		
232	C	退院した患者に対して、当該退 院月に、退院日に在宅療養指導 管理料を算定した保険医療機 関以外の保険医療機関において 在宅療養指導管理料を算定した 場合	(退院した患者に対して、当該退院月に、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定した場合) 当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。	830100109	在宅療養指導管理料の算定理由：*****		
233	C	在宅療養指導管理料のいずれか の所定点数に併せて特定保険医 療材料のうち「皮膚欠損創傷被 覆材」又は「非固着性シリコン ガーゼ」を支給した場合(在宅難 治性皮膚疾患処置指導管理料を 除く。)) 特定保険医療材料の総点数、名 称及びセット数を記載すること。	(在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて特定保険医療材料のうち「皮膚欠損創傷被覆材」又は「非固着性シリコンガーゼ」を支給した場合(在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を除く。)) 特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	○	
234	D	時間外緊急院内検査 加算	検査開始日時を記載すること。 (引き続き入院した場合) 引き続き入院した場合である旨を記載すること。	853100001	検査開始日時(時間外緊急院内検査加算)：dd“日”hh“時”mm“分”		
				820100129	引き続き入院		
235	D	外来迅速検体検査加 算	(外来診療料を算定した場合であって、当該診療料に包括される検査のみに対して当該加算を算定した場合) 当該加算を算定した日に行った検体検査の項目名を記載すること。 (引き続き入院した場合) 引き続き入院した場合である旨を記載すること。	830100111	検体検査名(外来迅速検体検査加算)：*****		
				820100129	引き続き入院		
236	D001 の10	トリブシノーゲン2(原)	急性肺炎を疑う医学的根拠について記載すること。	830100481	急性肺炎を疑う医学的根拠(トリブシノーゲン2(原))：*****		
237	D001 の17	プロスタグランジンE 主要代謝物(原)	(医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合) その詳細な理由及び検査結果を記載すること。	830100820	1月に1回行う詳細な理由(プロスタグランジンE主要代謝物(原))：*****		※
				830100821	検査結果(プロスタグランジンE主要代謝物(原))：*****		※
238	D001 の19	L型脂肪酸結合蛋白 (L-FABP)(原)	(3月に2回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。	830100112	3月に2回以上算定した詳細な理由(L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP)(原))：*****		
239	D001 の19	好中球ゼラチナーゼ 結合性リボカリン(NGAL)(原)	(医学的な必要性から4回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。	830100113	医学的な必要性から4回以上算定した詳細な理由(好中球ゼラチナーゼ結合性リボカリン(NGAL)(原))：*****		
240	D003 の9	カルプロテクチン(糞 便)	(慢性的な炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎やクローン病等)の診断補助を目的として測定する場合) 要旨を記載すること。 (潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定する場合で医学的な必要性から1月に1回行う場合) 詳細な理由及び検査結果を記載すること。	830100116	慢性的な炎症性腸疾患の診断補助を目的として測定した要旨(カルプロテクチン(糞便)要旨)：*****		
				830100117	詳細理由(カルプロテクチン(糞便))：*****		
				830100118	検査結果(カルプロテクチン(糞便))：*****		
241	D004 の15	アミロイドβ42/40比 (髄液)	(レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合) 必要と判断した医学的根拠を記載すること。 認知機能スコア MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	830100822	必要と判断した医学的根拠(アミロイドβ42/40比(髄液))：*****		※
				820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア：22点以上		※
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア：21点以下		※
				820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：0		※
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：0.5又は1		※
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度：2又は3		※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全肢尺度・評価困難		※
			検査の結果におけるAβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101172	検査の結果、Aβ 病理を示唆する所見あり		※
				820101173	検査の結果、Aβ 病理を示唆する所見なし		※
242	D004- 2の1	悪性腫瘍組織検査 1 悪性腫瘍遺伝子検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D004-2悪性腫瘍組織検査の(2)から(4)までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	820100663	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるALK融合遺伝子検査		
				820100664	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100665	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるBRAF遺伝子検査(次世代シーケンシング)		
				820100666	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100667	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるRAS遺伝子検査		
				820100668	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるBRAF遺伝子検査		
				820100669	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるEGFR遺伝子検査		
				820100670	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるKRAS遺伝子検査		
				820100671	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):リンチ症候群におけるマイクロサテライト不安定性検査		
				820100672	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):乳癌におけるHER2遺伝子検査		
				820100673	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査		
				820100674	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Flt1遺伝子検査		
				820100675	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるTLS-CHOP遺伝子検査		
				820100676	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるSYT-SSX遺伝子検査		
				820100677	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):消化管間葉系腫瘍におけるKIT遺伝子検査		
				820100678	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査		
				820100680	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査		
				820100803	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるEGFR遺伝子検査		
				820100804	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるROS1融合遺伝子検査		
				820100848	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるBRAF遺伝子検査(次世代シーケンシングを除く。)		
				820100849	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるMETex14遺伝子検査(次世代シーケンシングを除く。)		
				820100850	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):濾胞性リンパ腫におけるEZH2遺伝子検査		
				820100853	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるMETEX14遺伝子検査(次世代シーケンシング)		
				820100854	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるRET融合遺伝子検査		
				820100855	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査(リアルタイムPCR法)		
				820100856	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査		
				820100857	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査		
				820101174	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるKRAS遺伝子変異(G12C)検査		※
				820101175	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるHER2遺伝子検査(次世代シーケンシング)		※
				820101176	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査(PCR-rSSO法)		※
				820101177	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):甲状腺癌におけるRET融合遺伝子検査		※
				820101178	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):甲状腺癌におけるRET遺伝子変異検査		※
				820101179	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形腫瘍(肺癌及び大腸癌を除く。)におけるBRAF遺伝子検査(PCR-rSSO法)		※
				820101180	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性リンパ腫におけるBR AF遺伝子検査(PCR-rSSO法)		※
			(早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的としてBRAF遺伝子検査を実施した場合) マイクロサテライト不安定性検査又は「N005-4」ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を実施した年月日を記載すること。	850100150	マイクロサテライト不安定性検査の実施年月日(悪性腫瘍遺伝子検査): (元号)yy'年'mm'月'dd'日		
				850190215	ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の実施年月日(悪性腫瘍遺伝子検査): (元号)yy'年'mm'月'dd'日		※
243	D006 の33	ADAMTS13活性	(血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内に算定する場合) 血栓性血小板減少性紫斑病と診断した年月日又はその再発を確認した年月日を記載すること。	850100151	血栓性血小板減少性紫斑病の診断年月日(ADAMTS13活性): (元号)yy'年'mm'月'dd'日		
				850100152	血栓性血小板減少性紫斑病の再発年月日(ADAMTS13活性): (元号)yy'年'mm'月'dd'日		
			(血栓性血小板減少性紫斑病に対し、血漿交換療法、免疫抑制療法及びカプラズマブ製剤による治療を行った際に治療の継続の要否を判定することを目的として測定を行った場合) 30日間を超え1週間に1回に別に算定する。その医学的な必要性を記載すること。	830100823	医学的な必要性(ADAMTS13活性):*****		※
244	D006 の34	血小板凝集能	(先天性血小板機能低下症が疑われる患者に対し、当該疾患の鑑別診断の補助を目的として、3種類以上の試薬を用いて血小板凝集能を測定した場合) 2回以上算定する場合は、その医学的な必要性について記載すること。	830100824	2回以上算定する医学的な必要性(血小板凝集能 イ 鑑別診断の補助に用いるもの):*****		※
245	D006 の35	ADAMTS13インヒター	(後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内に算定する場合) 後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断した年月日又はその再発を確認した年月日を記載すること。	850100153	後天性血栓性血小板減少性紫斑病の診断年月日(ADAMTS13インヒター): (元号)yy'年'mm'月'dd'日		
				850100154	後天性血栓性血小板減少性紫斑病の再発年月日(ADAMTS13インヒター): (元号)yy'年'mm'月'dd'日		
246	D006- 4	遺伝学的検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D006-4遺伝学的検査の(1)に掲げる遺伝子疾患の中から該当するものを選択して記載すること。 (2回以上実施する場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100825	遺伝子疾患の名称:*****		※
				830100119	遺伝学的検査を2回以上実施する医療上の必要性(遺伝学的検査): *****		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D006-4遺伝学的検査の(1)のオに掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する場合) 臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性を記載すること。	830100120	臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性(遺伝学的検査):*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用
247	D006-4注2	遺伝学的検査の注2加算	検査の対象となった全ての遺伝子疾患の名称及び検査の実施の必要性について、記載すること。	830100826	遺伝子疾患の名称(遺伝学的検査注2);*****		※
				830100827	実施の必要性(遺伝学的検査注2);*****		※
248	D006-5	染色体検査 1 FISH法を用いた場合	(びまん性大細胞型B細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断の目的で2回以上検査を行った場合)「未確」と表示し、前回算定日を記載すること。	850100420	前回算定年月日(染色体検査1 FISH法を用いた場合);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820100858	未確(染色体検査1 FISH法を用いた場合)		
249	D006-10	CCR4タンパク(フローサイトメトリ法)	(CCR4タンパク(フローサイトメトリ法)及びCCR4タンパクを併せて算定した場合)その理由及び医学的根拠を記載すること。	830100121	併せて算定した理由及び医学的根拠(CCR4タンパク(フローサイトメトリ法));*****		
250	D006-11	FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査	本検査を必要と判断した理由を記載すること。 (本検査を再度実施した場合)その理由を記載すること。	830100122	必要理由(FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査);*****		
				830100123	再実施理由(FIP1L1－PDGFRα融合遺伝子検査);*****		
251	D006-12	EGFR遺伝子検査(血漿)	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100124	肺癌の組織検体検査が実施困難である医学的理由(EGFR遺伝子検査(血漿));*****		
252	D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	上皮内癌(CIS)と診断された病理所見を記載すること。	830100125	膀胱がん関連遺伝子検査が実施困難である医学的理由(膀胱がん関連遺伝子検査);*****		
			K803膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施年月日を記載すること。	850100155	膀胱悪性腫瘍手術(経尿道的手術)の実施年月日(膀胱がん関連遺伝子検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
			(本検査を過去に算定している場合)過去の算定日を記載すること。	850100156	過去の算定年月日(膀胱がん関連遺伝子検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
253	D006-18	BRCA1／2遺伝子検査	その医療上の必要性を記載すること。	830100126	医療上の必要性(BRCA1／2遺伝子検査);*****		
254	D006-19	がんゲノムプロファイリング検査	(血液を検体とする場合であって、医学的な理由により、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体としてがんゲノムプロファイリング検査を行うことが困難な場合)固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100761	固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である医学的理由(血液を検体とする)がんゲノムプロファイリング検査);*****		
			(血液を検体とする場合であって、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として実施したがんゲノムプロファイリング検査において、包括的なゲノムプロファイルの結果を得られなかった場合)その旨を記載すること。	820100859	包括的なゲノムプロファイルの結果を得られない(血液を検体とする)がんゲノムプロファイリング検査)		
			(抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合)包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施年月日を記載すること。	850100421	肺癌におけるEGFR遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100422	肺癌におけるROS1融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100423	肺癌におけるALK融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850190216	肺癌におけるRAS遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				850190217	肺癌におけるHER2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				850100424	大腸癌におけるRAS遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850190218	大腸癌におけるHER2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				850190219	大腸癌におけるBRAF遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				850100425	乳癌におけるHER2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100426	固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100427	肺癌におけるMETex14遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100428	悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100429	固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100430	固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100431	胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100432	卵巣癌におけるBRCA1遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100433	前立腺癌におけるBRCA1遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100434	卵巣癌におけるBRCA2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100435	前立腺癌におけるBRCA2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
255	D006-20	角膜ジストロフィー遺伝子検査	その医学的な必要性を記載すること。	830100127	医学的な必要性(角膜ジストロフィー遺伝子検査);*****		
256	D006-22	RAS遺伝子検査(血漿)	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100483	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的理由(RAS遺伝子検査(血漿));*****		
257	D006-25	CYP2C9遺伝子多型	必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100484	必要と判断した医学的根拠(CYP2C9遺伝子多型);*****		
258	D006-26	染色体構造変異解析	検査を実施する医学的な理由を記載すること。	830100485	検査を実施する医学的な理由(染色体構造変異解析);*****		
259	D006-27の1	悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)ROS1融合遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100486	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的理由(ROS1融合遺伝子検査);*****		
260	D006-27の2	悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)ALK融合遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100487	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的理由(ALK融合遺伝子検査);*****		
261	D006-27の3	悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)METex14遺伝子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100488	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的理由(METex14遺伝子検査);*****		
262	D006-27の4	悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)NTRK融合遺伝子検査	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100489	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的理由(NTRK融合遺伝子検査);*****		
263	D006-27の5	悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)RAS遺伝子検査	本検査の実施に当たっては、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節D006-27イに該当する医学的な理由を記載すること。	830100828	医学的な理由(イの(イ)に該当)(RAS遺伝子検査);*****		※
				830100829	医学的な理由(イの(ロ)に該当)(RAS遺伝子検査);*****		※
				830100830	医学的な理由(イの(ハ)に該当)(RAS遺伝子検査);*****		※

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

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
270	D007 の57	ロイシンリッチα2グリ コブロテイン	前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190049	前回実施年月日（ロイシンリッチα2グリコブロテイン）；（元号）yy“年”mm”月”dd”日”		
				820190054	初回（ロイシンリッチα2グリコブロテイン）		
			医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を記載すること。	830100490	1月に1回行う詳細な理由（ロイシンリッチα2グリコブロテイン）；*****		
				830100491	検査結果（ロイシンリッチα2グリコブロテイン）；*****		
271	D008 の18	脳性Na利尿ペプチド （BNP）	（脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）及び心房性Na利尿ペ プチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合） 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
272	D008 の20	脳性Na利尿ペプチド 前駆体N端フラグメン ト（NT－proBNP）	（脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）及び心房性Na利尿ペ プチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合） 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
273	D008 の24	低カルボキシル化オス テオカルシン（ucOC）	（2回目を算定した場合） 前回算定年月日を記載すること。	850100161	前回算定年月日（ucOC）；（元号）yy“年”mm”月”dd”日”		
274	D008 の25	酒石酸抵抗性酸ホス ファターゼ（TRACP－ 5b）	（診断補助として実施した後、6月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合） 診断補助として実施した日を記載すること。	850100159	診断補助の実施年月日（TRACP－5b）；（元号）yy“年”mm”月”dd”日”		
			（治療方針を変更した際に実施した場合） 治療方針の変更年月日を記載すること。	850100160	治療方針変更年月日（TRACP－5b）；（元号）yy“年”mm”月”dd”日”		
275	D008 の43	抗IA－2抗体	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗GAD抗体）の結果、陰性を確認した年月日を記載すること。	850100163	抗GAD抗体陰性の確認年月日（抗IA－2抗体）；（元号）yy“年”mm”月”dd”日”		
276	D008 の46	心房性Na利尿ペプチ ド（ANP）	（脳性Na利尿ペプチド（BNP）、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT－proBNP）及び心房性Na利尿ペ プチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合） 各々の検査の実施日を記載すること。	算定日情報	（算定日）	○	
277	D008 の52	抗ミューラー管ホルモン （AMH）	前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190050	前回実施年月日（抗ミューラー管ホルモン（AMH））；（元号）yy“年”mm”月”dd”日”		
				820190055	初回（抗ミューラー管ホルモン（AMH））		
278	D008 の53	レプテン	脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由を記載すること。	830100492	脂肪萎縮の発症時期（レプテン）；*****		
				830100493	全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由（レプテン）；*****		
279	D009 の9	前立腺特異抗原（PS A）	（前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原（PSA）を2回以上算定する場合） 「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	850100164	検査の実施年月日（前立腺特異抗原（PSA））；（元号）yy“年”mm”月”dd”日”		
				842100049	未確 検査値（前立腺特異抗原（PSA））；*****		
280	D009 の30	可溶性モノテリン関連 ペプチド	（悪性中皮腫の診断の補助を目的として実施する場合） 本検査が必要である理由を記載すること。	820100809	（イ）右肺端露腔があり、胸水、腹水等の貯留が認められる患者（可溶性 モノテリン関連ペプチド）		
				820100810	（ロ）体腔液細胞診で悪性中皮腫が疑われる患者（可溶性モノテリン関連 ペプチド）		
				820100811	（ハ）画像診断で胸膜腫瘍、腹膜腫瘍等の漿膜腫瘍が認められる患者（可 溶性モノテリン関連ペプチド）		
281	D009 の31	S2、3PSA%	（前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合） 前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190220	前回実施年月日（S2、3PSA%）；（元号）yy“年”mm”月”dd”日”		※
				820190494	初回（S2、3PSA%）		※
			前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。	850190221	前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日（S2、3PSA%）；（元号）yy“年” mm”月”dd”日”		※
				830100838	前立腺特異抗原（PSA）の測定結果（S2、3PSA%）；*****		※
				830100839	2回以上算定する必要性（S2、3PSA%）；*****		※
282	D009 の32	プロステートヘルスイ ンデックス（phi）	（前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合） 前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	850190051	前回実施年月日（プロステートヘルスインデックス（phi））；（元号）yy“年” mm”月”dd”日”		
				820190056	初回（プロステートヘルスインデックス（phi））		
			前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日及び測定結果を記載すること。	850100436	前立腺特異抗原（PSA）の測定年月日（プロステートヘルスインデックス （phi））；（元号）yy“年”mm”月”dd”日”		
				830100494	前立腺特異抗原（PSA）の測定結果（プロステートヘルスインデックス（ph i））；*****		
283	D009 の35	アポリipoprotein A2（AP O A2）アイソフォーム	本検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100840	必要と判断した医学的根拠（アポリipoprotein A2（APOA2）アイソフォーム）； *****		※
				850190222	CA19－9の測定年月日（アの（イ）に実施）（アポリipoprotein A2（APOA2） アイソフォーム）；（元号）yy“年”mm”月”dd”日”		※
			（本検査を、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節D009 腫瘍マーカーの（28）アの（イ）に実施する場合） CA19－9の測定年月日及び測定結果を、記載すること。	830100841	CA19－9の測定結果（アの（イ）に実施）（アポリipoprotein A2（APOA2）ア イソフォーム）；*****		※
				850190223	癌胎児性抗原（CEA）の測定年月日（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリipoprotein A2（APOA2）アイソフォーム）；（元号）yy“年”mm”月”dd”日”		※
			（本検査を、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節D009 腫瘍マーカーの（28）アの（ロ）及び（ハ）に実施する場合） 癌胎児性抗原（CEA）及びCA19－9の測定年月日並びに測定結果を、記載すること。	850190224	CA19－9の測定年月日（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリipoprotein A2（APO A2）アイソフォーム）；（元号）yy“年”mm”月”dd”日”		※
				830100842	癌胎児性抗原（CEA）の測定結果（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリipoprotein A 2（APOA2）アイソフォーム）；*****		※
				830100843	CA19－9の測定結果（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリipoprotein A2（APOA 2）アイソフォーム）；*****		※
284	D011 の4	不規則抗体	輸血歴あり又は妊娠歴ありのうち該当するものを選択して記載すること。	820100137	輸血歴あり		
				820100138	妊娠歴あり		
285	D012 の16	HIV－1、2抗体定性 HIV－1、2抗体半定 量 HIV－1、2抗原・抗体 同時測定定性	（K920輸血料（「4」の自己血輸血を除く。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等） の輸注を行った患者の場合） 当該輸血又は輸注が行われた最終年月日を記載すること。	850100165	輸血又は輸注最終年月日（HIV－1、2抗体定性）；（元号）yy“年”mm”月” dd”日”		
				850100166	輸血又は輸注最終年月日（HIV－1、2抗体半定量）；（元号）yy“年”mm” 月”dd”日”		
				850100167	輸血又は輸注最終年月日（HIV－1、2抗原・抗体同時測定定性）；（元 号）yy“年”mm”月”dd”日”		
286	D012 の17	HIV－1抗体	（K920輸血料（「4」の自己血輸血を除く。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等） の輸注を行った患者の場合） 当該輸血又は輸注が行われた最終年月日を記載すること。	850100168	輸血又は輸注最終年月日（HIV－1抗体）；（元号）yy“年”mm”月”dd”日”		
287	D012 の20	HIV－1、2抗原・抗体 同時測定定量 HIV－1、2抗体定量	（K920輸血料（「4」の自己血輸血を除く。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等） の輸注を行った患者の場合） 当該輸血又は輸注が行われた最終年月日を記載すること。	850100169	輸血又は輸注最終年月日（HIV－1、2抗原・抗体同時測定定量）；（元 号）yy“年”mm”月”dd”日”		
				850100170	輸血又は輸注最終年月日（HIV－1、2抗体定量）；（元号）yy“年”mm”月” dd”日”		
288	D012 の28	SARS-CoV-2抗原定 性	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100500	検査が必要と判断した医学的根拠（SARS-CoV-2抗原定性）；*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
289	D012 の39	単純ヘルペスウイルス 抗原定性(皮膚)	(医学的な必要性から、本検査を2回以上算定する場合) その理由を記載すること。	830100844	2回以上算定する理由(単純ヘルペスウイルス抗原定性(皮膚)); *****		※
290	D012 の50	SARS-CoV-2・インフ ルエンザウイルス抗原 同時検出定性	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100503	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・インフルエンザウ イルス抗原同時検出定性);*****		
291	D012 の53	白黴菌抗原定性	(KOH直接鏡検が陰性であったものの、臨床所見等から爪白癬が疑われる場合) 検査を実施した医学的な必要性を記載すること。	830100496	医学的な必要性(白黴菌抗原定性);*****		
			(KOH直接鏡検が実施できない場合) KOH直接鏡検を実施できない理由を記載すること。	830100497	KOH直接鏡検を実施できない理由(白黴菌抗原定性);*****		
292	D012 の57	サイトメガロウイルス pp65抗原定性	(高度細胞性免疫不全の患者に対して算定した場合) 当該検査が必要であった理由を記載すること。	830100456	高度細胞性免疫不全に対して算定した必要性理由(サイトメガロウイルス pp65抗原定性必要理由);*****		
293	D012 の59	SARS-CoV-2・RS ウイルス抗原同時検 出定性	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はRSウイルス感染以外の診断がつかない場合であって、さら に1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100845	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・RSウイルス抗原 同時検出定性);*****		※
294	D012 の59	SARS-CoV-2・イン フルエンザウイル ス・RSウイルス抗原 同時検出定性	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100846	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・インフルエンザウ イルス・RSウイルス抗原同時検出定性);*****		※
295	D012 の61	SARS-CoV-2抗原検 出定量	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100501	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2抗原検出定量); *****		
296	D012 の65	鳥特異的IgG抗体	検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100498	検査が必要と判断した医学的根拠(鳥特異的IgG抗体);*****		
297	D012 の66	抗アデノ随伴ウイルス 9型(AAV9)抗体	(2回以上算定する場合) 必要性を記載すること。	830100499	2回以上算定する必要性(抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗体); *****		
298	D014 の24	抗シトルリン化ペプチ ド抗体定性 抗シトルリン化ペプチ ド抗体定量	(関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定する場合) 「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	850100171	検査の実施年月日(抗シトルリン化ペプチド抗体定性;(元号)yy"年"mm"月"dd"日)		
				850100172	検査の実施年月日(抗シトルリン化ペプチド抗体定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日)		
				842100050	未確 検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定性);*****		
				842100051	未確 検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定量);*****		
			(再度治療薬を選択する必要があり抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定する場合) その医学的な必要性を記載すること。	830100128	検査を2回以上算定する医学的な必要性(抗シトルリン化ペプチド抗体定 性);*****		
				830100129	検査を2回以上算定する医学的な必要性(抗シトルリン化ペプチド抗体定 量);*****		
299	D014 の28	抗LKM-1抗体	抗核抗体陰性を確認した年月日を記載すること。	850100173	抗核抗体陰性確認年月日(抗LKM-1抗体):(元号)yy"年"mm"月"dd"日)		
300	D014 の47	抗アクアポリン4抗体	(抗アクアポリン4抗体を再度実施した場合) 前回の検査実施日及び検査を再度実施する医学的な必要性を記載すること。	850100174	前回実施年月日(抗アクアポリン4抗体):(元号)yy"年"mm"月"dd"日)		
				830100130	再度実施する医学的な必要性(抗アクアポリン4抗体);*****		
301	D014 の47	抗P/Q型電位依存 性カルシウムチャネル 抗体(抗P/Q型VGCC 抗体)	(反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認めない患者を対象として実施する場合) その詳細な理由を記載すること。	830100504	医学的な必要性(抗P/Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体(抗P/Q 型VGCC抗体));*****		
302	D014 の48	抗HLA抗体(スクリー ニング検査)	(1年に2回以上実施する場合) その理由及び医学的な必要性を記載すること。	830100131	1年に2回以上実施する医学的な必要性(抗HLA抗体(スクリーニング検 査));*****		
303	D014 の49	抗HLA抗体(抗体特異 性同定検査)	(1年に2回以上実施する場合) その理由及び医学的な必要性を記載すること。	830100132	1年に2回以上実施する医学的な必要性(抗HLA抗体(抗体特異性同定 検査));*****		
304	D015 の17	インターロイキン-6(IL -6)	実施した年月日を記載すること。	850100437	実施年月日(インターロイキン-6(IL-6));(元号)yy"年"mm"月"dd"日)		
			(3回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。	830100762	3回以上算定する詳細な理由(インターロイキン-6(IL-6));*****		
305	D015 の28	sFlt-1/PIGF比	リスク因子のいずれに該当するかを記載すること。	820100860	(イ) 収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上(s Flt-1/PIGF比)		
				820100861	(ロ) 蛋白尿(sFlt-1/PIGF比)		
				820100862	(ハ) 妊婦高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見(sFlt-1/PIGF 比)		
				820100863	(ニ) 子宮内胎児発育遅延(sFlt-1/PIGF比)		
				820100864	(ホ) 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見(sFlt-1/PIGF比)		
			(ハ) 妊婦高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見に該当する場合) 医学的根拠を記載すること。	830100506	(ハ)に該当する医学的根拠(sFlt-1/PIGF比);*****		
			(ホ) 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見に該当する場合) 医学的根拠を記載すること。	830100507	(ホ)に該当する医学的根拠(sFlt-1/PIGF比);*****		
			(リスク因子を2つ以上有する妊婦において算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830100508	医学的必要性(リスク因子を2つ以上有する妊婦)(sFlt-1/PIGF比); *****		
			(一連の妊婦につき2回以上算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830100509	医学的必要性(一連の妊婦につき2回以上算定)(sFlt-1/PIGF比); *****		
306	D016 の8	顆粒球表面抗原検査	本検査を実施した場合には、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成26年11月12日付け健発 1112第1号厚生労働省健康局長通知)において示されている診断基準に基づいて、当該疾患を疑う根拠を記載する こと。	830100847	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール(GPI)欠損症を疑う根拠(顆 粒球表面抗原検査);*****		※
307	D017	排泄物、滲出物又は 分泌物の細菌顕微鏡 検査	(「排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣(鏡検法)又は尿沈渣(フローサイトメトリ法)を同一日に 併せて算定する場合) 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。	830100133	検体の種類(S-蛍光M、位相差M、暗視野M);*****		
				830100134	検体の種類(S-M);*****		
				830100135	検体の種類(S-保温装置使用アメーバM);*****		
308	D023 の4	HBV核酸定量	(B型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を行っている悪性リンパ腫等の患者に対し て、B型肝炎の再活性化を考慮し、「4」のHBV核酸定量を行った場合) 治療中又は治療終了年月日を記載すること。	850100438	治療終了年月日(HBV核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日)		
				820100865	B型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を 行っている悪性リンパ腫等の患者の治療中(HBV核酸定量)		
309	D023 の6	インフルエンザ核酸検 出	当該検査が必要である理由を記載すること。	820101181	ア 5歳未満の幼児(インフルエンザ核酸検出)		※
				820101182	イ 65歳以上の高齢者(インフルエンザ核酸検出)		※
				820101183	ウ 妊婦(インフルエンザ核酸検出)		※
				820101184	エ その他重症化リスクのある患者(インフルエンザ核酸検出)		※
				820100139	ア 臓器移植後の患者		
				820100140	イ 造血幹細胞移植後の患者で留意事項通知に規定するもの		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
310	D023 の8	EBウイルス核酸定量	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D023微生物核酸同定・定量検査の(7)のアからクまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載し、併せて、該当するものに 応じ、以下の事項を記載すること。 ・アに該当する場合、臓器移植の実施年月日 ・イに該当する場合、造血幹細胞移植の実施年月日 ・ウに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日 ・エのうら移植後リンパ増殖性疾患の経過経過観察を目的として実施する場合、移植後リンパ増殖性疾患と診断され した年月日及び医学的根拠 ・オのうちEBウイルス陽性が確認された後の経過観察を目的として実施する場合、EBウイルス陽性を確認した年月 日及び医学的根拠 ・カに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日 ・キに該当する場合、医学的根拠	820100141	ウ 留意事項通知に規定する抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者		
				820100142	エ 移植後リンパ増殖性疾患患者(経過観察目的)		
				820100143	オ 悪性リンパ腫又は白血病の患者(経過観察目的)		
				820100144	カ 再生不良性貧血の患者で抗胸腺細胞グロブリンが投与されたもの		
				820100145	キ 慢性活動性EBウイルス感染症等の患者		
				820101185	ク 上咽頭癌の患者		※
				850100175	臓器移植実施年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100176	造血幹細胞移植実施年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100177	移植後リンパ増殖性疾患と診断された年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100178	EBウイルス陽性を確認した年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100179	抗胸腺細胞グロブリンの投与開始年月日(EBウイルス核酸定量):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100136	移植後リンパ増殖性疾患と診断した医学的根拠(EBウイルス核酸定量);*****		
				830100137	EBウイルス陽性を確認した医学的根拠(EBウイルス核酸定量);*****		
				830100848	留意事項通知キに該当する医学的根拠(EBウイルス核酸定量);*****		※
311	D023 の16	HTLV-1 核酸検出	HTLV-1 抗体(ウエスタンブロット法及びライントブロット法)の判定保留を確認した年月日を記載すること。	850100180	HTLV-1 抗体判定保留確認年月日(HTLV-1 核酸検出):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
312	D023 の17	サイトメガロウイルス 核酸定量	(高度細胞性免疫不全の患者に算定する場合) 検査が必要であった理由について記載すること。	830100513	検査が必要な理由(サイトメガロウイルス核酸定量);*****		
313	D023 の19	SARS-CoV-2核酸検出	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断が見つからない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100511	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2核酸検出);*****		
314	D023 の19	SARS-CoV-2・インフ ルエンザ核酸同時検出	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断が見つからない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100518	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出);*****		
315	D023 の19	SARS-CoV-2・R Sウイルス核酸同時検出	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断が見つからない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100849	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出);*****		※
316	D023 の19	SARS-CoV-2・イン フルエンザ・RSウ イルス核酸同時検出	(本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断が見つからない場合であって、さらに1回算定した場合) 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100850	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出);*****		※
317	D023 の22	ウイルス・細菌核酸多 項目同時検出(SAR S-CoV-2核酸検出 を含まないもの)	検査を実施した年月日を記載すること。 (「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D023の17ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの)(32)のイの(ロ)に該当する場合) 治療内容を記載すること。	850100181	検査実施年月日(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの));(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100140	治療内容(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの));*****		
318	D023 の23	ウイルス・細菌核酸多 項目同時検出(SAR S-CoV-2核酸検出 を含む。)	検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100515	検査が必要と判断した医学的根拠(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2核酸検出を含む。));*****		
319	D023 の24	細菌核酸・薬剤耐性 遺伝子同時検出	関連学会が定める敗血症診断基準に基づいて、敗血症を疑う根拠を記載すること。	830100141	敗血症を疑う根拠(細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出);*****		
320	D023 の24	ウイルス・細菌核酸多 項目同時検出(髄液)	髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性を詳細に記載すること。	830100851	髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液));*****		※
321	D023 の25	HPVジェノタイプ判定	あらかじめ行われた組織診断の実施日及び組織診断の結果、CIN1又はCIN2のいずれに該当するかを記載すること。 (当該検査の2回目以降を算定した場合) 前回実施年月日を記載すること。	850190225	あらかじめ行われた組織診断の実施日(HPVジェノタイプ判定):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				820100146	CIN1		
				820100147	CIN2		
				850100182	前回実施年月日(HPVジェノタイプ判定):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
322	D026	検体検査判断料の遺 伝カウンセリング加算	(BRCA1/2遺伝子検査を行った保険医療機関と遺伝カウンセリングを行った保険医療機関とが異なる場合) 遺伝カウンセリングを行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した年月日を記載すること。	830100142	遺伝カウンセリングを行った保険医療機関名(遺伝カウンセリング加算);*****		
				850100183	遺伝カウンセリングを行った保険医療機関の受診年月日(遺伝カウンセリング加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
323	D210- 3	植込型心電図検査	心電図が記録されていた時間を記載すること。	852100006	心電図が記録されていた時間(植込型心電図検査)		
324	D211- 3	時間内歩行試験	過去の実施年月日を記載すること。	850100184	過去実施年月日(時間内歩行試験):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
325	D211- 4	シャトルウォーキング テスト	過去の実施年月日、在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針を記載すること。	850100185	過去実施年月日(シャトルウォーキングテスト):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100143	在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針(シャトルウォーキングテスト);*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用
326	D215	超音波検査(記録に要 する費用を含む。) 2断層撮影法(心臓超 音波検査を除く。) ロ その他の場合 (1) 胸腹部	検査を行った領域を記載すること。	820100681	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):ア 消化器領域		
				820100682	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):イ 腎・泌尿器領域		
				820100683	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):ウ 女性生殖器領域		
				820100684	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):エ 血管領域(大動脈・大静脈等)		
				820100685	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等		
				820100686	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):カ その他		
327	D215- 2	肝硬度測定	(力に該当する場合) 具体的な臓器又は領域を記載すること。	830100144	具体的な臓器又は領域:*****		
			(3月に2回以上算定する場合) その理由及び詳細な医学的根拠を算定すること。	830100145	3月に2回以上算定する理由・医学的根拠(肝硬度測定):*****		
			(肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100147	別に算定する理由及び医学的根拠(肝硬度測定):*****		
328	D215- 3	超音波エラストグラフィー	(3月に2回以上算定する場合) その理由及び詳細な医学的根拠を算定すること。	830100146	3月に2回以上算定する理由・医学的根拠(超音波エラストグラフィー):*****		
			(肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100148	別に算定する理由及び医学的根拠(超音波エラストグラフィー):*****		
329	D215- 4	超音波減衰法検査	(肝硬度測定、超音波エラストグラフィー及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100619	別に算定する理由及び医学的根拠(超音波減衰法検査):*****		
			(脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、肝臓の脂肪量を評価した場合) 前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190052	前回実施年月日(超音波減衰法検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190057	初回(超音波減衰法検査)		
330	D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ	算定開始年月日を記載すること。	850100186	算定開始年月日(呼吸心拍監視等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
331	D231- 2	皮下連続式グルコース測定	『診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について』別添1第2章第3部D231-2皮下連続式グルコース測定の(2)のア又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	820100151	ア 留意事項通知に規定する1型糖尿病患者(検査)		
				820100152	イ 留意事項通知に規定する2型糖尿病患者(検査)		
332	D236- 2の1	光トポグラフィ 1 脳外科手術の術前検査に使用するもの	手術実施年月日又は手術実施予定年月日を記載すること。	850100187	手術実施年月日(光トポグラフィ(脳外科手術前検査)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100188	手術予定年月日(光トポグラフィ(脳外科手術前検査)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
333	D236- 2の2	光トポグラフィ 2 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの	(手術が行われなかった場合) その理由を記載すること。	830100149	手術が行われなかった理由(光トポグラフィ(脳外科手術前検査)):*****		
			当該検査が必要な理由及び前回の実施年月日(該当する患者に限る。)を記載すること。	830100150	検査の必要理由(光トポグラフィ(抑うつ症状の鑑別診断)):*****		
				850100189	前回実施年月日(光トポグラフィ(抑うつ症状の鑑別診断)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
334	D236- 3の1	脳磁図 1 自発活動を測定するもの	手術実施年月日又は手術実施予定年月日を記載すること。	850100190	手術実施日(脳磁図(自発活動を測定するもの)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100191	手術実施予定日(脳磁図(自発活動を測定するもの)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
			(手術が行われなかった場合) その理由を記載すること。	830100151	手術が行われなかった理由(脳磁図(その他のもの)):*****		
335	D236- 3の2	脳磁図 2 その他のもの	検査の医学的な必要性及び結果の概要を記載すること。	830100152	検査の医学的な必要性(脳磁図(その他のもの)):*****		
				830100153	結果の概要(脳磁図(その他のもの)):*****		
336	D237 の3の イ	終夜睡眠ポリグラフィ 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの	『診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について』別添1第2章第3部D237終夜睡眠ポリグラフィの(3)の(イ)から(ホ)までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100154	(イ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****		
				830100155	(ロ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****		
				830100156	(ハ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****		
				830100157	(ニ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****		
				830100778	(ホ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****		
			次の事項を記載すること。	830100521	安全精度管理を要した患者の診断名(疑い病名を含む。)(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****		
				830100522	検査中の安全精度管理に係る検査結果の要点(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****		
				830100523	継続的な治療の内容(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****		
				830100524	BMI(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****		
				830100525	医学的な必要性(終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外)(安全精度管理下)):*****		
337	D239 の2	筋電図検査 2 誘発筋電図	検査を行った神経名を記載すること。 (感覚・運動の別、左・右の別を記載すること。)	830100158	正中神経(誘発筋電図):*****		
				830100159	尺骨神経(誘発筋電図):*****		
				830100160	腓腹神経(誘発筋電図):*****		
				830100161	脛骨神経(誘発筋電図):*****		
				830100162	腓骨神経(誘発筋電図):*****		
				830100163	顔面神経(誘発筋電図):*****		
				830100164	橈骨神経(誘発筋電図):*****		
				830100165	三叉神経(誘発筋電図):*****		
				830100166	腋窩神経(誘発筋電図):*****		
				830100167	その他(誘発筋電図):*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
338	D239 の4	筋電図検査 4 単線 維筋電図(一連につ き)	検査実施年月日、実施医療機関の名称、診断名(疑いを含む。)及び当該検査を行う医学的必要性の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	850190226	検査実施年月日(単線維筋電図):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				830100852	実施医療機関の名称(単線維筋電図):*****		※
				830100853	診断名(疑いを含む。)(単線維筋電図):*****		※
				830100854	検査を行う医学的必要性(単線維筋電図):*****		※
339	D245	鼻腔通気度検査	当該検査に関連する手術名及び手術実施年月日(手術前に当該検査を実施した場合においては手術実施予定年月日)を記載すること。	830100168	鼻腔通気度検査に関連する手術名(鼻腔通気度検査):*****		
				850100192	手術実施年月日(鼻腔通気度検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100193	手術予定年月日(鼻腔通気度検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
340	D258- 2	網膜機能精密電気生 理検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D258-2網膜機能精密電気生理検査の(1)から(3)までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。 (1)又は(2)を記載した場合は、直近の算定月日(初回であればその旨)を、(3)を記載した場合は手術施行(予定を含む。)年月日を記載すること。	820100153	(1) 留意事項通知に規定する患者に対する黄斑疾患の診断目的		
				820100154	(2) 黄斑ジストロフィーの診断目的		
				820100155	(3) 網膜手術の前後		
				850190007	前回算定年月日(網膜機能精密電気生理検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190007	初回(網膜機能精密電気生理検査)		
				850100194	手術実施年月日(網膜機能精密電気生理検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
341	D258- 3	黄斑局所網膜電図、 全視野精密網膜電図	(黄斑局所網膜電図又は全視野精密網膜電図を年2回以上算定する場合) その医学的必要性を記載すること。	830100169	年2回以上算定する医学的必要性(黄斑局所網膜電図):*****		
				830100170	年2回以上算定する医学的必要性(全視野精密網膜電図):*****		
342	D282- 4	ダーモスコピー	(新たに他の病変で検査を行う場合) 医学的必要性から4月に2回以上算定するときはその理由を記載すること。	830100763	新たな他の病変で4月に2回以上算定する理由(ダーモスコピー): *****		
343	D285	認知機能検査その他の 心理検査 1 操作が 容易なもの イ 簡易な もの	(3月以内に2回以上算定する場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100171	その理由及び医学的根拠(認知機能検査 1 簡易なもの):*****		
			前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190053	前回実施年月日(認知機能検査その他の心理検査 1 操作が容易なものイ簡易なもの):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190058	初回(認知機能検査その他の心理検査 1 操作が容易なものイ簡易なもの)		
344	D310 の3	小腸内視鏡検査 3 カプセル型内視鏡 によるもの	当該患者の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100172	小腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)症状詳記:*****		
345	D310 注2	小腸内視鏡検査 内視鏡的留置術加算	当該患者の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100527	小腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記:*****		
346	D313 の2	大腸内視鏡検査 2 カプセル型内視鏡 によるもの	当該患者の症状詳記を記載すること。さらに、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D313大腸内視鏡検査の(2)のアからウまでに規定するものうち、該当するものを選択して記載するとともに、アの場合は実施日を、イ又はウの場合は実施困難な理由を記載すること。 症状詳記については、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	820100156	ア 大腸ファイバースコープでは回盲部まで到達できなかった患者		
				820100157	イ 器質的異常により大腸ファイバースコープが困難と判断された患者		
				820100805	ウ 身体的負担により大腸ファイバースコープが実施困難であると判断された患者		
				850100196	大腸内視鏡検査の実施年月日(大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100173	大腸内視鏡検査が困難な理由(大腸内視鏡検査(カプセル型内視鏡)):*****		
347	D313 注3	大腸内視鏡検査 バルーン内視鏡加算	当該患者の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100528	大腸内視鏡検査(バルーン内視鏡加算)症状詳記:*****		
348	D313 注4	大腸内視鏡検査 内視鏡的留置術加算	当該患者の症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100529	大腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記:*****		
349	D414	内視鏡下生検法	「1臓器」の取扱いについては、「N000」病理組織標本作製(1臓器につき)に準ずる。 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N000病理組織標本作製の(1)の(ア)から(ケ)までのいずれかを選択し記載する。 なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載すること。	820100866	ア 気管支及び肺臓		
				820100867	イ 食道		
				820100868	ウ 胃及び十二指腸		
				820100869	エ 小腸		
				820100870	オ 盲腸		
				820100871	カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸		
				820100872	キ S状結腸		
				820100873	ク 直腸		
				820100874	ケ 子宮体部及び子宮頸部		
				830100612	コ その他:*****		
				850190008	前回実施年月日(アルブミン定量(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190008	初回(アルブミン定量(尿))		
				850190009	前回実施年月日(ミオイノシトール(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190009	初回(ミオイノシトール(尿))		
				850190227	前回実施年月日(プロスタグランジンE主要代謝物(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				820190495	初回(プロスタグランジンE主要代謝物(尿))		※
				850190010	前回実施年月日(4型コラーゲン(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190010	初回(4型コラーゲン(尿))		
				850190011	前回実施年月日(シュウ酸(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190011	初回(シュウ酸(尿))		
				850190012	前回実施年月日(L型脂脂肪酸結合蛋白(L-FABP(尿)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190012	初回(L-FABP(尿))		

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

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

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

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
360	E101- 4の3	ポジトロン断層・磁気 共鳴コンピューター断 層融合撮影 3 アミロ イドPETイメージング 剤を用いた場合	認知機能スコア MMSEスコアを記載すること。(他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。)	820101166	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:22点以上		※
				820101167	画像診断を実施する時点におけるMMSEスコア:21点以下		※
				820101168	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0		※
				820101169	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:0.5又は1		※
				820101170	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:2又は3		※
				820101171	画像診断を実施する時点におけるCDR全般尺度:評価困難		※
				820101186	画像診断の結果、Aβ 病理を示唆する所見あり		※
			画像診断の結果におけるAβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。	820101187	画像診断の結果、Aβ 病理を示唆する所見なし		※
361	E200	コンピューター断層撮 影	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合) それぞれ初回の算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)	○	
				170040210	CT撮影(64列以上)共同利用施設(画診共同)	○	
				170040310	CT撮影(64列以上)共同利用施設・頭部外傷(画診共同)	○	
				170040410	CT撮影(64列以上)(その他)(画診共同)	○	
				170040510	CT撮影(64列以上)(その他)頭部外傷(画診共同)	○	
				170040610	CT撮影(16列以上64列未満)(画診共同)	○	
			(別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層 撮影を算定した場合) 画診共同と表示すること。	170040710	CT撮影(16列以上64列未満)頭部外傷(画診共同)	○	
				170040810	CT撮影(4列以上16列未満)(画診共同)	○	
				170040910	CT撮影(4列以上16列未満)頭部外傷(画診共同)	○	
				170041010	CT撮影(イ、ロ又はハ以外)(画診共同)	○	
				170041110	CT撮影(イ、ロ又はハ以外)頭部外傷(画診共同)	○	
				170041210	脳槽CT撮影(造影含む)(画診共同)	○	
				170041310	脳槽CT撮影(造影含む)頭部外傷(画診共同)	○	
				820182000	撮影部位(CT撮影):頭部(副鼻腔を除く)		
				820182800	撮影部位(CT撮影):頭部(副鼻腔)		
				820182110	撮影部位(CT撮影):頸部		
				820182210	撮影部位(CT撮影):胸部・肩		
				820182300	撮影部位(CT撮影):腹部		
			撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。	820182350	撮影部位(CT撮影):骨盤・股関節		
				820182600	撮影部位(CT撮影):四肢		
				820182700	撮影部位(CT撮影):全身		
				820182250	撮影部位(CT撮影):心臓		
				820182230	撮影部位(CT撮影):脊椎		
				830189100	撮影部位(CT撮影)(その他):*****		
362	E200 注4	冠動脈CT撮影加算		820100723	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常		
				820100724	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):イ 急性冠症候群		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第4部E200 コンピューター断層 撮影(CT撮影)の(8)のアからオまでの該当するものを選択して記載すること。なお、オに該当する場合はその詳細 な理由を記載する。	820100725	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ウ 狭心症		
				820100726	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子が認められる場合		
				820100727	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):オ その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合		
				830100191	その詳細な理由(冠動脈CT撮影加算):*****		
363	E200- 2	血流予備量比コン ピューター断層撮影	血流予備量比コンピューター断層撮影による血流予備量比の値を記載すること。	842100052	血流予備量比の値(血流予備量比コンピューター断層撮影):*****		
364	E202	磁気共鳴コンピュ ーター断層撮影	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合) それぞれ初回の算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)	○	
				170041410	MRI撮影(3テスラ以上)共同利用施設(画診共同)	○	
			(別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層 撮影を算定した場合) 画診共同と表示すること。	170041510	MRI撮影(3テスラ以上)(その他)(画診共同)	○	
				170041610	MRI撮影(1.5テスラ以上3テスラ未満)(画診共同)	○	
				170041710	MRI撮影(1又は2以外)(画診共同)	○	
365	E202	磁気共鳴コンピュ ーター断層撮影		820183020	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳)		
				820183630	撮影部位(MRI撮影):頭部(副鼻腔)		
				820183010	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳・副鼻腔を除く)		
				820183110	撮影部位(MRI撮影):頸部		
				820183200	撮影部位(MRI撮影):肩		
				820183220	撮影部位(MRI撮影):胸部(肩を除く)		
				820183300	撮影部位(MRI撮影):腹部		
			撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。	820183360	撮影部位(MRI撮影):骨盤・股関節		
				820183610	撮影部位(MRI撮影):四肢(膝を除く)		
				820183500	撮影部位(MRI撮影):膝		
				820183120	撮影部位(MRI撮影):頸椎		
				820183240	撮影部位(MRI撮影):胸椎		
				820183330	撮影部位(MRI撮影):腰椎・仙骨部		
				830189200	撮影部位(MRI撮影)(その他):*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
366	E202 注10	肝エラストグラフィー加算	前回算定年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	850190055	前回実施年月日（肝エラストグラフィー加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				820190060	初回（肝エラストグラフィー加算）		
367	F100 F400	処方料 処方箋料	〈診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〉別添1の第2章第6部第2節F100処方料の（3）のアの（イ）から（ニ）に定める内容に該当し、処方料又は処方箋料について「1」の点数を算定しない場合〉その理由を記載すること。	830100193	1を算定しない理由（処方料）；*****		
				830100194	1を算定しない理由（処方箋料）；*****		
			〈精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与とされている場合の連続した6か月間の場合〉当該保険医療機関の初診年月日を記載すること。	850100200	初診年月日（処方料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100201	初診年月日（処方箋料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
			〈向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間の場合〉薬剤の切り替えの開始年月日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。	850100202	薬剤切替開始年月日（処方料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100203	薬剤切替開始年月日（処方箋料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
			〈向精神薬多剤投与に関する臨時に投与した場合〉臨時の投与の開始年月日を記載すること。	830100195	切替対象薬剤名（処方料）；*****		
				830100196	切替対象薬剤名（処方箋料）；*****		
				830100197	新しく導入する薬剤名（処方料）；*****		
				830100198	新しく導入する薬剤名（処方箋料）；*****		
			〈複数の診療科を横跨する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合〉その旨を記載すること。	850100204	臨時投与開始年月日（処方料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100205	臨時投与開始年月日（処方箋料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
368	F100 F400	処方料及び処方箋料の 特定疾患処方管理 加算	〈隔日、漸増・減等で投与する場合〉その旨を記載すること。	820100742	隔日投与		
				820100743	漸増投与		
				820100744	漸減投与		
				820100875	週1回投与		
369	F200	薬剤（入院分）	〈入院患者に対し退院時に投薬（内服薬）を行った場合〉「退院時 日分投薬」と記載すること。 〈入院患者に対し退院時に投薬（屯服薬）を行った場合〉「退院時 回分投薬」と記載すること。 〈入院患者に対し退院時に投薬（外用薬）を行った場合〉「退院時投薬」と記載すること。	840000006	退院時 日分投薬		
				840000634	退院時 回分投薬（屯服薬）		
				820101042	退院時投薬（外用薬）		
			〈入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者に対してビタミン剤を投与した場合〉当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	830100201	ビタミン剤の投与趣旨（薬剤）；*****		
370	F200 F400	薬剤等（入院外分） 処方箋料	〈ビタミン剤を投与した場合〉当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	830100202	ビタミン剤の投与趣旨（薬剤料・処方箋料）；*****		
			〈臨時薬を追加投与し、その結果投与する内服薬が7種類以上となる場合〉臨時薬の投与の必要性を記載すること。ただし、病名によりその必要性が判断できる場合は、この限りでない。	830100203	臨時薬の投与の必要性（薬剤料・処方箋料）；*****		
			〈鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合〉所定単位当たりの薬剤名、貼付剤の枚数としての投与量を記載した上で、貼付剤の枚数としての1日用量又は投与日数を記載すること。	830100204	鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤の1日用量又は投与日数（薬剤料）；*****		
				830000052	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した理由；*****		
			〈1回の処方において、63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合〉当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。	850100206	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った年月日；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				830100205	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った理由（処方箋料）；*****		
			〈長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬を14日を超えて投与した場合〉当該長期投与の理由を記載すること。	830100206	長期投与理由（薬剤料・処方箋料）；*****		
371	G 通則7	バイオ後続品導入初期加算	初回使用年月日を記載すること。	850100408	初回使用年月日（バイオ後続品導入初期加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
372	G004	点滴注射の血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施年月日を記載すること。	850100207	血漿成分製剤加算（点滴注射）1回目注射年月日；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
373	G005	中心静脈注射の血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施年月日を記載すること。	850100208	血漿成分製剤加算（中心静脈注射）1回目注射年月日；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
374	G100	薬剤	〈入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合〉当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	830100201	ビタミン剤の投与趣旨（薬剤）；*****		
			算定単位数及び実施日数を記載すること。	180744210	心大血管疾患リハビリテーション料（1）（理学療法士による場合）	○	
				180745110	心大血管疾患リハビリテーション料（2）（集団療法による場合）	○	
				830100208	疾患名（心大血管疾患リハビリテーション料）；*****		
				850100209	治療開始年月日（心大血管疾患リハビリテーション料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
			疾患名及び治療開始年月日を記載すること。				

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
375	H000	心大血管疾患リハビリテーション科	<p>（標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等（平成20年3月5日厚生労働省告示第63号）別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合））</p> <p>①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure:FIM）、基本的日常生活活動度（Barthel Index:BI）、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用量などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあつては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えない。なお、継続の理由については、具体的には、次の例を参考にして記載すること。</p> <p>〔記載例〕</p> <p>本患者は、2023年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に水頭症及び敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2024年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から85点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超えるが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリ開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。</p>	830100209	継続理由（心大血管疾患リハビリテーション科）；*****		
				830100210	新たな疾患名（心大血管疾患リハビリテーション科）；*****		
			<p>（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合）</p> <p>新たな疾患名及び治療開始日又は発症年月日等を記載すること。</p>	850100210	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日（心大血管疾患リハビリテーション科）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100211	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日（心大血管疾患リハビリテーション科）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
376	H000 注2	心大血管疾患リハビリテーション科の早期リハビリテーション加算	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100212	発症年月日（早期リハビリテーション加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100213	手術年月日（早期リハビリテーション加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100214	急性増悪年月日（早期リハビリテーション加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
377	H000 注3	心大血管疾患リハビリテーション科の初期加算	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100215	発症年月日（初期加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100216	手術年月日（初期加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100217	急性増悪年月日（初期加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
378	H000 注4 H001 注4 H001- 2 注4 H002 注4 H003 注4	心大血管疾患リハビリテーション科の急性期リハビリテーション加算 脳血管疾患等リハビリテーション科の急性期リハビリテーション加算 廃用症候群リハビリテーション科の急性期リハビリテーション加算 運動器リハビリテーション科の急性期リハビリテーション加算 呼吸器リハビリテーション科の急性期リハビリテーション加算	算定の根拠となった要件（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第7部H000(11)に掲げるアからエまでのいずれか）を日毎に記載すること。	850190230	算定の根拠となった要件アの年月日（急性期リハビリテーション加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		※
				850190231	算定の根拠となった要件イの年月日（急性期リハビリテーション加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		※
				850190232	算定の根拠となった要件ウの年月日（急性期リハビリテーション加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		※
				850190233	算定の根拠となった要件エの年月日（急性期リハビリテーション加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		※
379	H001	脳血管疾患等リハビリテーション科	算定単位数及び実施日数を記載すること。	180745310	脳血管疾患等リハビリテーション科（1）（理学療法士による場合）	○	
				｛	｝		
				180750430	脳血管疾患等リハビリテーション科（3）要介護・1から4以外・リ減	○	
			疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載すること。	830100211	疾患名（脳血管疾患等リハビリテーション科）；*****		
				850100218	発症年月日（脳血管疾患等リハビリテーション科）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100389	手術年月日（脳血管疾患等リハビリテーション科）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100390	急性増悪年月日（脳血管疾患等リハビリテーション科）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100439	最初に診断された年月日（脳血管疾患等リハビリテーション科）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
			<p>（標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合））</p> <p>心大血管疾患リハビリテーション科（項番375）と同様。</p>	830100212	継続理由（脳血管疾患等リハビリテーション科）；*****		
				830100213	新たな疾患名（脳血管疾患等リハビリテーション科）；*****		
				850100219	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日（脳血管疾患等リハビリテーション科）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100220	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日（脳血管疾患等リハビリテーション科）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
380	H001 注2	脳血管疾患等リハビリテーション科の早期リハビリテーション加算	（入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合） 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者		
381	H001 注3	脳血管疾患等リハビリテーション科の初期加算	（入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合） 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者		
			算定単位数及び実施日数を記載すること。	180750510	廃用症候群リハビリテーション科（1）（理学療法士による場合）	○	
				｛	｝		
				180755630	廃用症候群リハビリテーション科（3）（要介護）イからニ以外・リ減	○	

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用
382	H001- 2	廃用症候群リハビリ テーション料	廃用症候群の診断又は急性増悪した年月日を記載すること。廃用症候群に係る評価表を添付すること又は同様の情報を「摘要」欄に記載すること。	830100214	疾患名(廃用症候群リハビリテーション料):*****		
				850100221	治療開始年月日(廃用症候群リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番375)と同様。	830100215	継続理由(廃用症候群リハビリテーション料):*****		
				830100216	新たな疾患名(廃用症候群リハビリテーション料):*****		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始日又は発症月日等を記載すること。	850100222	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日(廃用症候群リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100223	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日(廃用症候群リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
383	H001- 2 注2	廃用症候群リハビリ テーション料の早期リ ハビリテーション加算	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の年月日を記載すること。	850100212	発症年月日(早期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100213	手術年月日(早期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100214	急性増悪年月日(早期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100531	疾患名(早期リハビリテーション加算):*****		
				850100215	発症年月日(初期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
384	H001- 2 注3	廃用症候群リハビリ テーション料の初期加 算	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の月日を記載すること。	850100216	手術年月日(初期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100217	急性増悪年月日(初期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100799	疾患名(初期加算):*****		
385	H002	運動器リハビリテー ション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。	180755710	運動器リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				\$	\$		
				180759630	運動器リハビリテーション料(3)(要介護)1から3以外・リ減	○	
			疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載すること。	830100217	疾患名(運動器リハビリテーション料):*****		
				850100224	発症年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100391	手術年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100392	急性増悪年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100440	最初に診断された年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番375)と同様。	830100218	継続理由(運動器リハビリテーション料):*****		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。	830100219	新たな疾患名(運動器リハビリテーション料):*****		
				850100225	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100226	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
386	H002 注2	運動器リハビリテー ション料の早期リハ ビリテーション加算	(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者		
387	H002 注3	運動器リハビリテー ション料の初期加算	(入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合) 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	820100158	地域連携診療計画加算の算定患者		
388	H003	呼吸器リハビリテー ション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。	180759710	呼吸器リハビリテーション料(1)(理学療法士による場合)	○	
				\$	\$		
				180760410	呼吸器リハビリテーション料(2)(医師による場合)	○	
			疾患名及び治療開始年月日を記載すること。	830100220	疾患名(呼吸器リハビリテーション料):*****		
				850100227	治療開始年月日(呼吸器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(標準的算定日数を超えて月13単位を超えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)) 心大血管疾患リハビリテーション料(項番375)と同様。	830100221	継続理由(呼吸器リハビリテーション料):*****		
			(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合) 新たな疾患名及び治療開始年月日又は発症年月日等を記載すること。	830100222	新たな疾患名(呼吸器リハビリテーション料):*****		
				850100228	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 治療開始年月日(呼吸器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100229	新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態 発症年月日(呼吸器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
389	H003 注2	呼吸器リハビリテー ション料の早期リハ ビリテーション加算	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100212	発症年月日(早期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100213	手術年月日(早期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100214	急性増悪年月日(早期リハビリテーション加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
390	H003 注3	呼吸器リハビリテー ション料の初期加算	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	850100215	発症年月日(初期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100216	手術年月日(初期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100217	急性増悪年月日(初期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
391	H003- 2 注5	リハビリテーション総 合計画評価料の運動 量増加機器加算	(機器の使用に有効性が認められ、継続すべき医学的必要性が認められ、運動量増加機器加算を更に算定する場合) 医学的必要性を記載すること。	830100223	医学的な必要性(運動量増加機器加算):*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
392	H004	摂食機能療法	疾患名及び摂食機能療法の治療開始年月日を記載すること。	830100224 850100230	疾患名(摂食機能療法):***** 治療開始年月日(摂食機能療法):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
393	H004	摂食機能療法の摂食 嚥下機能回復体制加算	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施年月日及びカンファレンスを実施した年月日を記載すること。内視鏡下嚥下機能検査及び嚥下造影について、摂食嚥下機能回復体制加算を算定する保険医療機関とは別の保険医療機関において検査を実施した場合には、検査を行った保険医療機関名を記載すること。	850100231 850100232 830100458 850100233	内視鏡下嚥下機能検査を実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算):(元号)yy”年”mm”月”dd”日” 嚥下造影を実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算):(元号)yy”年”mm”月”dd”日” 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した別の保険医療機関名:***** カンファレンスを実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
394	H006	難病患者リハビリテーション料	対象疾患について、特掲診療料の施設基準等別表第十の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100159 820100075 820100076 820100160 820100077 820100078 820100161 820100162 820100163 820100079 820100164 820100165 820100166 820100167 820100080 820100168 820100169 820100299 820100170 820100171 820100172 820100084 820100173 820100174 820100175 820100176 820100177 820100085 820100086 820100087 820100088 820100089 820100090	パーチェット病 多発性硬化症 重症筋無力症 全身性エリテマトーデス スモン 筋萎縮性側索硬化症 強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎 結節性動脈周囲炎 ビュルガー病 脊髄小脳変性症 悪性関節リウマチ パーキンソン病関連疾患 アミロイドーシス 後縦靱帯骨化症 ハンチントン病 モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症) ウェグナー肉芽腫症 多系統萎縮症 広範脊柱管狭窄症 特発性大腿骨頭壊死症 混合性結合組織病 プリオン病 ギラン・バレー症候群 黄色靱帯骨化症 シェーグレン症候群 成人発症スチル病 関節リウマチ 亜急性硬化性全脳炎 ライソゾーム病 副腎白質ジストロフィー 脊髄性筋萎縮症 球脊髄性筋萎縮症 慢性炎症性脱髄性多発神経炎		
395	H006	難病患者リハビリテーション料の短期集中リハビリテーション実施加算	退院年月日を記載すること。	850100234	退院年月日(短期集中リハビリテーション実施加算):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
396	H007	障害児(者)リハビリテーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。また、対象患者について、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100178 820100179 820100180 820100181 820100182 820100183 820100184 820100185	脳性麻痺の患者 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者 顎・口腔の先天異常の患者 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者 神経障害による麻痺及び後遺症の患者 言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者		
397	H007-2	がん患者リハビリテーション料	算定単位数、実施日数及びがんの種類を記載すること。また、当該入院中に提供した治療の種類について、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の二の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100812 820100813 820100814 820100815 820100193	1 がんの治療のための手術が行われる予定又は行われたもの 2 がんの治療のための骨髄抑制を来たしうる化学療法が行われる予定又は行われたもの 3 がんの治療のための放射線治療が行われる予定又は行われたもの 4 がんの治療のための造血幹細胞移植が行われる予定又は行われたもの 5 進行がん等の患者で、在宅復帰を目的としたリハビリが必要なもの		
398	H007-3	認知症患者リハビリテーション料	「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、診療時間及びリハビリテーション計画作成日を記載すること。なお、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添6の別紙12におけるランクの中から該当するものを選択して記載すること。	820100194 820100195 820100196 820100197 820100198 820100199 820100200 820100201 820100202	認知症高齢者の日常生活自立度 1 認知症高齢者の日常生活自立度 2 認知症高齢者の日常生活自立度 2a 認知症高齢者の日常生活自立度 2b 認知症高齢者の日常生活自立度 3 認知症高齢者の日常生活自立度 3a 認知症高齢者の日常生活自立度 3b 認知症高齢者の日常生活自立度 4 認知症高齢者の日常生活自立度 M		
399	H	「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを実施した場合	次の例により「リハ選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。 〔記載例〕 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 185×18 実施日数3日 (リハ選) 運動器リハビリテーション料 1,850円×1	830100372	リハ選:*****		
400	I000-2	経頭蓋磁気刺激療法	治療開始日と終了日の年月日を記載すること。	850100235 850100236	治療開始年月日(経頭蓋磁気刺激療法):(元号)yy”年”mm”月”dd”日” 治療終了年月日(経頭蓋磁気刺激療法):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
401	1002	通院・在宅精神療法	(通院・在宅精神療法を退院後4週間以内の患者について算定した場合) 退院年月日を記載すること。	850100237	退院年月日(通院・在宅精神療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820101309	5分を超え10分未満(通院・在宅精神療法)		※
				820101310	10分以上20分未満(通院・在宅精神療法)		※
				820101311	20分以上30分未満(通院・在宅精神療法)		※
				820101312	30分以上40分未満(通院・在宅精神療法)		※
				820101313	40分以上50分未満(通院・在宅精神療法)		※
				820101314	50分以上60分未満(通院・在宅精神療法)		※
				820101315	30分超(通院・在宅精神療法)		※
				820101316	60分超(通院・在宅精神療法)		※
			(1回の処方において2種類以上の抗うつ薬又は2種類以上の抗精神病薬を投与した場合) 投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について患者に説明し、説明した内容を診療録に記載するとともに、説明を行った旨を記載すること。	820101188	投与した抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数及びその医療上の必要性並びに副作用等について説明を行った		※
402	1002	通院・在宅精神療法の注3及び注4の加算(20歳未満、16歳未満の患者)	当該保険医療機関の精神科を初めて受診した年月日を記載すること。	850100238	精神科初回受診年月日(通院・在宅精神療法(20歳未満)加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100239	精神科初回受診年月日(児童思春期精神科専門管理加算(16歳未満)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100240	精神科初回受診年月日(児童思春期精神科専門管理加算(20歳未満)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
403	1002注7	通院・在宅精神療法の措置入院後継続支援加算	(指導等を行った月と算定する月が異なる場合) 指導等を行った年月日を記載すること。	850100241	指導等年月日(措置入院後継続支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
404	1002注8	通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算	初回の当該加算を算定した年月日を記載すること。 (対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合) 急性増悪等における具体的な状態について記載すること。	850100441	初回算定年月日(療養生活継続支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100533	急性増悪等における具体的な状態(療養生活継続支援加算):*****		
405	1002注11	通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算	(病状等により、患者本人から同意を得ることが困難である場合や、やむを得ず家族等から同意を得る場合) その理由を記載する。	830100858	患者本人から同意を得ることが困難又はやむを得ず家族等から同意を得た理由(早期診療体制充実加算):*****		※
406	1002注12	通院・在宅精神療法の注12の規定	(情報通信機器を用いた精神療法を行う際に、厚生労働省「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」(「オンライン精神療法指針」という。))に沿って診療を行う場合) オンライン精神療法指針に沿った適切な診療であることを記載すること。 (処方を行った場合) オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、当該処方がオンライン精神療法指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820101189	オンライン精神療法指針に沿った適切な診療である(通院・在宅精神療法の注12の規定)		※
				820101190	オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、オンライン精神療法指針に沿った適切な処方である(通院・在宅精神療法の注12の規定)		※
407	1002-2	精神科継続外来支援・指導料	(1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上又は抗精神病薬を3種類以上投与した場合であっても、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1の第2章第5部第2節F100処方料の(3)のアの(イ)から(ニ)のいずれかに該当し、算定する場合) (3)のアの(イ)から(ニ)までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100203	(イ) 精神疾患患者が他医療機関で既に向精神薬多剤投与の場合		
				820100204	(ロ) 向精神薬投与患者の既投与薬と新導入薬の一時的併用の場合		
				820100205	(ハ) 臨時に投与した場合		
				820100206	(ニ) やむを得ず投与を行う場合(抗うつ薬又は抗精神病薬に限る)		
408	1002-3の2	救急患者精神科継続支援料 2 入院中の患者以外の患者	(電話等で指導等を行った月と算定する月が異なる場合) 当該指導等を行った年月日を記載すること。	850100243	指導等年月日(救急患者精神科継続支援料(入院外)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
409	1003	標準型精神分析療法	当該診療に要した時間を記載すること。	852100009	標準型精神分析療法に要した時間(標準型精神分析療法)		
410	1003-2	認知療法・認知行動療法	初回の算定年月日及び一連の治療における算定回数の合計を記載すること。 当該診療に要した時間を記載すること。	850100244	初回算定年月日(認知療法・認知行動療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100053	一連の治療の算定回数の合計(認知療法・認知行動療法):*****		
				852100015	認知療法・認知行動療法に要した時間(認知療法・認知行動療法)		
411	1004	心身医学療法	傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「(心身症)」と記載すること。 例「胃潰瘍(心身症)」 (初診の日に関し心身医学療法を算定した場合) 診療に要した時間を記載すること。	傷病名コード	(傷病名を表示する。)	○	
				修飾語コード	(修飾語を表示する。)	○	
				852100010	診療に要した時間(心身医学療法)		
412	1006-2	依存症集団療法	治療開始年月日を記載すること。	850100245	治療開始年月日(依存症集団療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
413	1008-2 1009 1010 1010-2	精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケア	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのうち最初に算定した年月日を記載すること。なお、最初に算定した日から3年を経過している場合は省略して差し支えないが、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であって、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアを週4日以上算定する場合は、通算の入院期間を記載すること。	850100246	初回算定年月日(精神科デイ・ケア等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100745	初回(精神科デイ・ケア等)		
				830100226	通算入院期間(精神科デイ・ケア):*****		
				830100227	通算入院期間(精神科ナイト・ケア):*****		
				830100228	通算入院期間(精神科デイ・ナイト・ケア):*****		
			(入院中の患者に精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアを算定した場合) 算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
414	1008-2 1009 1010 1010-2	精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケア の早期加算	最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。	850100247	初回精神科デイ・ケア等算定年月日(早期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100248	精神病床の退院年月日(早期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
415	1008-2	精神科ショート・ケアの疾患別等専門プログラム加算	治療開始年月日を記載すること。	850100249	治療開始年月日(疾患別等専門プログラム加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
416	1011-2	精神科退院前訪問指導料	(2回以上算定した場合) 各々の訪問指導年月日を記載すること。	850100250	訪問指導年月日(精神科退院前訪問指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
			(患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示し、当該急性増悪した日から7日以内の期間に算定した場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100229	急性増悪した日から7日以内の期間に算定した医療上の必要性(精神科訪問看護・指導料):*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用
417	1012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	(急性増悪した患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断し、急性増悪した日から1月以内の連続した7日間に算定した場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100230	急性増悪した日から1月以内の連続した7日間に算定した医療上の必要性(精神科訪問看護・指導料);*****		
			(退院後3月以内の期間において行われる場合で、週5回算定する場合) 退院年月日を記載すること。	850100251	退院年月日(精神科訪問看護・指導料(Ⅰ));(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100252	退院年月日(精神科訪問看護・指導料(Ⅲ));(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
			月の初日の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により測定した値及び測定日を記載すること。GAFの値については該当する範囲を選択して記載すること。	850190202	GAF測定年月日(精神科訪問看護・指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820101019	GAF尺度100－91(精神科訪問看護・指導料)		
				820101020	GAF尺度90－81(精神科訪問看護・指導料)		
				820101021	GAF尺度80－71(精神科訪問看護・指導料)		
				820101022	GAF尺度70－61(精神科訪問看護・指導料)		
				820101023	GAF尺度60－51(精神科訪問看護・指導料)		
				820101024	GAF尺度50－41(精神科訪問看護・指導料)		
				820101025	GAF尺度40－31(精神科訪問看護・指導料)		
				820101026	GAF尺度30－21(精神科訪問看護・指導料)		
				820101027	GAF尺度20－11(精神科訪問看護・指導料)		
				820101028	GAF尺度10－1(精神科訪問看護・指導料)		
				820101029	GAF尺度0(精神科訪問看護・指導料)		
418	1012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算	精神科訪問看護を実施した年月日及び時刻を記載すること。	850100253	精神科訪問看護の実施年月日(夜間・早朝訪問看護加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100254	精神科訪問看護の実施年月日(深夜訪問看護加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100006	精神科訪問看護の実施時刻(夜間・早朝訪問看護加算)		
				851100007	精神科訪問看護の実施時刻(深夜訪問看護加算)		
419	1012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の看護・介護職員連携強化加算	介護職員等同行訪問した年月日を記載すること。	850100255	介護職員等同行訪問年月日(看護・介護職員連携強化加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
420	1012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)の特別地域訪問看護加算	患者の住所並びに通常の経路及び方法で訪問に要する時間(片道)を記載すること。	830100095	患者住所(特別地域訪問看護加算);*****		
				852100005	訪問に要する時間(片道)(特別地域訪問看護加算)		
421	1012 注7	精神科訪問看護・指導料の精神科緊急訪問看護加算	加算を算定する理由を詳細に記載すること。	830100859	緊急訪問看護の理由(精神科緊急訪問看護加算);*****		※
			緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。	850190234	緊急訪問年月日(精神科緊急訪問看護加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
422	1012-2	精神科訪問看護指示料の精神科特別訪問看護指示加算	頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由を記載すること。	830100232	頻回の指定訪問看護を行う必要性(精神科特別訪問看護指示加算);*****		
423	1012-2	精神科訪問看護指示料の手順書加算	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190056	前回実施年月日(手順書加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190052	初回(手順書加算)		
424	1014	医療保護入院等診療料	患者の該当する入院形態として、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の中から該当するものを選択して記載すること。	820100207	措置入院		
				820100208	緊急措置入院		
				820100209	医療保護入院		
				820100210	応急入院		
425	1015	重度認知症患者デイ・ケア料の早期加算	最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。	850100256	重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(早期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100248	精神病床の退院年月日(早期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
426	1015	重度認知症患者デイ・ケア料の夜間ケア加算	初回算定年月日及び夜間ケアに要した時間を記載すること。	850100258	重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日(夜間ケア加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				852100012	夜間ケアに要した時間(夜間ケア加算)		
				850100259	直近の入院の入院日(精神科在宅患者支援管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820100746	入院形態(精神科在宅患者支援管理料);措置入院		
				820100747	入院形態(精神科在宅患者支援管理料);緊急措置入院		
				820100748	入院形態(精神科在宅患者支援管理料);医療保護入院		
				850100260	直近の入院の退院日(精神科在宅患者支援管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100233	前々回の入院日、入院形態並びに退院日(精神科在宅患者支援管理料);*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
427	1016	精神科在宅患者支援 管理料	(精神科在宅患者支援管理料の「1」又は「2」を算定した場合) 直近の入院についての入院年月日、入院形態、退院年月日(入退院を繰り返す場合は、直近の入院に加え、 前々回の入院日、入院形態並びに退院日)、直近の退院時におけるGAF、当該月の最初の訪問診療時における GAF、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、平成31～令和3年度厚生労働行政調査推進補助金 障害者対策総合研究事業において「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の研究班が作成した、別紙様式41の2に掲げる「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」(以下この項において「在宅 医療における包括的支援マネジメント導入基準」という。))において、当該患者に該当するコア項目並びに当該導入 基準の点数、初回の算定日、カンファレンス実施日、算定する月に行った訪問の日時、診療時間及び訪問した者の 職種を記載すること。 なお、入院形態については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院の中から該当するものを選択して、また、「認 知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する 手続きの取扱いについて」別添6の別紙12におけるランクの中から該当するものを選択して記載すること。	842100054	直近の退院時におけるGAF(精神科在宅患者支援管理料);*****		
				842100055	当該月の最初の訪問診療時におけるGAF(精神科在宅患者支援管理 料);*****		
				820100194	認知症高齢者の日常生活自立度 1		
				820100195	認知症高齢者の日常生活自立度 2		
				820100196	認知症高齢者の日常生活自立度 2a		
				820100197	認知症高齢者の日常生活自立度 2b		
				820100198	認知症高齢者の日常生活自立度 3		
				820100199	認知症高齢者の日常生活自立度 3a		
				820100200	認知症高齢者の日常生活自立度 3b		
				820100201	認知症高齢者の日常生活自立度 4		
				820100202	認知症高齢者の日常生活自立度 M		
				820101191	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコ ア項目:1		※
				820101192	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコ ア項目:2		※
				820101193	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコ ア項目:3		※
				842100113	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準の点数;*****		※
				850100261	初回算定日(精神科在宅患者支援管理料);(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100262	カンファレンス実施日(精神科在宅患者支援管理料);(元号)yy“年”mm“ 月”dd“日”		
				850100263	算定する月に行った訪問日(精神科在宅患者支援管理料);(元号)yy“年 ”mm“月”dd“日”		
				851100008	算定する月に行った訪問の時刻(精神科在宅患者支援管理料)		
				852100013	診療時間(精神科在宅患者支援管理料)		
				830100234	訪問した者の職種(精神科在宅患者支援管理料);*****		
			(精神科在宅患者支援管理料3を算定する場合) 精神科在宅患者支援管理料1又は精神科在宅患者支援管理料2の初回の算定日、精神科在宅患者支援管理料3 の初回の算定年月日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。	850100264	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料1);(元号)yy“年”mm“月 ”dd“日”		
				850100265	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料2);(元号)yy“年”mm“月 ”dd“日”		
				850100266	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料3);(元号)yy“年”mm“月 ”dd“日”		
				830100235	訪問の日時、診療時間、訪問した者の職種(精神科在宅患者支援管理料 3);*****		
			(精神科在宅患者支援管理料の「3」を前月に算定した患者であって、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施 上の留意事項について」別添1第2章第8節1016精神科在宅患者支援管理料(2)のイを満たし、対象となる状態の 悪い急性増悪を認めるものについて、精神科在宅患者支援管理料の「1」のロ及び「2」のロを算定する場合) 急性増悪における状態像について記載すること。	830100236	急性増悪における状態像(精神科在宅患者支援管理料1の「ロ」); *****		
				830100237	急性増悪における状態像(精神科在宅患者支援管理料2の「ロ」); *****		
428	1	「制限回数を超えて行 う診療」に係る精神科 専門療法を実施した 場合	次の例により「精選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他の精 神科専門療法と区別して記載すること (記載例) 精神科デイ・ケア(小規模) 590×5 (精選) 精神科デイ・ケア 5,900円×1	830100534	精選;*****		
429	J000- 2	下肢創傷処置	下肢創傷の部位及び潰瘍の深さを記載すること。	830100535	下肢創傷の部位及び潰瘍の深さ(下肢創傷処置);*****		
430	J001	熱傷処置	初回の処置を行った年月日を記載すること。	850100268	初回年月日(熱傷処置);(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
431	J001- 5	長期療養患者褥瘡等 処置	(1年を超える入院の場合にあつて創傷処置又は皮膚科軟膏処置の費用を算定する場合) 対象傷病名を記載すること。	830100239	対象傷病名(長期療養患者褥瘡等処置);*****		
432	J001- 10	静脈圧迫処置(慢性 静脈不全に対するも の)	難治性潰瘍の所見(潰瘍の持続期間、部位、深達度及び面積を含む。)、これまでの治療経過(初回の場合はその 旨を記載)、慢性静脈不全と診断した根拠(下肢静脈超音波検査等の所見)、静脈圧迫処置を必要とする医学的理 由及び指導内容について記載すること。	830100240	難治性潰瘍の所見(静脈圧迫処置);*****		
				830100241	治療経過(静脈圧迫処置);*****		
				830100242	慢性静脈不全等と診断した根拠(下肢静脈超音波検査等の所見)(静脈 圧迫処置);*****		
				830100243	静脈圧迫処置を必要とする医学的理由(静脈圧迫処置);*****		
				830100244	指導内容(静脈圧迫処置);*****		
433	J003	局所陰圧閉鎖処置 (入院)	(J040局所滲流の「2」骨髄・骨髄炎に対するものを併せて算定する場合) その理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830100245	理由及び医学的根拠(局所陰圧閉鎖処置と洗浄を行った場合);*****		
				850100442	初回加算算定年月日(局所陰圧閉鎖処置(入院));(元号)yy“年”mm“月 ”dd“日”		
			初回加算を算定した年月日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を記載すること。	830100246	陰圧維持管理装置として使用した機器(局所陰圧閉鎖処置(入院)); *****		
				830100247	医学的必要性(局所陰圧閉鎖処置(入院));*****		
			(創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合) 併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置のそれぞれの対象部位を記載すること。	830100459	併算定した処置の部位(局所陰圧閉鎖処置);*****		
				830100460	対象部位(局所陰圧閉鎖処置);*****		
434	J003 注2	局所陰圧閉鎖処置 (入院)の持続洗浄加 算	持続洗浄加算を算定した理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830100248	持続洗浄加算を算定した理由及び医学的根拠(持続洗浄加算);*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
435	J003-2	局所陰圧閉鎖処置 (入院外)	(局所陰圧閉鎖処置(入院外)を算定した場合) 初回加算を算定した年月日を記載すること。	850100270	初回加算算定年月日(局所陰圧閉鎖処置(入院外));(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
			(創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合) 併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置のそれぞれの対象部位を記載すること。	830100459	併算定した処置の部位(局所陰圧閉鎖処置);*****		
				830100460	対象部位(局所陰圧閉鎖処置);*****		
436	J003-3	局所陰圧閉鎖処置 (腹部開放創)	(局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)を算定した場合) 処置開始年月日を記載すること	850100393	処置開始日(局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創));(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
437	J003-4	多血小板血漿処置	当該処置を行う医学的必要性を記載すること。	830100249	多血小板血漿処置を行う医学的必要性(多血小板血漿処置);*****		
			(創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合) 併算定した処置と多血小板血漿処置のそれぞれの対象部位を記載すること。	830100860	併算定した処置の部位(多血小板血漿処置);*****		※
				830100861	対象部位(多血小板血漿処置);*****		※
438	J007-2	硬膜外自家血注入	当該診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日及び撮影医療機関の名称等の症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100250	症状詳記(硬膜外自家血注入);*****		
439	J026-4	ハイフローセラピー	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果を記載すること。	830100251	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度測定結果(ハイフローセラピー);*****		
440	J027	高気圧酸素治療	一連の治療における初回実施年月日及び初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	850100272	初回実施年月日(高気圧酸素治療);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				842100056	通算実施回数(高気圧酸素治療);*****		
			(高気圧酸素治療の「1」を算定した場合) 減圧症又は空気塞栓が発症した年月日を記載すること。	850100273	減圧症又は空気塞栓発症年月日(高気圧酸素治療);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
			(高気圧酸素治療の「1」について、長時間加算を算定した場合) 高気圧酸素治療の実施時間を記載すること。	140057510	高気圧酸素治療(減圧症又は空気塞栓)	○	
441	J032注	肛門拡張法の周術期乳幼児加算	初回の算定年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190046	初回の算定年月日(周術期乳幼児加算(肛門拡張法));(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820190046	初回(周術期乳幼児加算(肛門拡張法))		
442	J034-2	経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術	(経胃の栄養摂取が必要な患者に対して在宅などX線装置が活用できない環境下において、経鼻栄養・薬剤投与用チューブの挿入に際して、ファイバー光源の活用によりチューブの先端が胃内にあることを確認する場合) 医学的必要性について記載すること。	830100862	医学的必要性(経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術);*****		※
443	J038	人工腎臓	人工腎臓を算定した日を記載すること。	算定日情報 (算定日)		○	
				820100211	ア 急性腎不全の患者		
				820100212	イ 透析導入期(1月に限る。)の患者		
				820100213	ウ 血液濾過又は血液透析濾過を実施		
				820100214	エ 特別な管理が必要(イ 進行性眼底出血)		
				820100215	エ 特別な管理が必要(ロ 重篤な急性出血性合併症)		
				820100216	エ 特別な管理が必要(ハ ヘパリン起因性血小板減少症)		
				820100217	エ 特別な管理が必要(ニ 播種性血管内凝固症候群)		
				820100218	エ 特別な管理が必要(ホ 敗血症)		
				820100219	エ 特別な管理が必要(ヘ 急性肺炎)		
				820100220	エ 特別な管理が必要(ト 重篤な急性肝不全)		
				820100221	エ 特別な管理が必要(チ 注射による化学療法中の悪性腫瘍)		
				820100222	エ 特別な管理が必要(リ 自己免疫疾患の活動性が高い状態)		
				820100223	エ 特別な管理が必要(ヌ 麻酔による手術を実施した状態)		
			C102在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載すること。	830100252	在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している他の保険医療機関名(人工腎臓);*****		
444	J038	人工腎臓の導入期加算	導入の年月日を記載すること。	850100275	導入年月日(導入期加算(人工腎臓));(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
445	J038注3 J038-2注2	人工腎臓の障害者等加算 持続緩徐式血液濾過の障害者等加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038人工腎臓の(18)のアからツまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100224	ア 障害者基本法にいう障害者で留意事項通知に規定する者		
				820100225	イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者		
				820100226	ウ 指定難病等に罹患している者で留意事項通知に規定するもの		
				820100227	エ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者		
				820100228	オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者		
				820100229	カ 認知症患者		
				820100230	キ 常時低血圧症(収縮期血圧が90mmHg以下)の者		
				820100231	ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者		
				820100232	ケ 出血性消化器病変を有する者		
				820100233	コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者		
				820100234	サ 重症感染症に合併しているため入院中の患者		
				820100235	シ 末期癌に合併しているため入院中の患者		
				820100236	ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの		
				820100237	セ 妊婦(妊娠中期以降)		
				820100238	ソ うっ血性心不全(NYHA3度以上)		
				820100239	タ 12歳未満の小児		
				820100240	チ 人工呼吸を実施中の患者		
				820100241	ツ 結核菌を排菌中の患者		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
446	J038 注14	人工腎臓 透析時運動指導等加算	指導を開始した年月日を記載すること。	850190235	指導を開始した年月日(透析時運動指導等加算(人工腎臓)):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		※
447	J038- 2	持続緩徐式血液濾過	一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものを含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。))を記載すること。	850100443	初回実施年月日(持続緩徐式血液濾過):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
				842100057	通算実施回数(持続緩徐式血液濾過):*****		
				851100009	開始時刻(持続緩徐式血液濾過)		
				851100010	終了時刻(持続緩徐式血液濾過)		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038-2持続緩徐式血液濾過の(2)のアからカまでのいずれかに該当する場合は、該当項目を記載すること。	820100750	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):ア 末期腎不全の患者		
				820100751	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):イ 急性腎障害と診断された、高度代謝性アシドーシスの患者		
				820100752	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):ウ 薬物中毒の患者		
				820100753	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):エ 急性腎障害と診断された、尿毒症の患者		
				820100754	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):オ 急性腎障害と診断された、電解質異常の患者		
				820100755	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):カ 急性腎障害と診断された、体液過剰状態の患者		
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038-2持続緩徐式血液濾過の(2)のキからケまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。	830100253	キの要件を満たす医学的根拠(重症急性肺炎の患者)(持続緩徐式血液濾過):*****		
				830100254	クの要件を満たす医学的根拠(重症敗血症の患者)(持続緩徐式血液濾過):*****		
				830100255	ケの要件を満たす医学的根拠(劇症肝炎又は術後肝不全)(持続緩徐式血液濾過):*****		
448	J039	血漿交換療法	一連の当該療法の初回実施年月日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものも含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。))を記載すること。	850100277	初回実施年月日(血漿交換療法):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
				842100058	通算実施回数(血漿交換療法):*****		
				算定日情報	(算定日)	○	
				851100011	開始時刻(血漿交換療法)		
				851100012	終了時刻(血漿交換療法)		
			(血栓性血小板減少性紫斑病の患者に対して実施した場合)直近の測定結果に基づく血小板数を記載すること。	842100059	血小板数(血漿交換療法):*****		
449	J039 注3	移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	(臓器移植後に抗体関連型拒絶反応を呈する患者を対象として、抗ドナー抗体を除去することを目的として実施する医学的な必要性から一連につき6回以上算定する場合には、その理由を記載すること。	830100536	6回以上算定する理由(移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法):*****		
450	J040	局所灌流	当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。))を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				851100013	開始時刻(局所灌流)		
				851100014	終了時刻(局所灌流)		
451	J041	吸着式血液浄化法	当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。))を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				851100015	開始時刻(吸着式血液浄化法)		
				851100016	終了時刻(吸着式血液浄化法)		
			「(診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のア)に該当する場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のアの①から③までのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。	830100257	アの1の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法):*****		
				830100258	アの2の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法):*****		
				830100259	アの3の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法):*****		
452	J041- 2	血球成分除去療法	(寛解期の潰瘍性大腸炎で既存の薬物治療が無効、効果不十分又は適用できない難治性患者(厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準))に対しては、寛解維持を目的として行った場合であって、医学的な必要性から一連につき2週間に2回以上算定する場合又は48週間を超えて算定する場合) その理由を記載すること。	830100764	2週間に2回以上算定する理由(血球成分除去療法):*****		
				830100765	48週間を超えて算定する理由(血球成分除去療法):*****		
			(ステロイド抵抗性又は不耐容の慢性移植片対宿主病(GVHD)患者に対しては、臨床症状の改善又はステロイドの減量を目的として行った場合であって、医学的な必要性から一連につき24週間に31回を超えて算定する場合) その理由を記載すること。	830100863	24週間に31回を超えて算定する理由(血球成分除去療法):*****		※
			初回実施に当たっては、医学的な必要性を記載すること。	830100766	医学的な必要性(初回)(血球成分除去療法):*****		
			一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものも含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。))を記載すること。	850100444	初回実施年月日(血球成分除去療法):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
				842100060	通算実施回数(血球成分除去療法):*****		
				851100017	開始時刻(血球成分除去療法)		
				851100018	終了時刻(血球成分除去療法)		
453	J042 の1	連続換行式腹膜灌流の導入期加算	導入の年月日を記載すること。	850100279	導入年月日(導入期加算(腹膜灌流)):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
				820101242	ア 傍ストーマヘルニア(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		※
				820101243	イ ストーマ脱出(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		※
				820101244	ウ ストーマ腫瘍(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
454	J043- 3 注4	ストーマ処置のストーマ合併症加算	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J043-3ストーマ処置の(4)のAからキまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820101245	エ ストーマ部瘻孔(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		※
				820101246	オ ストーマ静脈瘤(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		※
				820101247	カ ストーマ周囲肉芽腫(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		※
				820101248	キ ストーマ周囲難治性潰瘍等(ストーマ合併症加算(ストーマ処置))		※
455	J045 の3	人工呼吸 5時間を超えた場合	開始年月日を記載すること。なお、長期入院により人工呼吸開始日の特定日が困難な場合については、その旨記載すること。	850100445	開始年月日(人工呼吸 5時間を超えた場合):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100864	人工呼吸開始日の特定が困難な理由(人工呼吸 5時間を超えた場合):*****		※
456	J045 注3	覚醒試験加算	開始年月日を記載すること。	850100446	開始年月日(覚醒試験加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
457	J045 注5	人工呼吸 腹臥位療法加算	当該月の算定日及び1回毎の開始年月日、開始時間、終了年月日及び終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				850190236	開始年月日(腹臥位療法加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				851100079	開始時刻(腹臥位療法加算)		※
				850190238	終了年月日(腹臥位療法加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				851100080	終了時刻(腹臥位療法加算)		※
458	J045- 2	一酸化窒素吸入療法	開始日時、終了日時及び通算時間を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				851100019	開始時刻(一酸化窒素吸入療法)		
				850100281	終了年月日(一酸化窒素吸入療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100020	終了時刻(一酸化窒素吸入療法)		
			(96時間又は168時間を超えて算定する場合)その理由及び医学的根拠を記載すること。	852100014	通算時間(一酸化窒素吸入療法)		
				830100262	理由及び医学的根拠(一酸化窒素ガス加算):*****		
459	J047- 3	心不全に対する遠赤外線温熱療法	当該療法を開始した年月日及び医学的必要性を記載する。	850100282	初回の算定年月日(心不全に対する遠赤外線温熱療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100263	医学的必要性(心不全に対する遠赤外線温熱療法):*****		
460	J052- 2	熱傷温浴療法	受傷年月日を記載すること。	850100283	受傷年月日(熱傷温浴療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
461	J054- 2	皮膚レーザー照射療法	前回の治療開始年月日を記載すること。	850100284	前回治療開始年月日(皮膚レーザー照射療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
462	J070- 2	干渉低周波による膀胱等刺激法	治療開始年月日を記載すること。	850100285	治療開始年月日(干渉低周波による膀胱等刺激法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
463	J070- 3	冷却褥処置	内痔核の重症度について、Ⅰ度又はⅡ度のうち該当するものを選択して記載すること。	820100242	重症度 1度		
				820100243	重症度 2度		
464	J070- 4	磁気による膀胱等刺激法	当該療法の初回実施年月日及び初回からの通算実施日を記載すること。	850100286	初回実施年月日(磁気による膀胱等刺激法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100061	通算実施日(磁気による膀胱等刺激法):*****		
465	J118- 4	歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)	(歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)を継続して算定する場合)カンファレンスにおける歩行機能の改善効果等の検討結果について、その要点(5週間以内に実施される9回の処置の前後の結果を含む。)を症状詳記として記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100264	症状詳記(歩行運動処置(ロボットスーツ)):*****		
466	J008 等	180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者	(厚生労働大臣が定める状態にあるもの(「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」(平成18年厚生労働省告示第408号)第九のトに該当する患者)について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合)処置名を記載すること。	140003210	胸腔穿刺(洗浄、注入及び排液を含む)	○	
				140003610	腹腔穿刺(人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む)	○	
			(重度の肢体不自由者及び人工腎臓を実施している状態にある患者(同告示第九のニ又はリに該当する患者))「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日老健第102-2号)におけるランクについて、ランクB又はランクCのうち該当するものを選択して記載すること。	820100244	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) ランクB		
				820100245	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) ランクC		
467	J129- 3	治療用装具採寸法	(医学的な必要性から、既製品の治療用装具を処方するに当たって、既製品の治療用装具を加工するために当該採寸を実施した場合)医学的な必要性及び加工の内容を記載すること。	830100537	医学的な必要性(治療用装具採寸法):*****		
				830100538	加工の内容(治療用装具採寸法):*****		
468	K	手術	算定日を記載すること。 なお、対称器官の両側に対し、手術(片側の点数が告示されているものに限る。)を行った場合は、左右別にそれぞれ算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
469	K 通 則7	通則7 1,500グラム未満の児加算、新生児加算	手術時体重を記載すること。	830100265	手術時体重(極低出生体重児加算(手術)):*****		
				830100266	手術時体重(新生児加算(手術)):*****		
470	K 通 則12	通則12 時間外等加算1	手術を実施した診療科、初診又は再診の日時(入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。)及び手術を開始した日時を記載すること。	830100539	手術実施診療科(休日加算1(手術)):*****		
				830100540	手術実施診療科(時間外加算1(手術)):*****		
				830100541	手術実施診療科(深夜加算1(手術)):*****		
				830100542	手術実施診療科(時間外特例医療機関加算1(手術)):*****		
				853100021	休日加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100022	時間外加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100023	深夜加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100024	時間外特例医療機関加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100025	休日加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
				853100026	時間外加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100027	深夜加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100028	時間外特例医療機関加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"		
471	K002	デブリードマン	(デブリードマンを繰り返し算定する場合) 植皮の範囲(全身に占める割合)を記載すること。	830100267	植皮の範囲(デブリードマン);*****		
				830100268	病歴(デブリードマン);*****		
			(A)許浴連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎に対して行う場合) 病歴、細菌培養検査及び画像所見を記載すること。	830100269	細菌培養検査結果(デブリードマン);*****		
				830100270	画像所見(デブリードマン);*****		
472	K019-2	自家脂肪注入	注入した脂肪量を記載すること。	830100543	注入した脂肪量(自家脂肪注入);*****		
473	K022 の1	組織拡張器による再 建手術 1 乳房(再建手術)の 場合	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K022の組織拡張器による再建手術の(2)のア又はイのうち該当するものを選択して記載すること。	820100246	ア 留意事項通知に規定する一次再建		
				820100247	イ 留意事項通知に規定する二次再建		
			(一連の治療につき2回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。	830100271	詳細理由(組織拡張器による再建手術(乳房(再建手術)));*****		
474	K022 の2	組織拡張器による再 建手術 2 その他の場合	(一連の治療につき2回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。	830100272	詳細理由(組織拡張器による再建手術(その他));*****		
475	K046 注	骨折親血の手術の緊 急整備固定加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	853100006	骨折した日時(緊急整備固定加算);dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100007	手術を開始した日時(緊急整備固定加算);dd"日"hh"時"mm"分"		
476	K047	難治性骨折電磁波電 気治療法	(親血の手術又は超音波骨折治療法等他の療養を行わず難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合) その詳細な理由を記載すること。	830100273	詳細理由(難治性骨折電磁波電気治療法);*****		
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100274	指導内容(難治性骨折電磁波電気治療法);*****		
477	K047-2	難治性骨折超音波治 療法	(親血の手術又は超音波骨折治療法等他の療養を行わず難治性骨折超音波治療法を行った場合) その詳細な理由を記載すること。	830100780	詳細理由(難治性骨折超音波治療法);*****		
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100781	指導内容(難治性骨折超音波治療法);*****		
478	K047-3	超音波骨折治療法	(四肢(手足を含む。))の骨折親血の手術等を実施した後、当該骨折から3週間を超えて超音波骨折治療法を行った場合) その理由を記載すること。	830100275	実施理由(超音波骨折治療法);*****		
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100276	指導内容(超音波骨折治療法);*****		
479	K059	骨移植術(軟骨移植 術を含む。)	(自家骨又は非生体同種骨(凍結保存された死体骨を含む。))移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合) 人工骨の移植部位について記載すること。	830100544	人工骨の移植部位(骨移植術);*****		
480	K079-2 注	関節鏡下靭帯断裂形 成手術の一次的靭帯 形成加算	両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見等及び一期的な両靭帯形成術の医学的必要性を記載すること。	830100277	両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見(一期的両靭帯形成加算);*****		
				830100278	一期的な両靭帯形成術の医学的必要性(一期的両靭帯形成加算);*****		
481	K081 注	人工骨頭挿入術の緊 急挿入加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	853100008	骨折した日時(緊急挿入加算);dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100009	手術を開始した日時(緊急挿入加算);dd"日"hh"時"mm"分"		
482	K096-2	体外衝撃波疼痛治療 術	保存療法の開始年月日及び本治療を選択した医学的理由を記載すること。	850100287	保存療法開始年月日(体外衝撃波疼痛治療術);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100279	治療を選択した医学的理由(体外衝撃波疼痛治療術);*****		
		(2回目以降算定する場合) 前回算定年月日及びその理由を記載すること。	850100288	前回算定年月日(体外衝撃波疼痛治療術);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"			
				830100280	2回目以降算定する理由(体外衝撃波疼痛治療術);*****		
483	K172 の2	脳動静脈奇形摘出術	SM－Grade3から5と診断した画像所見及び手術の概要を摘要欄に記載する。	830100281	SM－Grade3から5と診断した画像所見;*****		
				830100282	手術の概要(脳動静脈奇形摘出術);*****		
484	K268	緑内障手術 6 水晶体再建術併用 眼内ドレーン挿入術	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100283	症状詳記(緑内障手術(水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術));*****		
485	K280-2	網膜付着組織を含む 硝子体切除術	当該術式を選択した理由を詳細に記載すること。	830100284	選択理由(網膜付着組織を含む硝子体切除術);*****		
486	K282	水晶体再建術の注の 加算	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100285	症状詳記(水晶体裏拡張リング使用加算(水晶体再建術));*****		
487	K311	鼓膜穿孔閉鎖術	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100545	症状詳記(鼓膜穿孔閉鎖術);*****		
488	K474-3	乳腺腫瘍画像下ガイド 下吸引術 2 MRIによるもの	実施した医学的必要性を記載すること。	830100286	医学的必要性(乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(MRI));*****		
489	K476-4	ゲル充填人工乳房を 用いた乳房再建術(乳 房切除後)	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K476-4ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術の(2)のアからウまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100248	ア 留意事項通知に規定する一次一期的再建		
				820100249	イ 留意事項通知に規定する一次二期的再建		
				820100250	ウ 留意事項通知に規定する二次再建		
490	K508-4	気管支バルブ留置術	「K511」肺切除術若しくは「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由を記載すること。	830100865	「K511」肺切除術若しくは「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由(気管支バルブ留置術);*****		※
				830100546	理由・医学的根拠(留意事項通知K546(1));*****		
				830100547	医学的根拠(留意事項通知K546(2)のア);*****		
				830100548	測定項目(留意事項通知K546(2)のア);*****		
				830100549	医学的根拠(留意事項通知K546(2)のイ);*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
491	K546 K547 K548 K549	経皮的冠動脈形成術 経皮的冠動脈粥腫切 除術 経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによ るもの) 経皮的冠動脈ステント 留置術	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K546経皮的冠動脈形成術の(1)から(3)。(6)。(7)。K547経皮的冠動脈粥腫切除術の(1)及び(2)。K548経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)の(1)又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の(1)から(3)。(6)。(7)に該当する場合は、所定の事項を記載すること。	830100550	医学的根拠(留意事項通知K546(2)のウ):*****		
				830100551	医学的根拠(留意事項通知K546(3)のア):*****		
				830100552	重症度及びその医学的根拠(留意事項通知K546(3)のア):*****		
				830100553	医学的根拠(留意事項通知K546(3)のイ):*****		
				830100554	短期リスク評価及びその医学的根拠(留意事項通知K546(3)のイ): *****		
				830100555	医学的根拠(留意事項通知K546(3)のウ):*****		
				830100556	詳細な理由・医学的根拠(留意事項通知K546(6)):*****		
				830100557	過去に実施した手術(留意事項通知K546(7)のイ):*****		
				830100558	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K546(7)のイ): *****		
				830100559	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K546(7)のウ):*****		
				830100560	理由・医学的根拠(留意事項通知K547(1)):*****		
				830100561	過去に実施した手術(留意事項通知K547(2)のイ):*****		
				830100562	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K547(2)のイ): *****		
				830100563	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K547(2)のウ):*****		
				830100564	過去に実施した手術(留意事項通知K548(1)のイ):*****		
				830100565	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K548(1)のイ): *****		
				830100566	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K548(1)のウ):*****		
				830100567	理由・医学的根拠(留意事項通知K549(1)):*****		
				830100568	医学的根拠(留意事項通知K549(2)のア):*****		
				830100569	測定項目数(留意事項通知K549(2)のア):*****		
				830100570	医学的根拠(留意事項通知K549(2)のイ):*****		
				830100571	医学的根拠(留意事項通知K549(2)のウ):*****		
				830100572	医学的根拠(留意事項通知K549(3)のア):*****		
				830100573	重症度及びその医学的根拠(留意事項通知K549(3)のア):*****		
				830100574	医学的根拠(留意事項通知K549(3)のイ):*****		
				830100575	短期リスク評価及びその医学的根拠(留意事項通知K549(3)のイ): *****		
				830100576	医学的根拠(留意事項通知K549(3)のウ):*****		
				830100577	詳細な理由・医学的根拠(留意事項通知K549(6)):*****		
				830100578	過去に実施した手術(留意事項通知K549(7)のイ):*****		
				830100579	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K549(7)のイ): *****		
				830100580	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K549(7)のウ):*****		
				842100075	留意事項通知K546(2)のA測定値:		
				842100076	留意事項通知K549(2)のA測定値:		
				850100453	留意事項通知K546(7)のA過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月" "dd"日"		
				850100454	留意事項通知K547(2)のA過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月" "dd"日"		
				850100455	留意事項通知K548(1)のA過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月" "dd"日"		
				850100456	留意事項通知K549(7)のA過去の実施年月日:(元号)yy"年"mm"月" "dd"日"		
				851100039	留意事項通知K546(2)のイの(イ) 所見の得られた時刻		
				851100040	留意事項通知K546(2)のイの(ニ) 所見の得られた時刻		
				851100041	留意事項通知K546(2)のイの(ハ) 所見の得られた時刻		
				851100042	留意事項通知K546(2)のイの(ホ) 所見の得られた時刻		
				851100043	留意事項通知K546(2)のイの(ロ) 所見の得られた時刻		
				851100044	留意事項通知K546(2)のウの(イ) 再開通時刻		
				851100045	留意事項通知K546(2)のウの(イ) 発症時刻		
				851100046	留意事項通知K546(2)のウの(イ) 来院時刻		
				851100047	留意事項通知K546(2)のウの(ロ) 再開通時刻		
				851100048	留意事項通知K546(2)のウの(ロ) 発症時刻		
				851100049	留意事項通知K546(2)のウの(ロ) 来院時刻		
				851100050	留意事項通知K546(3)のウ手術開始時刻		
				851100051	留意事項通知K546(3)のウ来院時刻		
				851100052	留意事項通知K549(2)のイの(イ) 所見の得られた時刻		
				851100053	留意事項通知K549(2)のイの(ニ) 所見の得られた時刻		
				851100054	留意事項通知K549(2)のイの(ハ) 所見の得られた時刻		
				851100055	留意事項通知K549(2)のイの(ホ) 所見の得られた時刻		
				851100056	留意事項通知K549(2)のイの(ロ) 所見の得られた時刻		
				851100057	留意事項通知K549(2)のウの(イ) 再開通時刻		
				851100058	留意事項通知K549(2)のウの(イ) 発症時刻		
				851100059	留意事項通知K549(2)のウの(イ) 来院時刻		
				851100060	留意事項通知K549(2)のウの(ロ) 再開通時刻		
				851100061	留意事項通知K549(2)のウの(ロ) 発症時刻		
				851100062	留意事項通知K549(2)のウの(ロ) 来院時刻		
				851100063	留意事項通知K549(3)のウ手術開始時刻		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
				851100064	留意事項通知K549(3)のウ末院時刻		
				830100581	医学的根拠(留意事項通知K546(4)のア):*****		
				830100582	医学的根拠(留意事項通知K546(4)のイ):*****		
				830100583	医学的根拠(留意事項通知K546(4)のウ):*****		
				830100584	医学的必要性及び検討結果(留意事項通知K546(4)のウ):*****		
				830100585	医学的根拠(留意事項通知K549(4)のア):*****		
				830100586	医学的根拠(留意事項通知K549(4)のイ):*****		
				830100587	医学的根拠(留意事項通知K549(4)のウ):*****		
				830100588	医学的必要性及び検討結果(留意事項通知K549(4)のウ):*****		
			(経皮的冠動脈形成術又は経皮的冠動脈ステント留置術の「3」その他のものを算定する場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K546経皮的冠動脈形成術又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の(4)のアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、実施の医学的必要性及びカンファレンス等の検討の結果を記載すること。	820100756	該当する病変(経皮的冠動脈形成術):ア 機能的虚血の原因である狭窄病変		
				820100757	該当する病変(経皮的冠動脈形成術):イ 心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変		
				820100758	該当する病変(経皮的冠動脈形成術):ウ その他医学的必要性が認められる病変		
				830100287	実施の医学的必要性及びカンファレンス等の検討結果(経皮的冠動脈形成術):*****		
				820100759	該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):ア 機能的虚血の原因である狭窄病変		
				820100760	該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):イ 心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変		
				820100761	該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):ウ その他医学的必要性が認められる病変		
				830100288	実施の医学的必要性及びカンファレンス等の検討結果(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):*****		
492	K555 注 K555-3 注 K557-3 注 K560 注	弁置換術の心臓弁再置換術加算 胸腔鏡下弁置換術の心臓弁再置換術加算 弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術の心臓弁再置換術加算 大動脈瘤切除術の心臓弁再置換術加算	前回手術年月日、術式及び保険医療機関名を記載すること。	850100289	前回手術年月日(心臓弁再置換術加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100289	前回手術の術式(心臓弁再置換術加算):*****		
				830100290	前回手術実施保険医療機関名(心臓弁再置換術加算):*****		
493	K581 注 K583 注 K584 注 K586 注	肺動脈閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算 大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算 修正大血管転位症手術の人工血管等再置換術加算 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術の人工血管等再置換術加算	前回手術年月日、術式及び保険医療機関名を記載すること。	850100290	前回手術年月日(人工血管等再置換術加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100297	前回手術の術式(人工血管等再置換術加算):*****		
				830100298	前回手術実施保険医療機関名(人工血管等再置換術加算):*****		
494	K594 の4の イ及び ロ	不整脈手術 4 左心耳閉鎖術 イ 開胸手術によるもの ロ 胸腔鏡下によるもの	手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査(ホルター心電図検査を含む。)の結果及び当該手術を行う医学的理由を記載すること。	830100305	12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果(不整脈手術(左心耳閉鎖術(開胸手術))):*****		
				830100306	当該手術を行う医学的理由(不整脈手術(左心耳閉鎖術(開胸手術))):*****		
				830100589	12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果(不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下))):*****		
				830100590	当該手術を行う医学的理由(不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下))):*****		
495	K598 K599 K599-3	両心室ペースメーカー移植術 植込型除細動器移植術 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100307	症状詳記(両心室ペースメーカー移植術):*****		
				830100308	症状詳記(植込型除細動器移植術):*****		
				830100309	症状詳記(両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術):*****		
496	K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	(経皮的シャント拡張術・血栓除去術を2回以上算定した場合) 前回算定日を記載すること。	850100291	前回算定年月日(経皮的シャント拡張術・血栓除去術):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
497	K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術の(2)の要件を満たす画像所見等の医学的根拠を記載すること。 前回算定年月日(他の保険医療機関での算定を含む。)を記載すること。	830100310	アの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術):*****		
				830100311	イの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術):*****		
				850100291	前回算定年月日(経皮的シャント拡張術・血栓除去術):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
498	K616-8	吸着式潰瘍治療法	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K616-8吸着式潰瘍治療法の(2)のア及びイの要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100591	医学的根拠(吸着式潰瘍治療法):*****		
499	K656-2	腹腔鏡下胃縮小術	手術前のBMI、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を記載すること。	830100312	手術前のBMI等(腹腔鏡下胃縮小術):*****		
500	K664	胃瘻造設術	実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術又は腹腔鏡下胃瘻造設術の中から該当するものを選択して記載すること。	820100254	開腹による胃瘻造設術		
				820100255	経皮的内視鏡下胃瘻造設術		
				820100256	腹腔鏡下胃瘻造設術		
501	K664-2	経皮経食道胃管挿入術(PTEG)	医学的な理由を記載すること。	830100313	医学的理由(経皮経食道胃管挿入術(PTEG)):*****		
502	K664-3	薬剤投与用胃瘻造設術	経胃瘻空腸投与が必要な理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830100314	必要理由・医学的根拠(薬剤投与用胃瘻造設術):*****		
503	K695	肝切除術	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を記載すること。	830100921	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由(肝切除術):*****		
504	K695-2	腹腔鏡下肝切除術	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を記載すること。	830100315	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由(腹腔鏡下肝切除術):*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
505	K721- 注2 K721- 3 注 K721- 4 注	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 内視鏡的結腸異物摘出術 バルーン内視鏡加算 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 バルーン内視鏡加算	症状詳細を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100592	症状詳細(バルーン内視鏡加算);*****		
506	K721- 4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術を算定した場合は、病変が以下のいずれに該当するかを選択して記載し、併せて病変の最大径を記載すること。 ア 最大径が2cm以上の早期癌 イ 最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍 ウ 最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌	820100257	ア 最大径が2cm以上の早期癌		
				820100258	イ 最大径が5mmから1cmまでの神経内分泌腫瘍		
				820100259	ウ 最大径が2cm未満の線維化を伴う早期癌		
507	K735- 2	小腸・結腸狭窄部拡張術	(短期間又は同一入院期間中に2回目を算定する場合) その理由及び医学的な必要性を記載すること。	830100317	短期間又は同一入院期間中に2回目を算定する理由及び医学的な必要性(小腸・結腸狭窄部拡張術);*****		
508	K740	直腸切除・切断術の人工肛門造設加算	一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。	830100318	医学的な必要性(人工肛門造設加算(直腸切除・切断術));*****		
509	K740 の4	直腸切除・切断術 4 経肛門吻合を伴う切除術	手術内容を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100866	手術内容(経肛門吻合を伴う切除術(直腸切除・切断術));*****		※
510	K740- 2の4	腹腔鏡下直腸切除・切断術 4 経肛門吻合を伴う切除術	手術内容を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100867	手術内容(経肛門吻合を伴う切除術(腹腔鏡下直腸切除・切断術));*****		※
511	K740- 2	腹腔鏡下直腸切除・切断術の人工肛門造設加算	一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。	830100319	医学的な必要性(人工肛門造設加算(腹腔鏡下直腸切除・切断術));*****		
512	K755- 3	副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	副腎摘出術が適応とならない理由を記載すること。	830100593	副腎摘出術が適応とならない理由(副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法);*****		
513	K823- 6	尿失禁手術	(効果の減弱等により再手術が必要となった場合) 前回実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850100491	前回実施年月日(尿失禁手術);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820190491	初回(尿失禁手術)		
514	K838- 2の1	精巣内精子採取術 1 単純なもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 閉塞性無精子症 イ 非閉塞性無精子症 ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの	820100876	ア 閉塞性無精子症(精巣内精子採取術 1 単純なもの)		
				820100877	イ 非閉塞性無精子症(精巣内精子採取術 1 単純なもの)		
				820100878	ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの(精巣内精子採取術 1 単純なもの)		
515	K838- 2の2	精巣内精子採取術 2 顕微鏡を用いたもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 非閉塞性無精子症 イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者	820100879	ア 非閉塞性無精子症(精巣内精子採取術 2 顕微鏡を用いたもの)		
				820100880	イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者(精巣内精子採取術 2 顕微鏡を用いたもの)		
516	K838- 2	精巣内精子採取術	(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K838-2精巣内精子採取術の(2)のウ又は(3)のイに該当する患者に算定する場合) 実施する必要があると判断した理由について記載すること。	830100594	実施する必要があると判断した理由(精巣内精子採取術);*****		
517	K884- 2	人工授精	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 精子・精液の量的・質的異常 イ 射精障害・性交障害 ウ 精子-頸管粘液不適合 エ 機能性不妊	820100881	ア 精子・精液の量的・質的異常(人工授精)		
				820100882	イ 射精障害・性交障害(人工授精)		
				820100883	ウ 精子-頸管粘液不適合(人工授精)		
				820100884	エ 機能性不妊(人工授精)		
518	K884- 3	胚移植術	治療開始日の年齢を記載すること。	830100595	治療開始日の年齢(胚移植術);*****		
			胚移植術の実施回数の合計を記載すること。	830100596	胚移植術の実施回数(胚移植術);*****		
519	K884- 3注2	アシステッドハッチング	実施した医学的な理由を記載すること。	830100597	実施した医学的な理由(アシステッドハッチング);*****		
520	K884- 3注3	高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置	実施した医学的な理由を記載すること。	830100598	実施した医学的な理由(高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置);*****		
521	K890- 4	採卵術	採取した卵子の数を記載すること。 いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 卵管性不妊 イ 男性不妊(閉塞性無精子症等) ウ 機能性不妊 エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合	830100599	採取した卵子の数(採卵術);*****		
				820100885	ア 卵管性不妊(採卵術)		
				820100886	イ 男性不妊(閉塞性無精子症等)(採卵術)		
				820100887	ウ 機能性不妊(採卵術)		
				820100888	エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合(採卵術)		
522	K917	体外受精・顕微授精管理料	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 卵管性不妊 イ 男性不妊(閉塞性無精子症等) ウ 機能性不妊 エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合 (顕微授精及び必要な医学管理を行った場合) 管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数を記載すること。	820100889	ア 卵管性不妊(体外受精・顕微授精管理料)		
				820100890	イ 男性不妊(閉塞性無精子症等)(体外受精・顕微授精管理料)		
				820100891	ウ 機能性不妊(体外受精・顕微授精管理料)		
				820100892	エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合(体外受精・顕微授精管理料)		
				850100457	管理を開始した年月日(体外受精・顕微授精管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100600	顕微授精を実施した卵子の数(体外受精・顕微授精管理料);*****		
523	K917 注1	体外受精・顕微授精管理料 体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合	体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由について記載すること。	830100601	体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由(体外受精・顕微授精管理料);*****		
524	K917 注2	体外受精・顕微授精管理料 卵子調整加算	実施した医学的な理由を記載すること。	830100603	実施した医学的な理由(卵子調整加算);*****		
525	K917- 2	受精卵・胚培養管理料	管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理を開始した年月日を記載すること。	830100604	管理を実施した受精卵及び胚の数(受精卵・胚培養管理料);*****		
				850100460	管理を開始した年月日(受精卵・胚培養管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
526	K917- 2注	受精卵・胚培養管理料 注: 胚盤胞の作成目的	管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日を記載すること。	830100798	管理の具体的な内容(注: 胚盤胞の作成目的);*****		
				842100107	管理を実施した初期胚の数(注: 胚盤胞の作成目的);*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
		時		850190203	管理を開始した年月日(注:胚盤胞の作成目的):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
527	K917-3の1	胚凍結保存管理料 胚凍結保存管理料(導入時)	凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日を記載すること。	830100607	凍結する初期胚又は胚盤胞の数(胚凍結保存管理料(導入時)):*****		
				850100462	凍結を開始した年月日(胚凍結保存管理料(導入時)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日		
528	K917-3の2	胚凍結保存管理料 胚凍結保存維持管理料	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数を記載すること。 また、凍結を開始した年月日を維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとに記載すること。	830100608	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数(胚凍結保存維持管理料):*****		
				850190204	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとの凍結を開始した年月日(胚凍結保存維持管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
529	K917-5の1	精子凍結保存管理料 精子凍結保存管理料(導入時)	凍結する精子の量及び凍結を開始した年月日を記載すること。	830100868	凍結する精子の量(精子凍結保存管理料(導入時)):*****		※
				850190240	凍結を開始した年月日(精子凍結保存管理料(導入時)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
530	K917-5の2	精子凍結保存管理料 精子凍結保存維持管理料	維持管理を行う精子の量及び当該精子ごとの凍結を開始した年月日を記載すること。	830100869	維持管理を行う精子の量(精子凍結保存維持管理料):*****		※
				850190241	精子ごとの凍結を開始した年月日(精子凍結保存維持管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
531	K920の3	自己血貯血	貯血量、手術予定年月日(当該自己血貯血を入院外で行った場合又は当該自己血貯血を行った日が属する月と手術予定日が属する月とが異なる場合に限る。)を記載すること。	150327510	自己血貯血(6歳以上)(液状保存)	○	
				150327610	自己血貯血(6歳以上)(凍結保存)	○	
				150327710	自己血貯血(6歳未満)(液状保存)	○	
				150327810	自己血貯血(6歳未満)(凍結保存)	○	
				850100464	自己血貯血手術予定年月日		
532	K920の4	自己血輸血	(6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合) 患者の体重を記載すること。	840000082	患者体重 g		
				840000082	患者体重 g		
				150286410	自己血輸血(6歳未満)(液状保存)	○	
533	K920の5	希釈式自己血輸血	(6歳未満の患者に対して希釈式自己血輸血を行った場合) 患者の体重及び輸血量を記載すること。	150286510	自己血輸血(6歳未満)(凍結保存)	○	
				840000082	患者体重 g		
534	K923	術中術後自己血回収術	(12歳未満の患者に対して術中術後自己血回収術を行った場合) 患者の体重及び出血量を記載すること。	150390610	希釈式自己血輸血(6歳未満)	○	
				840000082	患者体重 g		
534	K923	術中術後自己血回収術	(12歳未満の患者に対して術中術後自己血回収術を行った場合) 患者の体重及び出血量を記載すること。	842100114	出血量(術中術後自己血回収術):*****		※
535	K930-5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施年月日を記載すること。	850100293	嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査実施年月日(胃瘻造設時嚥下機能評価加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
536	K939-9	切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算	患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。	820100893	ア BMIが30以上の肥満症の患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100894	イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1C(HbA1C)がJDS値で6.6%以上(NGSP値で7.0%以上)の者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100895	ウ ステロイド療法を受けている患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100896	エ 慢性維持透析患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100897	オ 免疫不全状態にある患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100898	カ 低栄養状態にある患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100899	キ 創傷治癒遅延をもちたらず皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
				820100900	ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)		
537	-	1	『特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について』(令和6年3月5日保医発0305第8号)Ⅰの2の006の(1)のウ、008の(3)、009の(3)、010、011の(2)、013の(3)、013の(4)、015の(1)、015の(2)、Ⅰの3の010の(2)、010の(5)、021の(4)、031の(4)、033の(2)、040(Ⅰの2の006の(1)のウと同様)、061の(1)、064の(11)、065、066の(2)、069、070、071の(1)、080の(1)、094の(2)、107の(1)、107の(2)、129の(1)のイ、129の(2)のイ、132の(3)、132の(5)、132の(7)、133の(3)のイ、133の(3)のオ、133の(5)のカ、133の(8)のア、133の(9)のア、133の(13)のア、134、144の(2)、146の(1)、146の(2)、146の(3)、146の(5)、149の(3)、150の(1)のア、150の(1)のエ、150の(2)のウ、150の(3)のア、150の(3)のウ、152の(2)、152の(5)、153の(2)、153の(3)、153の(4)、153の(5)、155の(2)、159の(3)、159の(4)、159の(5)、174の(3)、180の(2)、186の(4)、187の(3)、189の(2)、190の(2)、191の(2)、191の(5)、195の(2)、196の(2)、200の(1)のウ、202の(3)、203の(5)、204の(1)、205の(1)、206の(2)、207の(1)、207の(2)、211の(2)、212の(1)、212の(2)、213、214の(2)、214の(3)、218の(3)、220、224の(3)、225の(1)又は225の(3)に該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。また、同通知のⅣに規定する略称を使用しても差し支えないこと。なお、Ⅰの3の021の(4)、133の(3)のイ、144の(2)、150の(1)のエ、150の(2)のウ、150の(3)のウ、150の(4)のエ、150の(5)のウ、150の(6)のエ、150の(7)のオ、186の(4)又は191の(5)に該当する場合には、症状詳記に記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。また、Ⅰの3の153(動脈管内留置型を使用する場合に限る。))については、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写し及び関連学会より認定された医師であることを証する文書の写しを、191(人工血管内シヤントの静脈側吻合部狭窄治療の実施に限る。))については、関連学会の定める適正使用指針における審査要件を満たすことを証明する書類の写しを、193については、関連学会により発行される実施施設証明書の写しを、198については、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いた治療が当該患者にとって最適であると判断した評価内容を、204、205については、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写し及び医師の所定の研修修了を証する文書の写しを添付すること。	830100609	所定事項(特定保険医療材料):*****		
				830100610	症状詳記(特定保険医療材料):*****		
538	L	麻酔	算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
			各区分ごとの麻酔時間を記載すること。	150332610 150332510 等	閉鎖循環式全身麻酔1 閉鎖循環式全身麻酔1(麻酔困難な患者) 等	○	
				820100260	ア 心不全(NYHA3度以上のものに限る。)の患者		
				820100261	イ 狭心症(CCS分類3度以上のものに限る。)の患者		
				820100262	ウ 心筋梗塞(発症後3月以内のものに限る。)の患者		
				820100263	エ 大動脈閉鎖不全等(いずれも中等度以上のものに限る。)の患者		
				820100264	オ 留意事項通知に規定する大動脈弁狭窄又は僧帽弁狭窄の患者		
				820100265	カ 植込型ペースメーカー又は植込型除細動器を使用している患者		
				820100266	キ 留意事項通知に規定する先天性心疾患の患者		
				820100267	ク 留意事項通知に規定する肺動脈性肺高血圧症の患者		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用
539	L008	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	(各区分のイの「別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合」を算定する場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第11部L008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の(4)のアからハまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100268	ケ 留意事項通知に規定する呼吸不全の患者		
				820100269	コ 留意事項通知に規定する換気障害の患者		
				820100270	サ 留意事項通知に規定する気管支喘息の患者		
				820100271	シ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者		
				820100272	ス 留意事項通知に規定する腎不全の患者		
				820100273	セ 肝不全(Child－Pugh分類B以上のものに限る。)の患者		
				820100274	ソ 貧血(Hb6. 0g／dL未満のものに限る。)の患者		
				820100275	タ 血液凝固能低下(PT－INR2. 0以上のものに限る。)の患者		
				820100276	チ DICの患者		
				820100277	ツ 血小板減少(血小板5万／uL未満のものに限る。)の患者		
				820100278	テ 敗血症(SIRSを伴うものに限る。)の患者		
				820100279	ト 留意事項通知に規定するショック状態の患者		
				820100280	ナ 完全脊髄損傷(第5胸椎より高位のものに限る。)の患者		
				820100281	ニ 心肺補助を行っている患者		
				820100282	ヌ 人工呼吸を行っている患者		
				820100283	ネ 透析を行っている患者		
				820100284	ノ 大動脈内バルーンパンピングを行っている患者		
				820100285	ハ BMI35以上の患者		
540	L008 注9	神経ブロック併施加算	硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性を記載すること。	830100320	医学的必要性(神経ブロック併施加算) ;*****		
541	L008 注11	術中脳灌流モニタリング加算	(K5611に掲げるステントグラフト内挿術(血管損傷以外の場合において、胸部大動脈に限る。))については、弓部大動脈においてステント留置を行う若しくは弓部3分枝の血管吻合を行う際に術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合) その医学的必要性を記載すること。	830100870	医学的必要性(術中脳灌流モニタリング加算) ;*****		※
542	L008- 2	体温維持療法	(頭部外傷患者(脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴うGCS8点以下の状態にある患者に限る。))に対し体温維持療法を算定した場合) 脳脊髄圧モニタリングの内容等を詳細に記載すること。	830100871	脳脊髄圧モニタリングの詳細な内容等(体温維持療法) ;*****		※
543	L008- 2 注2	体温維持療法での体温維持迅速導入加算	算定の可否の判断に必要な発症等に係る時刻等を症状詳記を記載すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100321	症状詳記(体温維持迅速導入加算) ;*****		
544	L100	神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)	(局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合) その医学的必要性を記載すること。	830100322	医学的必要性(神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)) ;*****		
545	L101	神経ブロック(神経破壊剤・高周波凝固法又はバルス高周波法使用)	(局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合) その医学的必要性を記載すること。	830100323	医学的必要性(神経ブロック(神経破壊剤・高周波凝固法又はバルス高周波法使用)) ;*****		
546	M	放射線治療	照射部位を記載すること。 (放射性粒子・高線量率イリジウム又は低線量率イリジウムを使用した場合) 放射性粒子・高線量率イリジウム又は低線量率イリジウムの中から該当するものを選択して記載するとともに、使用量を記載すること。	830100324	照射部位(放射線治療) ;*****		
				770070000	放射性粒子	○	
				770050000	高線量率イリジウム	○	
				770060000	低線量率イリジウム	○	
547	M000- 2	放射性同位元素内用療法管理料	管理を開始した年月日を記載すること。	850100294	管理開始年月日(放射性同位元素内用療法管理料) ; (元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
548	M001	体外照射	(「1」エックス線表在治療及び「2」高エネルギー放射線治療において、同一部位に対する1日2回目の照射を算定する場合又は、「3」強度変調放射線治療において、小細胞肺癌に対して1日2回目の照射を算定する場合) 1 回目及び2回目の照射の開始時刻及び終了時刻を記載すること。	851100067	照射の開始時刻(1回目)(体外照射)		※
				851100068	照射の終了時刻(1回目)(体外照射)		※
				851100069	照射の開始時刻(2回目)(体外照射)		※
				851100070	照射の終了時刻(2回目)(体外照射)		※
549	N000	病理組織標本作製「1」の「組織切片によるもの」	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N000病理組織標本作製の(1)の(ア)から(ケ)までのいずれかを選択し記載する。 なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載すること。	820100866	ア 気管支及び肺臓		
				820100867	イ 食道		
				820100868	ウ 胃及び十二指腸		
				820100869	エ 小腸		
				820100870	オ 盲腸		
				820100871	カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸		
				820100872	キ S状結腸		
				820100873	ク 直腸		
				820100874	ケ 子宮体部及び子宮頸部		
				830100612	コ その他 ;*****		
550	N000	病理組織標本作製「2」の「セルブロック法によるもの」	対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N000病理組織標本作製(6)に規定するものうち、該当するものを選択して記載すること。 (肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫又は乳癌を疑う患者に対して実施した場合) 組織切片を換体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。	820100762	対象患者(T－M(セルブロック法)) : 悪性中皮腫を疑う患者		
				820100763	対象患者(T－M(セルブロック法)) : 肺悪性腫瘍を疑う患者		
				820100764	対象患者(T－M(セルブロック法)) : 胃癌を疑う患者		
				820100765	対象患者(T－M(セルブロック法)) : 大腸癌を疑う患者		
				820100766	対象患者(T－M(セルブロック法)) : 卵巣癌を疑う患者		
				820100767	対象患者(T－M(セルブロック法)) : 悪性リンパ腫を疑う患者		
				820101194	対象患者(T－M(セルブロック法)) : 乳癌を疑う患者		※
				830100326	実施困難理由(T－M(セルブロック法)) ;*****		
551	N002	免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製	(セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色を実施した場合) 対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N002免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製(10)に規定するものうち、該当するものを選択して記載すること。	820100797	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製) : 悪性中皮腫を疑う患者		
				820100798	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製) : 肺悪性腫瘍を疑う患者		
				820100799	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製) : 胃癌を疑う患者		
				820100800	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製) : 大腸癌を疑う患者		
				820100801	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製) : 卵巣癌を疑う患者		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用
				820100802	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):悪性リンパ腫を疑う患者		※
				820101305	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):乳癌を疑う患者		
			(セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色を肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫又は乳癌を疑う患者に対して実施した場合) 組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100328	実施困難理由(免疫染色病理組織標本作製):*****		
552	N002	免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の注2に規定する。確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して標本作製を実施した場合の加算	対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13節N002免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製の(8)の中から該当するものを選択して記載すること。	820100768	原発不明癌が疑われる患者		
				820100769	原発性脳腫瘍が疑われる患者		
				820100286	悪性リンパ腫が疑われる患者		
				820100287	悪性中皮腫が疑われる患者		
				820100288	肺悪性腫瘍(肺癌、扁平上皮癌)が疑われる患者		
				820100289	消化管間質腫瘍(GIST)が疑われる患者		
				820100290	慢性腎炎が疑われる患者		
				820100291	内分泌腫瘍が疑われる患者		
				820100292	軟部腫瘍が疑われる患者		
				820100293	皮膚の血管炎が疑われる患者		
				820100294	水疱症(天疱瘡、類天疱瘡等)が疑われる患者		
				820100295	悪性黒色腫が疑われる患者		
				820100296	筋ジストロフィーが疑われる患者		
				820100297	筋炎が疑われる患者		
553	N002 の3	免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製 3 HER2タンパク	(化学療法のある手術不能又は再発乳癌患者に対して、過去に乳癌に係る本標本作製を実施した場合であって、抗HER2ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判定するための補助に用いるものとして実事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、HER2低発現の確認により当該抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、本標本作製を再度行う場合) 再度免疫染色が必要である医学的な理由を記載すること。また、初回の標本作製の実施日を選択すること。	830100872	再度免疫染色が必要である医学的な理由(HER2タンパク(免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製)):*****		※
				820190498	初回の標本作製の実施日「令和6年3月30日以前」		※
				820190499	初回の標本作製の実施日「令和6年3月31日以降」		※
554	N002 の5	免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製 5 CCR4タンパク	(CCR4タンパク及びCCR4タンパク(フローサイトメトリー法)を併せて算定した場合) その理由及び医学的根拠を記載すること。	830100121	併せて算定した理由及び医学的根拠(CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)):*****		※
555	N005- 4	ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製	(いずれか1つの目的で当該標本作製を実施した後に、別の目的で当該標本作製を実施した場合にあって、別に1回算定する場合) 医学的な必要性を記載すること。	830100873	医学的な必要性(ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製):*****		※
556	N005- 5	BRAF V600E変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製	(早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的として、実施した場合) (D004-2)に掲げるマイクロサテライト不安定性検査、又は「N005-4」ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製を実施した年月日を、記載すること。	850190242	マイクロサテライト不安定性検査実施年月日(BRAF V600E変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				850190243	ミスマッチ修復タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製実施年月日(BRAF V600E変異タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
557	N006	病理診断科の悪性腫瘍病理組織標本加算	検体を抽出した手術の名称を記載すること。	830100331	検体を抽出した手術名(悪性腫瘍病理組織標本加算):*****		
558		ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱い	(核酸増幅法の検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者について、胃粘膜に同感染症特有の所見が認められているなど、同感染症を強く疑う特有の所見がある場合に、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1項目に限り算定した場合) 医療上の必要性について記載すること。	830100874	医療上の必要性(核酸増幅法):*****		※
				830100613	内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果:*****		
				820100901	健康診断として内視鏡検査を実施		
				830100614	検査方法:*****		
				830100615	検査結果:*****		
				850100465	除菌終了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100466	薬剤投与中止年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100467	終了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100468	抗体測定実施年月日(除菌前):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100469	抗体測定実施年月日(除菌後):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100616	測定結果:*****		
559	長期収載品の選定療養に関する取扱い		(長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合(長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。)) 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、後発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。 ※記載は制度が施行となる令和6年10月からとする。	※レセプト電算処理システム用コード・レセプト表示文言(理由の具体例)については、 違ってお示しする。			
				820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため		
				820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため		
				820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため		
				820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
560		プログラム医療機器 の評価療養に関する 取扱い	「器評」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820000095	〈器評〉		
				820101251	第1段階承認後のプログラム医療機器		※
				820101252	チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器		※
561		プログラム医療機器 の選定療養に関する 取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820101253	〈器選〉		※
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		※
562	入 所 者 診 療	施設入所者自己腹膜 灌流薬剤料	薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、投与量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	〈医薬品名を表示する。〉	○	
				特定器材コード	〈特定器材名を表示する。〉	○	
563	入 所 者 診 療	緊急時施設治療管理 料〈併設保険医療機 関の保険医が往診を 行った場合〉	対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨を記載すること。 (緊急時施設治療管理料を算定する往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合) その年月日及び時刻を記載すること。	820100298	介護療養型老健施設入居者		
				850100295	介護保険の緊急時施設療養の算定年月日：(元号)yy”年”mm”月”dd”日		
				851100021	介護保険の緊急時施設療養の算定時刻		

※「記載事項」欄における括弧書は、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。

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。