

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 |
|------------------------|---|---------------------|---|------------------------|---|
| 11 | 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(当該加算の基準に基づくADL得点又はランク)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 830100455 | 算定根拠となる評価(重度認知症加算(特定機能病院精神科入院基本料)):***** |
| | | | | 850100013 850100386 | 評価年月日(重度認知症加算(特定機能病院精神科入院基本料)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| 17 | A205 の1 | 救急医療管理加算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第1章第2部A205救急医療管理加算の(2)のアからケまでのいずれか該当するものを選択して記載すること。また、(2)のイ、ウ、オ、カ(肝不全、腎不全又は重症糖尿病のものに限る。)又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標を記載し、(2)のカに該当する場合であって、肝不全、腎不全、重症糖尿病以外のものについては、具体的な状態を記載すること | 820100393 | ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算1) |
| | | | | 820100395 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS1 |
| | | | | 820100396 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS2 |
| | | | | 820100397 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS3 |
| | | | | 820100398 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS10 |
| | | | | 820100399 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS20 |
| | | | | 820100400 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS30 |
| | | | | 820100401 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS100 |
| | | | | 820100402 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS200 |
| | | | | 820100403 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS300 |
| | | | | 820100404 | ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA1 |
| | | | | 820100405 | ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA2 |
| | | | | 820100406 | ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA3 |
| | | | | 820100407 | ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA4 |
| | | | | 820100408 | ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P/F比300以上400未満 |
| | | | | 820100409 | ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P/F比200以上300未満 |
| | | | | 820100410 | ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P/F比200未満 |
| | | | | 820100411 | エ 急性薬物中毒(救急医療管理加算1) |
| | | | | 820100412 | オ ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg以上 |
| | | | | 820100413 | オ ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg未満 |
| | | | | 820100414 | オ ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用なし |
| | | | | 820100415 | オ ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用あり |
| | | | | 842100001 | カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)AST値:***** |
| | | | | 842100002 | カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)ALT値:***** |
| | | | | 842100003 | カ 代謝障害(腎不全)(救急医療管理加算1)eGFR値:***** |
| | | | | 842100004 | カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)JSDJDS値:***** |
| | | | | 842100005 | カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)NGSP値:***** |
| | | | | 842100006 | カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)随時血糖値:***** |
| | | | | 830100023 | カ 代謝障害(その他)(救急医療管理加算1)具体的な状態:***** |
| | | | | 820100416 | キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 9以上 |
| | | | | 820100417 | キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 4以上9未満 |
| | | | | 820100418 | キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 4未満 |
| | | | | 820100419 | キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷なし |
| 820100420 | キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷あり | | | | |
| 820100421 | ク 外傷、破傷風等(救急医療管理加算1) | | | | |
| 830100024 820100808 | ケ 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1) | | | | |
| 831110001 | 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1): ***** (医科診療行為コード) | | | | |
| 850100017 | 救急医療管理加算1を算定した入院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 | | | | |
| | | | | 820100422 | ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算2) |
| | | | | 820100423 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS1 |
| | | | | 820100424 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS2 |
| | | | | 820100425 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS3 |
| | | | | 820100426 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS10 |
| | | | | 820100427 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS20 |
| | | | | 820100428 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS30 |
| | | | | 820100429 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS100 |
| | | | | 820100430 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS200 |

| 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 | | | | |
|-----|------------------|--|---|------------------------|---|---|---|--|---------------------------|
| 18 | A205 の2 | 救急医療管理加算2 | 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A205救急医療管理加算の(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態のうち該当するものを選択して記載すること。また、(2)のイ、ウ、オ、カ(肝不全、腎不全又は重症糖尿病のものに限る。)又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標を記載し、(2)のクに該当する場合であって、肝不全、腎不全、重症糖尿病以外のものについては、具体的な状態を記載すること。また、(2)のコに該当する場合はその医学的根拠を記載すること。 | 820100431 | イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS300 | | | | |
| | | | | 820100432 | ウ 心不全(救急医療管理加算2):NYHA1 | | | | |
| | | | | 820100433 | ウ 心不全(救急医療管理加算2):NYHA2 | | | | |
| | | | | 820100434 | ウ 心不全(救急医療管理加算2):NYHA3 | | | | |
| | | | | 820100435 | ウ 心不全(救急医療管理加算2):NYHA4 | | | | |
| | | | | 820100436 | ウ 呼吸不全(救急医療管理加算2):P/F比400以上 | | | | |
| | | | | 820100437 | ウ 呼吸不全(救急医療管理加算2):P/F比300以上400未満 | | | | |
| | | | | 820100438 | ウ 呼吸不全(救急医療管理加算2):P/F比200以上300未満 | | | | |
| | | | | 820100439 | ウ 呼吸不全(救急医療管理加算2):P/F比200未満 | | | | |
| | | | | 820100440 | エ 急性薬物中毒(救急医療管理加算2) | | | | |
| | | | | 820100441 | オ ショック(救急医療管理加算2):平均血圧70mmHg以上 | | | | |
| | | | | 820100442 | オ ショック(救急医療管理加算2):平均血圧70mmHg未満 | | | | |
| | | | | 820100443 | オ ショック(救急医療管理加算2):昇圧剤利用なし | | | | |
| | | | | 820100444 | オ ショック(救急医療管理加算2):昇圧剤利用あり | | | | |
| | | | | 842100007 | カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算2)AST値:***** | | | | |
| | | | | 842100008 | カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算2)ALT値:***** | | | | |
| | | | | 842100009 | カ 代謝障害(腎不全)(救急医療管理加算2)eGFR値:***** | | | | |
| | | | | 842100010 | カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)JSDJDS値:***** | | | | |
| | | | | 842100011 | カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)NGSP値:***** | | | | |
| | | | | 842100012 | カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算2)随時血糖値:***** | | | | |
| | | | | 830100025 | カ 代謝障害(その他)(救急医療管理加算2)具体的な状態:***** | | | | |
| | | | | 820100445 | キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index 9以上 | | | | |
| | | | | 820100446 | キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index 4以上9未満 | | | | |
| | | | | 820100447 | キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):Burn Index 4未満 | | | | |
| | | | | 820100448 | キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):気道熱傷なし | | | | |
| | | | | 820100449 | キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算2):気道熱傷あり | | | | |
| | | | | 820100450 | ク 外傷、破傷風等(救急医療管理加算2) | | | | |
| | | | | 820100451 | ケ 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) | | | | |
| | | | | 830100026 | コ その他の重症な状態の医学的根拠(救急医療管理加算2):***** | | | | |
| | | | | | | 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」(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。 | 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。 | 850100017 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 | |
| | | | | 124 | 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-I)):***** |
| 141 | C000 | 往診料の患者診療時間加算 | 診療時間を記載すること。 | 852100004 114000970 | 診療時間(患者診療時間加算) 患者診療時間加算(往診料) | | | | |
| | | | | 114002470 | 患者診療時間加算(特別往診) | | | | |
| 143 | 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。 | 852100004 114001470 | 診療時間(患者診療時間加算) 患者診療時間加算(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)) | | | | |
| 146 | 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-I)):***** | | | | |
| 148 | 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。 | 852100004 114001470 | 診療時間(患者診療時間加算) 患者診療時間加算(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)) | | | | |
| 159 | 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・指導料の長時間訪問看護・指導加算 | 訪問看護を実施した日を記載すること。 | 850100115 | 訪問看護の実施年月日(長時間訪問看護・指導加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 | | | | |
| 160 | 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・指導料の複数訪問看護・指導加算 | 訪問看護を実施した日を記載すること。 | 850100116 | 訪問看護の実施年月日(複数名訪問看護・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 |
|-----------|--|------------------------------------|---|------------------------|---|
| 169 | 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。 (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。 | 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) |
| 171 | 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。 | 820100643 | 急性 |
| | | | | 820100099 | 急性増悪 |
| | | | | 820100100 | 終末期 |
| | | | | 820100101 | 退院直後 |
| | | | | 820100102 830100469 | その他 その他具体的理由(特別訪問看護指示加算):***** |
| 178 | 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(7)又は(8)により当該指導管理料算定する場合、カンファレンスの日時、実施場所、概要、DESIGN-R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。 〔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日、DESIGN-R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-R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-R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-R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-R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-Rによる深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D4(皮下組織を負える損傷) |
| | | | | 820100649 | DESIGN-R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-R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 |
| 181 | C101-3 | 在宅妊婦糖尿病患者指導管理料2 在宅妊婦糖尿病患者指導管理料2 | 分娩日を記載すること。 | 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 |
| 183 | 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AからU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。 (人工腎臓を算定した場合) 算定した日を記載すること。 (在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 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。 | 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 |
| | | | | 850100138 | 人工腎臓算定年月日(在宅血液透析指導管理料):(元号)yy年mm月dd日 |
| 201 | C150 | 血糖自己測定器加算 | (7間歇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) 血糖自己測定器の回数を記載すること。 (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。 | 842100048 | 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) |
| | | | | 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) |
| | | | | 114005940 | 血糖自己測定器加算(20回以上)(1型糖尿病の患者及び辟全摘後の患者を除く) |
| | | | | 114046040 | 血糖自己測定器加算(30回以上)(1型糖尿病の患者及び辟全摘後の患者を除く) |
| | | | | 114006040 | 血糖自己測定器加算(40回以上)(1型糖尿病の患者及び辟全摘後の患者を除く) |
| 114007440 | 血糖自己測定器加算(60回以上)(1型糖尿病の患者及び辟全摘後の患者を除く) | | | | |

| 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 |
|-----------|---|---|--|------------------------|---|
| 216 | 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。 | 830100110 830100109 | 在宅療養指導管理料の算定理由:***** |
| 225 | D004-201 | 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K-ras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 |
| | | | | 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K-ras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K-ras遺伝子検査 |
| | | | | 820100671 | 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-Fli1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c-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 |
| | | | | 820100679 | 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 |
| 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 | | | | |
| | | | (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 |
| 236 | D008の19 | 脳性ナ利尿ペプチド(BNP) | (脳性ナ利尿ペプチド(BNP)、脳性ナ利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)及び心房性ナ利尿ペプチド(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) |
| 237 | D008の19 | 脳性ナ利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP) | (脳性ナ利尿ペプチド(BNP)、脳性ナ利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)及び心房性ナ利尿ペプチド(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) |
| 242 | D008の45 | 心房性ナ利尿ペプチド(ANP) | (脳性ナ利尿ペプチド(BNP)、脳性ナ利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)及び心房性ナ利尿ペプチド(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) |
| 244 | D009の26 | 可溶性メソレリン関連ペプチド | (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) 石綿曝露歴があり、胸水、腹水等の貯留が認められる患者(可溶性メソレリン関連ペプチド) |
| | | | | 820100810 | (ロ) 体腔液細胞診で悪性中皮腫が疑われる患者(可溶性メソレリン関連ペプチド) |
| | | | | 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(可溶性メソレリン関連ペプチド) |
| 249 | D012の48 | 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):***** |
| 282 | 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添付すること。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とともに、イの場合は実施日を、ロ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 | イ 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 | ロイ 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)); ***** |
| | | | | 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(ミオインソール(尿)); (元号)yy年mm月dd日 |
| | | | | 820190009 | 初回(ミオインソール(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 |
|-----------|--|-----------------------|---|------------------|--|
| 283 | 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) 前回の実施日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。 | 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-FABP(尿));(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 前回実施年月日(L型脂肪酸結合蛋白(L-FABP(尿)));(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 820190012 | 初回(L-FABP(尿)) |
| | | | | 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(ペントシジン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 820190019 | 初回(ペントシジン) |
| | | | | 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) |
| | | | | 850190023 | 前回実施年月日(MDA-LDL);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 820190023 | 初回(MDA-LDL) |
| | | | | 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(TF);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 前回実施年月日(トランスフェリン(尿));(元号)yy"年"mm"月"dd"日" | | | | |
| 820190028 | 初回(TF) 初回(トランスフェリン(尿)) | | | | |
| 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) | | | | |

| 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 |
|-----|------|----------------------------|--|---|--|
| | | | | 850190031 | 前回実施年月日(超音波エラストグラフィー):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| | | | | 820190031 | 初回(超音波エラストグラフィー) |
| | | | | 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)) |
| | | | | 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)) |
| | | | | 850190035 | 前回実施年月日(経皮的酸素ガス分圧測定):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| | | | | 820190035 | 初回(経皮的酸素ガス分圧測定) |
| | | | | 850190036 | 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 |
| | | | | 820190036 | 初回(皮下連続式グルコース測定(診療所)) |
| | | | | 850190037 | 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 |
| | | | | 820190037 | 初回(網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)) |
| | | | | 850190038 | 前回実施年月日(ダーモスコピー):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| | | | | 820190038 | 初回(ダーモスコピー) |
| | | | | 850190039 | 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 |
| | | | | 820190039 | 初回(イヌリンクリアランス測定) |
| | | | | 850190040 | 前回実施年月日(小児食物アレルギー負荷検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| | | | | 820190040 | 初回(小児食物アレルギー負荷検査) |
| | | | | 850190041 | 前回実施年月日(内服・点滴誘発試験):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| | | | | 820190041 | 初回(内服・点滴誘発試験) |
| 285 | 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:***** |
| 286 | 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288、293、297のとおり、選択して記載すること。 | | — 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288、293、297において選択式コメントに対応 |
| 288 | E001 | 写真診断 1 単純撮影 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 820181100 820181220 820181300 820181340 820181120 820181240 820181310 820181320 830181200 830181400 830181410 830181420 830181430 830181440 830181370 830181500 | 撮影部位(単純撮影):頭部 撮影部位(単純撮影):頸部(頸椎を除く) 撮影部位(単純撮影):頸部(頸椎を除く) 撮影部位(単純撮影):胸部(肩を除く) 撮影部位(単純撮影):腹部 撮影部位(単純撮影):骨盤(仙骨部・股関節を除く) 撮影部位(単純撮影):頸椎 撮影部位(単純撮影):頸椎 撮影部位(単純撮影):胸椎 撮影部位(単純撮影):腰椎 撮影部位(単純撮影):仙骨部 撮影部位(単純撮影):肩_:***** 撮影部位(単純撮影):上腕_:***** 撮影部位(単純撮影):肘関節_:***** 撮影部位(単純撮影):前腕_:***** 撮影部位(単純撮影):手関節_:***** 撮影部位(単純撮影):手_:***** 撮影部位(単純撮影):股関節_:***** 撮影部位(単純撮影):膝_:***** |

| 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 |
|-----|--------------|----------------------------------|--|------------------|--|
| | | | | 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:***** |
| 291 | 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、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を選択して記載すること。 | 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、頓眠、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));***** |
| 294 | E200 注4 | 冠動脈CT撮影加算 | 「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94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。 | 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 |
| | | | | 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):***** |
| | | | | | |
| 297 | E202 | 磁気共鳴コンピューター断層撮影 | 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。 | 820183010 | 撮影部位(MRI撮影):頭部(脳を除く) |
| | | | | 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 |
| | | | | 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 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):***** |
| 302 | 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。 (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。 (湿布薬を投与した場合) 所定単位当たりの薬剤名、湿布薬の枚数としての投与量を記載した上で、湿布薬の枚数としての1日用量又は投与日数を記載すること。 (1回の処方において、70枚を超えて湿布薬を投与した場合) 当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。 (緊急やむを得ず、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を処方せんにより投薬した場合) その月日及び理由を記載すること。 (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。 | 830100202 | ビタミン剤の投与趣旨(処方箋料):***** ビタミン剤の投与趣旨(薬剤等・処方箋料):***** |
| | | | | 830100203 | 臨時薬の投与の必要性(処方箋料):***** 臨時薬の投与の必要性(薬剤等・処方箋料):***** |
| | | | | 830100204 | 湿布薬の1日用量又は投与日数(処方箋料):***** 湿布薬の1日用量又は投与日数(薬剤等・処方箋料):***** |
| | | | | 830000052 | 70枚を超えて湿布薬を投与した理由: |
| | | | | 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):***** |
| | | | | 830100206 | 長期投与理由(処方箋料):***** 長期投与理由(薬剤等・処方箋料):***** |
| | | | | — | |
| | | | 算定単位数及び実施日数を記載すること。 | 830100208 | 疾患名(心大血管疾患リハビリテーション料):***** |
| | | | 疾患名及び治療開始日を記載すること。 | 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 |

| 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 |
|-----|-----------|--|---|--|--|
| 306 | H000 | 心大血管疾患リハビリテーション料 | (標準的算定日数を超過して月13単位を超過し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)) 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記載すること。 [記載例] 本患者は、2008年9月21日に脳出血を発生し、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。2009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65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超過するが、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。 | 830100209 | 継続理由(心大血管疾患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。 | 830100210 | 新たな疾患名(心大血管疾患リハビリテーション料);***** |
| | | | | 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料);(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料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| 307 | H000 | 心大血管疾患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月日を記載すること。 | 850100212 | 開始年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 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 |
| 309 | H001 | 脳血管疾患等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。 | — | |
| | | | 疾患名及び発症月日、手術月日、急性増悪した月日又は最初に診断された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料);***** |
| | | | | 850100218 | 治療開始年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 発症年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料);(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料);(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料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| | | | (標準的算定日数を超過して月13単位を超過し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306)と同様。 | 830100212 | 継続理由(脳血管疾患等リハビリテーション料);***** |
| | 830100213 | 新たな疾患名(脳血管疾患等リハビリテーション料);***** | | | |
| | 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料);(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料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 | | | |
| 313 | H001-2 | 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月日を記載すること。 | 850100212 | 開始年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 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 |
| 315 | 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。 | — | |
| | | | 疾患名及び発症月日、手術月日、急性増悪した月日又は最初に診断された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 | 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 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 |
| | | | (標準的算定日数を超過して月13単位を超過し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306)と同様。 | 830100218 | 継続理由(運動器リハビリテーション料);***** |
| | 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 | | | |
| | | | 850100212 | 開始年月日(早期リハビリテーション加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日 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 | |
| | | 呼吸器リハビリ | | | |

| 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 |
|-----------|-----------------------------------|-------------------------------|--|------------------|--|
| 319 | H003 | | 発症、手術又は急性増悪の日を記載すること。 | 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" |
| 323 | H004 | 摂食機能療法の摂食嚥下支援加算 | 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施日及びカンファレンス日を記載すること。内視鏡下嚥下機能検査及び嚥下造影について、摂食嚥下支援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 | 内視鏡下嚥下機能検査を実施した年月日(摂食嚥下支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 850100232 | 嚥下造影を実施した年月日(摂食嚥下支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 830100458 | 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:***** |
| | | | | 850100233 | カンファレンスを実施した年月日(摂食嚥下支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| 327 | 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。 | 820100186 | 1-全身麻酔による手術が行われる予定又は行われたもの |
| | | | | 820100187 | 2-放射線治療又は全身麻酔の手術が行われる予定又は行われたもの |
| | | | | 820100188 | 3-リンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定又は行われたもの |
| | | | | 820100189 | 4-骨軟部腫瘍等の患者で手術等が行われる予定又は行われたもの |
| | | | | 820100190 | 5-原発性脳腫瘍等の患者で手術等が行われる予定又は行われたもの |
| | | | | 820100191 | 6-血液腫瘍により化学療法等が行われる予定又は行われたもの |
| | | | | 820100192 | 7-骨髄抑制を来したし得る化学療法等が行われる予定又は行われたもの |
| | | | | 820100812 | 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 |
| | | | | 820100813 | 2 がんの治療のための骨髄抑制を来したし得る化学療法等が行われる予定又は行われたもの |
| | | | | 820100814 | 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 |
| | | | | 820100815 | 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 |
| 820100193 | 85 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 | | | | |
| 328 | 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(平成30年3月5日保医発0305第2号)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 | 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 |
| 359 | J003-J003-2 | 局所陰圧閉鎖処置(入院) 局所陰圧閉鎖処置(入院外) | 初回加算を算定した日を記載すること。 | 850100269 | 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" |
| | | | | 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" |
| | | | | 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" |
| | | | | 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):***** |
| 360 | J003 | 局所陰圧閉鎖処置(入院) | (J040局所灌流の「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):***** |
| | | | | 850100271 | 初回加算を算定した年月日(局所陰圧閉鎖処置(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 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)):***** |
| 365 | J027 | 高気圧酸素治療 | 一連の治療における初回実施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):***** |
| | | | | 850100273 | 減圧症又は空気塞栓が発症した年月日(高気圧酸素治療):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 140057510 | 高気圧酸素治療(減圧症又は空気塞栓) |
| | | | 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。 | 850100276 | 初回実施年月日(持続緩徐式血液濾過):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" (算定日) |
| | | | | 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) |

| 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 |
|-----------|----------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| 370 | J038-2 | 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J38-2持続緩徐式血液濾過の(2)のアからカのいずれかに該当する場合は、該当項目を記載すること。 | 851100010 | 終了時刻(持続緩徐式血液濾過) |
| | | | | 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 急性腎障害と診断された、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J38-2持続緩徐式血液濾過の(2)のキからケ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);***** |
| 375 | J041 | 吸着式血液浄化法 | <p>(「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)のイに該当する場合)</p> <p>「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。</p> <p>(「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)のイに該当する場合)</p> <p>「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)のイの①及び②の要件を満たす医学的根拠について記載すること。</p> | 830100257 | アの①の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);***** 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);***** 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);***** |
| | | | | 830100260 | イの①の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);***** イの1の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);***** |
| 376 | J041-2 | 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。 | 850100278 | 算定日情報 |
| | | | | 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) |
| 378 | J045-2 | 一酸化窒素吸入療法 | <p>開始日時、終了日時及び通算時間を記載すること。</p> <p>(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。</p> | 850100280 | 算定日情報 |
| | | | | 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) |
| | | | | 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);***** | | | | |
| 384 | J070-4 | 磁気による膀胱等刺激法 | 当該療法の初回実施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 | 通算実施日数(磁気による膀胱等刺激法);***** 通算実施日(磁気による膀胱等刺激法);***** |
| 415 | 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 | <p>「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。</p> <p>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。</p> | 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);***** |
| | | | | 850100292 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" |
| 433 | L008 | マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 | <p>各区分ごとの麻酔時間を記載すること。</p> <p>(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)</p> <p>「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A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。</p> | 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 |
| | | | | 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 |

| 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 |
|-----|------|----------------------------|---|---|----------------------------------|
| | | | | 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 大動脈内カテーテルパンピングを行っている患者 |
| | | | | 820100285 | ハ BMI35以上の患者 |
| 440 | N000 | 病理組織標本作製「2」の「セルブロック法によるもの」 | <p>算定した理由を記載すること。</p> <p>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。</p> <p>(肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌若しくは又は悪性リンパ腫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。</p> | <p>830100325 算定理由(T-M(セルブロック法));*****</p> <p>820100762 対象患者(T-M(セルブロック法)):悪性中皮腫を疑う患者</p> <p>820100763 対象患者(T-M(セルブロック法)):肺悪性腫瘍を疑う患者</p> <p>820100764 対象患者(T-M(セルブロック法)):胃癌を疑う患者</p> <p>820100765 対象患者(T-M(セルブロック法)):大腸癌を疑う患者</p> <p>820100766 対象患者(T-M(セルブロック法)):卵巣癌を疑う患者</p> <p>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 対象患者(T-M(セルブロック法)):悪性リンパ腫を疑う患者</p> <p>830100326 実施困難理由(T-M(セルブロック法));*****</p> | |
| 441 | N002 | 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製 | <p>算定した理由を記載すること。</p> <p>(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。</p> <p>(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、卵巣癌若しくは又は悪性リンパ腫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。</p> | <p>830100327 算定理由(免疫染色病理組織標本作製);*****</p> <p>820100762 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</p> <p>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):肺悪性腫瘍を疑う患者</p> <p>820100763 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</p> <p>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):胃癌を疑う患者</p> <p>820100764 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</p> <p>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):卵巣癌を疑う患者</p> <p>820100765 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</p> <p>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):卵巣癌を疑う患者</p> <p>820100766 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</p> <p>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):悪性リンパ腫を疑う患者</p> <p>820100767 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</p> <p>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</p> <p>830100328 実施困難理由(免疫染色病理組織標本作製);*****</p> | |

※「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。