



福岡医発第82号(地)
平成18年4月14日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 竹嶋 康



診療報酬請求書等の記載要領等の改正について

平成18年度診療報酬改定に伴い、診療報酬明細書の様式および記載要領通知、老人訪問看護療養費・訪問看護療養費等の記載要領通知等が改正された旨、日本医師会より別紙のとおり通知がありましたので会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。

今回の改正の内容は下記のとおりです。

記

1. 療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部改正

(1) 様式第1(1)(第2条関係)

【診療報酬明細書(医科・歯科 入院・入院外併用)】

- ・「食事療養」欄の「日数」区分を「回数」区分に改めた

(2) 様式第2(1)(第2条関係)

【診療報酬明細書(医科入院)】

- ・○付き番号を数字のみの標記に改めた(例: ㊀⇒20)
- ・「㊀指導」欄を「13医学管理」欄に改めた
- ・「㊀食事」欄を以下のように改めた

㊀	基準	円×	日間	⇒	97	基準	円×	回
食		円×	日間		食	特別	円×	回
事		円×	日間		事	食堂	円×	日

(3) 様式第2(2)(第2条関係)

【診療報酬明細書(医科入院外)】

- ・「㊀指導」欄を「13医学管理」欄に改めた

(4) 様式第6(第2条関係)

【診療報酬請求書(医科・歯科)】

【国民健康保険】 【公費負担医療】

- ・「食事療養」欄の「日数」欄を「回数」に改めた

【老人保健】

- ・ 以下のように改めた

	件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額	標準負担額
--	-----	-------	-----	-------	-----	-----	-----	-------



	療養の給付				食事療養			
	件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額	標準負担額

(5) 様式第9 (第2条関係)

【診療報酬明細書 (医科入院医療機関別包括評価用)】

- ・「食事」欄を以下のように改めた

	基準	円× 日間				基準	円× 回
		円× 日間				特別	円× 回
		円× 日間				食堂	円× 日
食 事					⇒	食 事	

※ 1 この省令は、平成18年4月1日から施行する。

※ 2 この省令の施行の際、現にある改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

2. 記載要領等 (通知) について

(1) 診療報酬請求書、診療報酬明細書の記載要領、診療録、処方せん等の記載上の注意等が示されている別紙1及び別紙2が全面改正された。

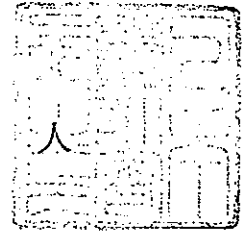
(2) DPC (急性期入院医療の診断群分類に基づく1日当たりの包括評価制度)に係る診療報酬請求書等の記載要領が全面改正され、従前の「特定機能病院の入院医療の包括評価に係る診療報酬請求書等の記載要領について (通知)」は廃止された。

同一月に診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合は、明細書を総括表とし、「出来高明細書」を続紙として添付し、1件の明細書を作成し、総括表の出来高欄に医科点数表に基づき費用を算定することとなった理由を具体的に記載すること等が追加された。

(3) 老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書等の記載要領が全面改正され、在宅療養支援診療所創設に伴う記載等所要の改正が行われた。

都道府県医師会長 殿

日本医師会長
唐澤 祥 人



診療報酬請求書等の記載要領等の改正について

平成18年度診療報酬改定に伴い、診療報酬明細書の様式および記載要領通知、老人訪問看護療養費・訪問看護療養費等の記載要領通知等が改正されましたので、ご連絡申し上げます。

今回の改正内容は下記のとおりでありますので、貴会会員にご周知くださいますようお願い申し上げます。

本件につきましては、都道府県医師会宛文書管理システムの「お知らせ」ならびに日本医師会ホームページの「メンバーズルーム」に掲載後、日本医師会雑誌5月号に掲載を予定しております。

なお、日本医師会雑誌5月号につきましては、4月1日～2日に開催されました第114回定例代議員会について掲載する都合上、作成が遅れ、会員の先生方の手元に届くのが若干遅れてしまいますので、その間のご対応何卒よろしくお願い申し上げます。

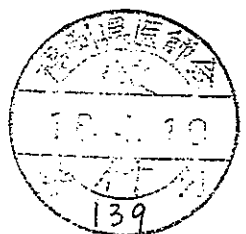
記

1. 療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する
省令の一部改正

(1) 様式第1(1)(第2条関係)

【診療報酬明細書(医科・歯科 入院・入院外併用)】

・「食事療養」欄の「日数」区分を「回数」区分に改めた



(2) 様式第2(1)(第2条関係)

【診療報酬明細書(医科入院)】

- ・○付き番号を数字のみの標記に改めた(例:②⑩→20)
- ・「⑬指導」欄を「13医学管理」欄に改めた
- ・「⑨食事」欄を以下のように改めた

⑨	基準	円×	日間	⇒	97	基準	円×	回
食事		円×	日間		食事	特別	円×	回
		円×	日間			食堂	円×	日

(3) 様式第2(2)(第2条関係)

【診療報酬明細書(医科入院外)】

- ・「⑬指導」欄を「13医学管理」欄に改めた

(4) 様式第6(第2条関係)

【診療報酬請求書(医科・歯科)】

[国民健康保険][公費負担医療]

- ・「食事療養」欄の「日数」欄を「回数」欄に改めた

[老人保健]

- ・以下のように改めた

	件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
--	----	-------	----	-------	----	----	----	-------



	療養の給付				食事療養			
	件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額

(5) 様式第9 (第2条関係)

【診療報酬明細書 (医科入院医療機関別包括評価用)】

・「食事」欄を以下のように改めた

食 事	基準	円×	日間	⇒	食 事	基準	円×	回
		円×	日間			特別	円×	回
		円×	日間			食堂	円×	日

※1 この省令は、平成18年4月1日から施行する。

※2 この省令の施行の際、現にある改正前の様式による用紙については、
当分の間、これを取り繕って使用することができる。

2. 記載要領等 (通知) について

- (1) 診療報酬請求書、診療報酬明細書の記載要領、診療録、処方せん等の記載上の注意等が示されている別紙1及び別紙2が全面改正された。

都道府県医師会宛文書管理システム「お知らせ」及び日本医師会ホームページ「メンバーズルーム」に掲載後、日本医師会雑誌5月号に掲載する予定。

- (2) DPC (急性期入院医療の診断群分類に基づく1日当たりの包括評価制度) に係る診療報酬請求書等の記載要領が全面改正され、従前の「特定機能病院の入院医療の包括評価に係る診療報酬請求書等の記載要領について (通知)」は廃止された。

同一月に診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合は、明細書を総括表とし、「出来高明細書」を続紙として添付し、1件の明細書を作成し、総括表の出来高欄に医科点数表に基づき費用を算定することとなった理由を具体的に記載すること等が追加された。

- (3) 老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書等の記載要領が全面改正され、在宅療養支援診療所創設に伴う記載等所要の改正が行われた。

都道府県医師会宛文書管理システム「お知らせ」及び日本医師会ホームページ「メンバーズルーム」に掲載する予定。

(添付資料)

1. 官報（平成18年3月29日 号外第70号抜粋）
2. 「診療報酬請求書等の記載要領等について」の改正について
（平18年3月30日 保医発第0330006号 厚生労働省保険局医療課長通知）
3. 厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について
（通知）（平18年3月30日 保医発第0330007号 厚生労働省保険局医療課長通知）
4. 「老人訪問看護療養費・訪問看護療養費等の記載要領について」の全面改正について
（平18年3月30日 保医発第0331008号 厚生労働省保険局医療課長通知）

保 医 発 第 0 3 3 0 0 0 6 号

平 成 1 8 年 3 月 3 0 日

地 方 社 会 保 険 事 務 局 長	}	殿
都 道 府 県 民 生 主 管 部 （ 局 ）		
国 民 健 康 保 険 主 管 課 （ 部 ） 長		
都 道 府 県 老 人 医 療 主 管 部 （ 局 ）		
老 人 医 療 主 管 課 （ 部 ） 長		

厚 生 労 働 省 保 険 局 医 療 課 長

「診療報酬請求書の記載要領等について」の改正について

診療報酬請求書の記載については、「診療報酬請求書の記載要領等について」（昭和51年8月7日
保険発第82号）により取り扱われているところであるが、今般、「診療報酬の算定方法を定める件」（平
成18年厚生労働省告示第92号）等の制定に伴い、同通知を下記のとおり改正することとしたので、その取
扱いに遺漏のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。

記

別紙1及び別紙2を次のように改める。

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

- 1 診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第62号）の制定により、平成18年5月1日（4月診療分）から新様式により扱うものであること。ただし、平成18年3月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。
- 2 診療報酬請求書等の用紙の大きさは日本工業規格A列4番とすること。
ただし、電子計算機により作成する場合は、A列4番と±6mm（縦方向）、+6mm、－4mm（横方向）の差は差し支えないものであること。
- 3 診療報酬請求書等は、別添1「診療報酬請求書等一覧表」の区分によるものであること。
- 4 診療報酬請求書等においては、単に保険医療機関又は保険薬局とのみ表示しているが、特定承認保険医療機関の特定療養費に係るものについては「保険医療機関」とあるのは「特定承認保険医療機関」と、老人医療又は公費負担医療に係るもの（老人医療のうち保険医療機関におけるものを除く。）については「保険医療機関」とあるのは「老人医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医療機関」と、「保険薬局」とあるのは「老人医療又はそれぞれの公費負担医療の担当薬局」と読み替え、また、「保険医氏名」とあるのは「老人医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものであること。
- 5 診療報酬請求書及び診療報酬明細書に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載すること。
なお、診療報酬請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用すること。
- 6 「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第1 診療報酬請求書（医科・歯科、入院・入院外併用）に関する事項（様式第1（1））

- 1 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。したがって、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成すること。なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

2 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「保険者番号、市町村・公費負担者番号、老人医療・公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領」（以下「設定要領」という。）の第4を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例） 別記 社会保険庁長官
千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名、 印 」欄について

(1) 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、保険医療機関指定申請の際等に地方社会保険事務局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

(2) 「印」については、当該様式に、予め保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には捺印として取り扱うものであること。また、保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労をはぶくため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「 | | |-----| | 入・外 | |-----| 」欄について

入院・外来については、入院・外来別にそれぞれ請求することとしたことに伴い入院に係る分は「入」の文字を、入院外に係る分は「外」の文字を○で囲むこと。なお、「入」又は「外」のみを印刷した様式を用いても差し支えないこと。

7 「医療保険」欄について

(1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添3「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

また、在宅末期医療総合診療料届出保険医療機関にあっては、以下の方法により、70歳以上（70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合をいう。）の被保険者又は被扶養者（老人医療受給対象者を除く。以下「高齢受給者」という。）に係る診療報酬明細書のうち「在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」のそれぞれについて、請求点数等が分かる方法により請求を行うこと。

ア 「高齢受給者について在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」と「その他の診療報酬明細書」のそれぞれについて診療報酬請求書を作成する。

イ 診療報酬請求書を取り繕い、「高齢受給者について在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」と「その他の診療報酬明細書」をそれぞれ別の欄に記載する。

- (2) 入院分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「負担金額」の項の合計を記載すること。

また、「食事療養」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険の食事療養に係る件数の合計を、「回数」欄には明細書の「食事療養」欄の「保険」の項に記載されている回数の合計を、「金額」欄には明細書の「食事療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項に記載されている金額の合計を、「標準負担額」欄には明細書の「食事療養」欄の「保険」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額の合計を記載すること。

- (3) 入院外分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載すること。なお、「一部負担金」欄は、在宅時医学総管理料又は在宅末期医療総合診療料及び船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料に係るものに限り記載すれば足りるものとする。

- (4) 「医保単独（七〇以上九割）」欄の「小計」欄、「医保単独（七〇以上八割）」欄の「小計」欄、「医保単独（本人）」欄の「小計」欄、「医保単独（家族）」欄の「小計」欄、「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

- (5) 「①合計」欄には、「医保（70以上9割）と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上九割」欄の「小計」欄と、「医保（70以上8割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上八割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（3歳）と公費の併用」欄と「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

- (6) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「医保単独（七〇以上九割）」欄と、「医保単独（七〇以上八割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上九割）」欄に記載することをもって請求することができる。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

8 「老人保健」欄について

- (1) 老人医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち老人医療に係る分及び老人医療単独の者に係る明細書について記載すること。なお、老人被爆者に係るものについては、「老人単独」欄に

記載すること。

また、在宅時医学総合管理料届出保険医療機関及び在宅末期医療総合診療料届出保険医療機関にあっては、以下の方法により、「在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」のそれぞれについて、請求点数等が分かる方法により請求を行うこと。

ア 「在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」のそれぞれについて診療報酬請求書を作成する。

イ 診療報酬請求書を取り繕い、「在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」をそれぞれ別の欄に記載する。

- (2) 療養の給付の「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金（控除額）」欄並びに食事療養の「件数」欄、「回数」欄、「金額」欄及び「標準負担額」欄については、7の(2)及び(3)と同様であること。この場合、7の(2)及び(3)中「医療保険」とあるのは「老人医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料」とあるのは「老人保健法（昭和57年法律第80号）第28条第3項の規定に基づき減額された一部負担金」と読み替えるものであること。なお、「老人九割」欄の「小計」欄、「老人八割」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。
- (3) 「②合計」欄には、「老人九割」欄の「老人9割と公費の併用」欄と「老人単独」欄と、「老人八割」欄の「老人8割と公費の併用」欄と「老人単独」欄とを合計して記載すること。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にある場合は、「老人九割」欄と、「老人八割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「老人九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

9 「公費負担」欄の「公費と医保（老人）の併用」欄について

- (1) 医療保険又は老人医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添3「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、結核予防法と障害者自立支援法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度

ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

- (5) 「食事療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

10 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。公費負担医療が2種の場合、例えば生活保護法に係る分と結核予防法第34

条に係る分とを併せて請求する場合には「

1	2	(生保)
1	0	(結34)

」欄に記載することとし、これ以外の公費負担医療の組合せについて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、結核予防法及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書及び食事療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、1枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、2件ないし3件となること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法に係る点数は「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数をも合計して記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄の記載方法は、9の(4)と同様であること。
- (5) 「金額」欄には、明細書の「食事療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る記載を省略した明細書については、「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法に係る金額は明細書の「食事療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の金額を合計して記載すること。

11 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添3「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書及び食事療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、公費負担医療制度ごとに明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「一部負担金額」の項の金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「金額」欄には、明細書の「食事療養」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載されている金額をそれぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

12 「③合計」欄について

「公費と医保（老人）の併用」、「公費と公費の併用」及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

13 「総件数①+②+③」欄について

「①合計」欄、「②合計」欄及び「③合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

14 「備考」欄について

- (1) 定数超過入院に該当する保険医療機関にあつては、超過と記載すること。
- (2) 医療法の人員標準を満たさない保険医療機関にあつては、標欠と記載すること。
- (3) 老人被爆、老人保健と結核予防法の併用、老人保健と生活保護法の併用、老人保健と障害者自立支援法の併用、老人保健と精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との併用、老人保健と麻薬及び向精神薬取締法との併用、老人保健と感染症の予防及び感染症の患者に対する法律との併用又は老人保健と特定疾患治療研究事業の併用分については、次の要領で件数、日数等を記載すること。ただし、「備考」欄に書ききれない場合は、続紙として診療報酬請求書と同じ大きさの用紙を請求書に添付しても差し支えないこと。なお、入院外分にあつては療養の給付に係る事項のみで差し支えないこと。

区 分	件数	日数	一 部 負担金	控除額	食事 件数	食事 回数	食事療養 の金額	標準負担額 (公費分)
43(老人被爆)								
10(結34)								
11(結35)								
12(生保)								
15(更生)								
20(精29)								
21(精神通院)								

22(麻薬)								
28(感染症)								
51(特疾)								

第2 診療報酬請求書（医科・入院外）に関する事項（様式第1（2））

診療報酬請求書（医科・入院外）の記載要領については、第1の例によること。この場合において、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあつては、入院外分の記載に係る例によること。

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第2）

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとする。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 同一の被保険者等が2以上の傷病について診療を受けた場合においても、1枚の明細書に併せて記載するが、医療法の一部を改正する法律（平成9年法律第125号）による改正前の医療法（昭和23年法律第205号）第4条の規定による承認を受けている病院である保険医療機関（以下「旧総合病院」という。）の外来において2以上の診療科にわたって診療を受けた場合には、当分の間、各診療科ごとに別個に明細書を作成すること。この場合において、初診料及び再診料を算定しない診療日については、初診料を算定した診療科名及び算定した日又は再診料を算定した診療科名を「摘要」欄に記載すること。

なお、同一の傷病又は互いに関連のある傷病について初診又は再診を受けた場合について旧総合病院の2以上の診療科にわたって診療を受けた場合には、主たる診療科において1枚の明細書に併せて記載すること。

- (4) 同一月に同一患者につき、入院診療と入院外診療とが継続してある場合には、入院、入院外についてそれぞれ別個の明細書に記載すること。

なお、初診から直ちに入院した場合は、入院分のみの明細書に記載すること。

- (5) 入院中の患者が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「摘要」欄に（他）と表示し、他の保険医療機関での診療に係る合計点数を「その他」欄に併せて記載し、「療養の給付」欄の「請求」の項にも当該点数を合算した点数を記載するとともに、当該他の保険医療機関における診療に係る明細書を、下端を50mm程度切りとって添付すること。

（これについては、別に連絡するまでの間は、従来どおり、入院医療機関、入院外医療機関（他受

診分) についてそれぞれ別個の明細書に記載することとする。)

- (6) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。月の途中において市町村番号若しくは老人医療の受給者番号の変更があった場合、高齢受給者証又は老人医療受給者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。

- (7) 同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。

- (8) 短期滞在手術基本料1を算定する場合は、入院外の明細書(様式第2(2))を使用すること。

- (9) 電子計算機の場合は、以下によること。

ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えないこと。

イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

ウ 用紙下端の空白部分は、OCR処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。

エ 電子計算機用のOCR関連事項は、「レセプト基本フォーマット集(平成9年8月版)」(社会保険庁運営部編)によることが望ましいこと。

オ 記載する文字は、JISX0208において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

- (1) 「平成 年 月分」欄について

診療月のみの記載で差し支えないこと。

なお、診療月の翌月以外の月に請求する明細書については、診療年月を記載すること。

- (2) 「都道府県番号」欄について

昭和51年8月7日保発第45号、庁保発第34号の別表第2に掲げる都道府県番号表に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載すること。

- (3) 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること(別添2「設定要領」の第4を参照)。

(4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

ア 「保険種別1」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。） 1 社・国

公費負担医療（健康保険、国民健康保険、老人医療又は退職者医療との併用の場合を除く。） 2 公費

老人医療 3 老人

退職者医療 4 退職

（注） 退職者医療には、健康保険法（大正11年法律第70号）附則第3条に規定する特定健保組合に係るものは該当しないこと。

イ 「保険種別2」欄については、「保険種別1」欄のそれぞれについて、以下の左の別に応じ、右の番号を○で囲むこと。

単独 1 単独

1種の公費負担医療との併用 2 2併

2種以上の公費負担医療との併用 3 3併

（注） 公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業を含むこと。

ウ ア及びイについては、○で囲むことを省略しても差し支えないこと。

エ 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、3歳未満の患者（3歳に達する日の属する月以前の患者をいう。以下同じ。）は「3」又は「4」、高齢受給者又は老人医療受給対象者は「7」、「8」、「9」又は「0」を○で囲むこととし、また、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「1」又は「2」、被保険者（その他（3歳未満の患者及び高齢受給者を除く。））は「5」又は「6」を○で囲むこととし、それ以外（3歳未満の患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、入院の場合は、「1 本入」（若しくは「1 本」）、「3 三入」（若しくは「3 三」）、「5 家入」（若しくは「5 家」）、「7 高入9」（若しくは「7 高9」）又は「9 高入8」（若しくは「9 高8」）、外来の場合は、「2 本外」（若しくは「2 本」）、「4 三外」（若しくは「4 三」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外9」（若しくは「8 高9」）又は「0 高外8」（若しくは「0 高8」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

1 本人入院 1 本入

2 本人外来 2 本外

3 3歳未満入院 3 三入

4 3歳未満外来 4 三外

5 家族入院 5 家入

6 家族外来 6 家外

7 高齢受給者・老人医療9割給付入院 7 高入9

8 高齢受給者・老人医療9割給付外来 8 高外9

9 高齢受給者・老人医療8割給付入院

9 高入8

0 高齢受給者・老人医療8割給付外来

0 高外8

オ 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

(ア) 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

(イ) 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

(5) 「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号8桁（政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）については4桁、国民健康保険については6桁）を記載すること（別添2「設定要領」の第1を参照）。

イ 政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）及び船員保険については、当該被保険者及び被扶養者の管轄地方社会保険事務局長と当該保険医療機関の管轄地方社会保険事務局長とが同一である場合（以下(5)において「自県分の場合」という。）には、記載を省略して差し支えないこと。

ウ 日雇特例被保険者の保険については、自県分の場合は、頭初の2欄に法別番号を必ず記載し、他の記載は省略して差し支えないこと。

エ 前記により、「保険者番号」欄の記載は、次表のとおりとなること。

区 分	自県分の場合	他県分の場合																
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>法別 番号</td><td>都道府県 番 号</td><td>保険者別 番 号</td><td>検証 番号</td></tr></table>					法別 番号	都道府県 番 号	保険者別 番 号	検証 番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>法別 番号</td><td>都道府県 番 号</td><td>保険者別 番 号</td><td>検証 番号</td></tr></table>					法別 番号	都道府県 番 号	保険者別 番 号	検証 番号
法別 番号	都道府県 番 号	保険者別 番 号	検証 番号															
法別 番号	都道府県 番 号	保険者別 番 号	検証 番号															
政 府 管 掌 健 康 保 険 （ 日 雇 特 例 被 保 険 者 の 保 険 を 除 く 。 ）	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">(省略して差し支えないこと)</td></tr></table>					(省略して差し支えないこと)				<table><tr><td></td><td></td><td>○ ○ ○ ○</td><td>○</td></tr><tr><td colspan="4">(空 欄)</td></tr></table>			○ ○ ○ ○	○	(空 欄)			
(省略して差し支えないこと)																		
		○ ○ ○ ○	○															
(空 欄)																		
船 員 保 険	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">(省略して差し支えないこと)</td></tr></table>					(省略して差し支えないこと)				<table><tr><td>○ ○</td><td>○ ○</td><td>○ ○ ○ ○</td><td>○</td></tr></table>	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○	○				
(省略して差し支えないこと)																		
○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○	○															
日 雇 特 例 被 保 険 者 の 保 険	<table><tr><td>○ ○</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">(省略して差し支えないこと)</td></tr></table>	○ ○				(省略して差し支えないこと)				<table><tr><td>○ ○</td><td>○ ○</td><td>○ ○ ○ ○</td><td>○</td></tr></table>	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○	○				
○ ○																		
(省略して差し支えないこと)																		
○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○	○															
そ の 他 の 健 康 保 険 退 職 者 医 療	<table><tr><td>○ ○</td><td>○ ○</td><td>○ ○ ○ ○</td><td>○</td></tr></table>	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○	○	<table><tr><td>○ ○</td><td>○ ○</td><td>○ ○ ○ ○</td><td>○</td></tr></table>	○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○	○								
○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○	○															
○ ○	○ ○	○ ○ ○ ○	○															
国 民 健 康 保 険	<table><tr><td></td><td>○ ○</td><td>○ ○ ○ ○</td><td>○</td></tr></table>		○ ○	○ ○ ○ ○	○	<table><tr><td></td><td>○ ○</td><td>○ ○ ○ ○</td><td>○</td></tr></table>		○ ○	○ ○ ○ ○	○								
	○ ○	○ ○ ○ ○	○															
	○ ○	○ ○ ○ ○	○															

備考1 ○印のものは、必ず記載すること。

2 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

(6) 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、（ ）の中に給付割合を記載すること。ただし、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、船員保険被扶養者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。

イ 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「－」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。また、当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を（ ）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（ ）を省略しても差し支えないこと。

なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号・番号を記載すること。

(8) 「市町村番号」欄について

健康手帳の医療受給者証に記入されている市町村番号8桁を記載すること（別添2「設定要領」の第2を参照）。

(9) 「老人医療の受給者番号」欄について

健康手帳の医療受給者証に記入されている受給者番号7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第3を参照）。

(10) 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

ア 医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記載すること（別添2「設定要領」の第2を参照）。

イ 別添3「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療を「第1公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担医療を「第2公費」という。）記載すること。

ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第2公費として取り扱うものとする。

(11) 「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について

医療券等に記入されている受給者番号7桁を、第1公費については「公費負担医療の受給者番号①」欄に、第2公費については「公費負担医療の受給者番号②」欄に記載すること（別添2「設定要領」の第3を参照）。

(12) 「区分」欄について

当該患者が入院している病院又は病棟の種類に応じ、該当する文字を○で囲むこと。また、月の

途中において病棟を移った場合は、そのすべてに○を付すこと。

なお、電子計算機の場合は、コードと名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

01 精神（精神病棟）、02 結核（結核病棟）、07 療養（療養病棟）、08 複合（複合病棟）、09 複療（複合病棟のうち療養病床に入院している場合）

(13) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ 性別は該当するものを○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「1 男」、「2 女」と記載しても差し支えないこと。

ウ 生年月日は以下によること。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年を記載すること。

(イ) 月日の記載は省略して差し支えないが、6歳に満たないものについては、生まれた月も記載すること。

また、年齢が算定要件となっている項目を算定する場合であって、生まれた年の記載のみでは要件に該当するか否かが明らかでない場合は、生まれた月も記載すること。

(ウ) 小児科療養指導料を算定した患者については、生まれた月も記載すること。

(エ) 電子計算機の場合は、元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」と記載すること。また、生年月日を記載することが望ましいものであること。

(14) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、職務上の取扱いとなる場合のみ該当するものを○で囲むこと。

共済組合の船員組合員については、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲むこと。

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分についてはそれぞれ1枚、入院分については、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として1枚の診療報酬明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略号を記載することとしても差し支えないこと。

1 職上（職務上）、2 下3（下船後3月以内）、3 通災（通勤災害）

(15) 「特記事項」欄について

記載する略号をまとめると、以下のとおりであること。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載すること。

コード	略号	内 容
01	公	医療保険単独の者及び老人保健単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和48年10月30日付保発第42号、

		庁保発第26号) による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令(大正15年勅令第243号)第42条及び老人保健法施行令(昭和57年政令第293号)第15条に規定する金額を超える場合
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第6項に規定する金額を超えた場合(ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。) ② 老人保健特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、老人保健法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合(ただし、患者が老人保健特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。)
03	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流(CAPD)を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方せんのみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
04	老保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を老人保健法の規定による医療の提供をする場合
05	高度	特定承認保険医療機関の承認に係る高度先進医療を実施した場合(この場合にあつては、当該高度先進医療の名称及び当該高度先進医療について徴収した費用の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。)
07	老併	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合(なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。)
08	老健	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合(なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。)
09	施	平成16年3月19日保医発第0319004号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合(なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。)
10	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為(交通事故等)によって生じたと認められる場合
11	薬治	厚生労働大臣の定める選定療養(平成18年厚生労働省告示第105号)第7号の規定に基づく薬事法に規定する治験(人体に直接使用される薬物に係るものに限る。)に係る診療報酬の請求である場合
12	器治	厚生労働大臣の定める選定療養第10号の規定に基づく薬事法に規定する治験(機械器具等に係るものに限る。)に係る診療報酬の請求である場合
13	先進	地方社会保険事務局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合(この場合にあつては、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。)
14	制超	「厚生労働大臣の定める診療報酬の算定方法に規定する回数を超えて受けた診療」(平成18年厚生労働省告示第120号)(以下「制限回数を超えて行う診療」という。)に係る診療報酬の請求である場合(この場合にあつては、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「摘要」欄へ記載すること。)

(16) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

ア 保険医療機関指定申請の際等に地方社会保険事務局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

なお、外来診療料を算定する場合は、「（床）」の欄に、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（以下「許可病床」という。）のうち一般病床に係るものの数を記載すること。また、特定疾患療養管理料を算定する場合、病院である保険医療機関にあっては、「（床）」の欄に、許可病床の数を記載すること。また、月の途中において当該病床数が増減した場合は、当該欄には変更後の病床数（以下「病床数」という。）を記載し、「摘要」欄に変更日と変更前の病床数を記載すること。

イ 旧総合病院については、欄の左下隅に「診療科（）」と表示し、（）の中に医療法施行令に定められた診療科について、次のコードにより記載すること。

診療科	コード	診療科	コード	診療科	コード
内科	01	心臓血管外科	16	心療内科	33
精神科	02	小児外科	17	アレルギー科	34
神経科	03	皮膚泌尿器科	18	リウマチ科	35
神経内科	04	皮膚科	19	リハビリテーション科	36
呼吸器科	05	泌尿器科	20		
消化器科	06	性病科	21		
胃腸科	07	こう門科	22		
循環器科	08	産婦人科	23		
小児科	09	産科	24		
外科	10	婦人科	25		
整形外科	11	眼科	26		
形成外科	12	耳鼻いんこう科	27		
美容外科	13	気管食道科	28		
脳神経外科	14	放射線科	30		
呼吸器外科	15	麻酔科	31		

(17) 「傷病名」欄について

ア 傷病名については、原則として、「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式」（平成3年9月27日）別添3に規定する傷病名を用いること。

イ 主傷病、副傷病の順に記載すること。主傷病については原則として1つ、副傷病については主なものについて記載することとし、主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。

ウ 薬剤料に係る所定単位当たりの薬価が175円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、イに基づき記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとする。ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りでないこと。

エ 傷病名が4以上ある場合には、「傷病名」欄の余白に順次番号を付し、傷病名を記載し、又は

当該欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に順次番号を付して記載し、最終行の下に実線を引いてその他の記載事項と区別し、記載した傷病名に対応する診療開始日を、傷病名の右側（傷病名の右側に余白がない場合は、当該傷病名の次の行の行末）に記載すること。

オ 心身医学療法を算定する場合にあっては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載すること。

(18) 「診療開始日」欄について

ア 当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載すること。ただし、「傷病名」欄が単一病名の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月中に治ゆ又は死亡したものについては、記載を省略しても差し支えないこと。

イ 同月中に保険種別等の変更があった場合には、その変更があった日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

ウ 同一の患者に対する診療継続中に、当該保険医療機関において、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該保険医療機関の診療内容の継続性が認められて継続して保険医療機関の指定を受けた場合を除き、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

(19) 「転帰」欄について

治ゆした場合には「治ゆ」の字句を、死亡した場合には「死亡」の字句を、中止又は転医の場合には「中止」の字句をそれぞれ○で囲むこと。

なお、2以上の傷病にわたる場合は「傷病名」欄の番号を付して「転帰」欄に区分して記載すること。

電子計算機の場合は、それぞれの傷病名と同じ行に「治ゆ」、「死亡」又は「中止」の字句を記載することとしても差し支えないこと。

(20) 「診療実日数」欄について

ア 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険、退職者医療及び老人医療をいう。以下同じ。）、第1公費及び第2公費に係る診療実日数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の診療実日数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る診療実日数を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る診療実日数が第1公費に係る診療実日数と同じ場合は、第2公費に係る診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 入院外分については、診療を行った日数（小児科外来診療料、開放型病院共同指導料（Ⅰ）、地域連携退院時共同指導料1及びハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を行った日数を含む。）を記載すること。

ウ 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合（以下「電話等再診」という。）の実日数は1日として数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

エ 同一日に初診及び再診（電話等再診を含む。）が2回以上行われた場合の実日数は、1日とし

て数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

オ 入院分については、入院日数を記載すること。

なお、入退院日は、それぞれ1日として数えること。

カ (18)のアのただし書きの場合、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、この場合においても、診療実日数は記載するものであること。

キ 同一日に複数科を受診した場合の初診料・再診料・外来診療料を算定しない科に係る診療実日数については、初診料・再診料・外来診療料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載するものとする。

ク 外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、在宅療養指導料、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、在宅末期医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、訪問看護指示料、在宅訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料又は精神科訪問看護・指導料を算定した同一日に医師の診療が行われない場合は、実日数として数えないこと。

ケ 初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げるような場合は、当該行為を行った日は実日数として数えないこと。

(ア) 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを後日聞きに来た場合

(イ) 往診等の後に薬剤のみを後日取りに来た場合

(ウ) 初診又は再診の際検査、画像診断等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後日検査、画像診断等を受けに来た場合

(21) 「点数」欄について

ア 項目名又は略称、所定点数、回数及び合計点数を記載すること。「×」がない場合及び「×」があっても算定した所定点数が複数の場合は、所定点数及び回数の記載は省略して差し支えないこと。なお、「回」、「単位」又は「日間」がない場合は合計点数のみとすること。

イ 「点数」欄に記載すべき項目名又は略称、回数、所定点数その他の事項を欄内に書ききれない等の場合は、それらの事項を「摘要」欄に記載すること。なお、それ以外の場合も、それらの事項を「摘要」欄に記載することは差し支えないこと。

ウ 公費負担医療のみの場合であっても、当月診療に係るすべての回数及び点数を記載すること。結核予防法と生活保護法との併用の場合は、生活保護法に係る診療内容が該当するものであること。

(22) 「初診」欄について

ア 診療時間内の初診の場合には回数及び点数を記載し、時間外、休日又は深夜に該当する場合は、該当する文字を○で囲み、その回数及び点数を記載し、初診料の注2のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合は、「摘要」欄に(複初)と表示し、当該診療科名及び当該点数を記載すること。

また、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に(特)と表示し、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、通常の時間外、休日又は深夜加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に(特夜)、(特休)又は(特深)と表示すること。

なお、電子計算機の場合は、複初、特、特夜、特休、特深の○に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないものであること。以下、複初等の略号を使用する場合も同様であること。

イ 6歳未満の乳幼児に対し初診を行った場合は、当該加算を加算した点数を記載し、乳幼児加算等の表示は必要がないこと。

ウ 電子化加算を算定した場合は、初診料と当該加算を加算した合計点数を記載し、「摘要」欄に電 と表示すること。

エ 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は、「摘要」欄に「前月算定」と表示すること。

オ 旧総合病院において、他の診療科において初診料を算定した場合は、算定した診療科名及び算定した日を「摘要」欄に記載すること。

(23) 「再診」欄について

ア 外来診療料については、本欄に所要の事項を記載すること。

イ 再診及び外来管理加算の項には、回数及び合計点数を記載すること。なお、同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ウ 時間外、休日、深夜の項には、それぞれの回数及び加算点数を別掲すること。また、時間外加算の特例を算定した場合は通常の時間外加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に 特 と表示し、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、通常の時間外、休日又は深夜加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に 特夜、特休 又は 特深 と表示すること。

エ 乳幼児加算を算定した場合は、再診の項に再診料に当該加算点数を加算した点数を記載し、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

なお、月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

オ 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は、「摘要」欄に「前月算定」と表示すること。

カ 旧総合病院において、他の診療科において再診料を算定した場合は、算定した診療科名を「摘要」欄に記載すること。

(24) 「医学管理」欄について

ア 特定疾患療養管理料を算定した場合は、特 と表示して所定点数を記載すること。

イ 入院外分についてウイルス疾患指導料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、心臓ペースメーカー指導管理料、慢性維持透析患者外来医学管理料、埋込型補助人工心臓指導管理料、ニコチン依存症管理料、手術前医学管理料又は救急救命管理料を算定した場合は、「ウ、薬、悪、外栄、集栄、ペ、慢透、埋心、ニコ、手前 又は 救」と表示してそれぞれの所定点数を記載すること。

なお、特定薬剤治療管理料を算定した場合は、血中濃度を測定している薬剤名及び初回の算定年月を「摘要」欄に記載し、臓器移植加算を算定した場合は、当該臓器移植を行った月日を「摘要」欄に記載すること（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を算定する場合又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。）。また、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、行った腫瘍マーカーの検査名を、心臓ペースメーカー指導管理料のイを算定した場合は、ペースメーカー移植術を行った月日を、ニコチン依存症管理料を算定した場合は、初回の当該管理料を算定した月日を「摘要」欄に記載すること。

ウ 小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)、皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)、在宅療養指導料、高度難聴指導管理料、喘息治療管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料又は地域連携小児夜間・休日診療料を算定した場合は、「小児特定、小児療養、てんかん、難病、皮膚(Ⅰ)、皮膚(Ⅱ)、在宅指導、高度難聴、喘息、疼痛、小児悪腫又は地域小児」と表示して所定点数を記載すること。なお、小児特定疾患カウンセリング料を算定した場合は、第1回目のカウンセリングを行った月日を、高度難聴指導管理料のイを算定した場合は、人工内耳埋込術を行った月日を、喘息治療管理料の加算を算定した場合は、当該加算に係る第1回目の治療管理を行った月日を、慢性疼痛疾患管理料を算定した場合（当該患者に対し最初に当該管理料を算定した場合に限る。）は、算定日を「摘要」欄に記載すること。

エ 小児科外来診療料、乳幼児育児栄養指導料又は生活習慣病管理料を算定した場合は、「児外初、児外再、児内初、児内再、乳栄、生外又は生内」と表示して所定点数を記載すること。また、初診料、再診料又は外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例若しくは小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄には(外)、(休)、(深)、(特)、(特夜)、(特休)又は(特深)と表示するとともに、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例の場合は、回数を併せて記載すること。なお、小児科外来診療料を算定している患者のうち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は、その理由を「摘要」欄に記載すること。

オ 入院分についてウイルス疾患指導料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、高度難聴指導管理料、手術前医学管理料、手術後医学管理料、肺血栓塞栓症予防管理料、地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料、救急救命管理料又は薬剤管理指導料を算定した場合は、(ウ)、(薬)、(悪)、(高難)、(手前)、(手後)、(肺予)、(地連管)、(地連退)、(救)又は(薬管)と表示して、それぞれの点数を記載すること。なお、特定薬剤治療管理料を算定した場合は、血中濃度を測定している薬剤及び初回の算定年月を「摘要」欄に記載し、臓器移植加算を算定した場合は、当該臓器移植を行った月日を「摘要」欄に記載すること。（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を算定する場合又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。）

また、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、行った腫瘍マーカーの検査名を、高度難聴指導管理料のイを算定した場合は、人工内耳埋込術を行った月日を、地域連携診療計画退院時指導料を算定した場合は、退院日をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。

薬剤管理指導料を算定した場合は、当該算定の対象となった指導を行った日を「摘要」欄にそれぞれ記載すること。また、麻薬管理指導加算又は退院時服薬指導加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に指導を行った日を記載するとともに、(薬管)に併

せて「麻加」又は「薬加」と表示すること。

なお、退院時服薬指導加算の算定月と当該加算を加算すべき薬剤管理指導料の算定月が異なる場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

カ 入院外分について開放型病院共同指導料（Ⅰ）、地域連携退院時共同指導料 1 又はハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定した場合は、「開」Ⅰ、「地退」1 又は「ハイ」Ⅰと表示して、当該項目の回数及び合計点数を記載すること。なお、「摘要」欄に入院日を記載すること。

キ 診療情報提供料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した場合は、「情」Ⅰ又は「情」Ⅱと表示して、点数を記載し、「摘要」欄にその算定日を記載すること。なお、診療情報提供料（Ⅰ）の加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に退院日を記載するとともに、併せて「情Ⅰ加」と表示すること。

また、保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合は、「摘要」欄にその情報提供先を記載すること。

ク 薬剤情報提供料を算定した場合は、「薬情」と表示して、回数及び点数を記載すること。また、老人保健法の規定による医療を提供する患者に対し加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「薬情」に併せて「薬情加」と表示すること。

ケ 傷病手当金意見書交付料又は療養費同意書交付料を算定した場合は、「傷」又は「療」と表示して、点数を記載すること。また、「摘要」欄にその交付年月日を記載すること。

なお、傷病手当金意見書交付料について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には、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。また、遺族等に対して意見書を交付した場合は、当該遺族等の診療報酬明細書の「摘要」欄に「相続」と表示し、「傷病名」欄には、遺族等が他に療養の給付を受けていない場合は、意見書の対象となった傷病名を、他に療養の給付を受けている場合は、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記載すること。

コ 結核予防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場合は、その旨及び点数を記載すること。

サ 入院分について入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料、開放型病院共同指導料（Ⅱ）、地域連携退院時共同指導料 2 又はハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）を算定した場合は、それぞれ「入栄」、「集栄」、「退リハ」、「退前」、「開」Ⅱ、「地退」2 又は「ハイ」Ⅱと表示して、回数及び点数を記載すること。入院栄養食事指導料を算定した場合は、「摘要」欄にその算定日を記載すること。

また、退院前訪問指導料を 2 回算定した場合は、「摘要」欄に各々の訪問指導日を記載すること。

(25) 「在宅」欄について

ア 往診の項又は夜間の項については、それぞれ普通の又は夜間の往診の回数と点数を記載し、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を行った場合は、「摘要」欄に「支援」と表示し、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。

なお、在宅患者訪問診療料を当該月に算定している場合は、「摘要」欄に当該往診を行った日を記載し、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

- は、「摘要」欄に(急性)と表示して、その必要性、必要を認めた診療日及び当該訪問診療を行った日を記載すること。また、在宅患者訪問診療料等を算定した日と同一日に往診料を算定した場合は、患者の病状の急変等往診が必要となった理由を「摘要」欄に記載すること。
- イ 緊急又は深夜の往診を算定する場合には、それぞれの文字を○で囲み、回数及び点数を記載すること。在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行った往診について「注1」のただし書に規定する加算を算定する場合は、「摘要」欄に(在支援)、又は(連携保)と記載すること。
- ウ 患家診療時間加算がある場合には、その旨及び時間を「摘要」欄に記載すること。
- エ 特別往診料を算定する場合には、往診の字句の左に(特)、その内訳の最後尾に「波浪」、「滞在」又は「波浪・滞在」と記載し、所定点数(往診料の項に定める基本点数に「注1」、「注2」及び「注3」の点数を加算した点数)と特別加算点数(波浪及び滞在对する加算点数)とを併記すること。また、「摘要」欄には往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間を記載すること。
- オ 在宅患者訪問診療の項については、回数及び総点数を記載するほか、次によること。なお、厚生労働大臣が定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合は(難病)と表示すること。
- (ア) 在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行った場合は、「摘要」欄に(在支援)又は(連携保)と記載すること。
- (イ) 患家診療時間加算がある場合には、その旨及び時間を「摘要」欄に記載すること。
- (ウ) 在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、所定点数に当該点数を加算した点数を記載し、「在宅患者訪問診療」の字句の次に(夕)と表示すること。なお、「摘要」欄に死亡日前14日以内に行った往診又は訪問診療の日を記載すること。また、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行った場合は、「摘要」欄に死亡日前14日以内に行った往診又は訪問診療の日を記載するとともに、死亡日前24時間以内に行った訪問診療の日時を併せて記載すること。
- (エ) 患家との直線距離が16kmを超えた場合又は海路の場合であって、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料を算定する場合には、在宅患者訪問診療の字句の左に(特)、その内訳の最後尾に「波浪」、「滞在」又は「波浪・滞在」と記載し、所定点数に在宅患者訪問診療料の項に定める「注3」、「注4」及び「注5」の点数を加算した点数と特別加算点数(波浪及び滞在对する加算点数)とを併記すること。また、「摘要」欄には訪問地域(距離)、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間を記載すること。
- (オ) 当該月又はその前月に往診料を算定している場合には、当該訪問診療を行った日を「摘要」欄に記載すること。
- カ 在宅時医学総合管理料を算定した場合は、その他の項に、処方せんを交付した場合においては「在医総管外」と、処方せんを交付していない場合においては「在医総管内」と表示して点数を記載し、当該月において往診又は訪問診療を行った日を「摘要」欄に記載すること。なお、重症者加算を算定した場合は、その他の項に(重症加算)と表示して点数を記載すること。
- キ 在宅末期医療総合診療料を算定した場合は、その他の項に「在医総」と表示して日数及び点数を記載すること。また、在宅末期医療総合診療料を算定した週において、訪問診療、訪問看護を行った日を「摘要」欄に記載すること。(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。)
- ク 在宅看取り加算を算定した場合は、「摘要」欄にその旨記載すること。

ケ 救急搬送診療料、在宅患者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、特別訪問看護指示加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者訪問栄養食事指導料を算定した場合は、その他の項にそれぞれ「搬送診療」、「訪問看護（難病）」、急性増悪等により頻回な訪問看護を必要とする患者に対して行った場合は、「訪問看護（急性）」、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に行った場合は、「訪問看護（緊急）」、「訪問点滴」、「訪問リハ」、「訪問指示」、「特別指示」、「訪問薬剤」又は「訪問栄養」と表示し、回数（単位数）及び総点数を記載すること。

在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関等が、在宅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は、「摘要」欄に（支援）と表示し、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。

患者の急性増悪等により頻回な、1日に2回又は3回以上、在宅患者訪問看護・指導を行った場合は、「摘要」欄にその必要を認めた診療日又は在宅療養支援診療所から指示のあった日、訪問看護・指導を行った日及びその必要を認めた理由を記載すること。また、特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄にその必要を認めた理由を記載すること。

なお、月の初日が週の途中にある場合は、前月の最終の週における訪問回数を（ ）書きで「摘要」欄に記載するほか、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・指導を行った場合は、それぞれの回数を「摘要」欄に記載すること。

難病等複数回訪問加算又はターミナルケア加算を算定した場合は、所定点数に当該点数を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次にそれぞれ（複）又は（夕）と表示するとともに、訪問看護を実施した日時及び患者が死亡した日時を「摘要」欄に記載すること。また、在宅療養支援診療所の保険医の指示によりターミナルケアを行った場合は、（夕支）と表示し、当該指示のあった日、訪問看護を実施した日時及び患者が死亡した日時を「摘要」欄に記載すること。

在宅移行管理加算又は在宅移行管理重症者加算を算定した場合は、所定点数に当該点数を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に（移）又は（移重症）と表示するとともに、退院日、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。）及び訪問看護を実施した日を「摘要」欄に記載すること。また、訪問看護指示料及び特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を記載すること。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定した場合は、点滴注射を行った日を「摘要」欄に記載すること。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は、「注射」の項に㉞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。

在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定した場合は、訪問指導を行った日及び単位数を「摘要」欄に記載すること。

在宅患者訪問薬剤管理指導料を月2回算定する場合は、それぞれ算定の対象となる訪問指導を行った日を「摘要」欄に記載し、施設入所者に対して訪問指導を行った場合は、（施）と併せて表示すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は「訪問薬剤」に併せて（麻加）と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

コ 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は、「摘要」欄に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。

- サ 在宅自己注射指導管理料を算定した場合は、その他の項に「注」と表示して所定点数を記載し、注入器用注射針加算（１の加算に限る。）を算定した場合は、「摘要」欄に当該加算を算定した理由を記載すること。血糖自己測定器加算、注入器加算、間歇注入シリンジポンプ加算又は注入器用注射針加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「注糖」、「入」、「間」又は「針」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は、「摘要」欄に血糖自己測定の回数及び１型糖尿病である場合は１型糖尿病であることを記載すること。在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給単位数、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、１回量及び支給日数等を以下の例により記載すること。

〔記載例〕

「摘要」欄

〇〇注（医薬品名） ３００単位 １筒

１日２回（朝１０単位、夜１１単位）１４日分

- シ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、その他の項に「灌」と表示して点数を記載すること。また、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は、「摘要」欄に回数及び必要と認めた理由を記載し、紫外線殺菌器加算又は自動腹膜灌流装置加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「紫」又は「自腹」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。

- ス 在宅血液透析指導管理料を算定した場合は、その他の項に「在透」と表示して点数を記載すること。また、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は、「摘要」欄に回数及び２回以上の在宅血液透析指導管理が必要と認めた理由を記載し、透析液供給装置加算を算定した場合は、併せて「透液」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、初回の指導管理を行った日から起算して２月においては、初回の指導管理を行った月日を「摘要」欄に記載すること。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は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。

- セ 在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「酸」と表示して点数を記載すること。この場合、「摘要」欄に当該月の動脈血酸素濃度分圧又は動脈血酸素飽和度を記載し、慢性心不全で適用になった患者にあっては、初回の指導管理を行った月において、終夜睡眠ポリグラフィの実施日及び無呼吸指数も併せて記載すること。

なお、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算又は液化酸素装置加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「ボ」、「濃」又は「液」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。また、酸素ボンベ加算及び液化酸素装置加算について携帯用又は携帯型を用いた場合は、併せて、「携」と表示すること。

- ソ 在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「中」と表示して点数を記載すること。在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「輸」又は「注ボ」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅中心静脈

- 栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載すること。
- タ 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に（経）と表示して点数を記載すること。在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ（管）又は（経ポ）と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅成分栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載すること。
- チ 在宅自己導尿指導管理料を算定した場合は、その他の項に（尿）と表示して点数を記載すること。間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算を算定した場合は、併せて（カ）と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載すること。
- ツ 在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合は、その他の項に（人）と表示して点数を記載すること。人工呼吸器加算のうち、陽圧式人工呼吸器、鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器又は陰圧式人工呼吸器を使用した場合は、併せてそれぞれ（陽呼）、（鼻呼）又は（陰呼）と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。
- テ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に（持呼）と表示して点数を記載し、「摘要」欄に初回の指導管理を行った月日、無呼吸指数、自覚症状、睡眠ポリグラフィー上の所見及び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はその理由を記載すること。経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算を算定した場合は、併せて（経呼）と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。
- ト 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に（在悪）と表示して点数を記載すること。携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ（携ポ）又は（悪ポ）と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅悪性腫瘍患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。
- ナ 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に（寝）と表示して点数を記載すること。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は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。
- ニ 在宅自己疼痛管理指導管理料を算定した場合は、その他の項に（疼）と表示して点数を記載すること。また、疼痛管理用送信器加算を算定した場合は、（疼信）と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- ヌ 在宅肺高血圧症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に（肺）と表示して点数を記載すること。また、携帯型精密輸液ポンプ加算を算定した場合は、（肺ポ）と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- ネ 在宅気管切開患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に（気）と表示して点数を記載すること。また、気管切開患者用人工鼻加算を算定した場合は、（気鼻）と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- ノ 在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて他の在宅療養指導管理材料加算のみを算定

した場合は、その他の項にサからトまで及びニからネに掲げる当該加算の表示を記載し、当該加算点数を記載すること。

- ハ 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合は、**前**と表示して点数を記載すること。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は、その点数を加算し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。
- ヒ 入院中の患者に対して、救急搬送診療料を算定した場合は、ケの例により記載すること。また、入院中の患者に対して退院の日在宅療養指導管理料を算定した場合は、「退院時在宅指導」と記載した上でサからネまでの例により記載すること。
- フ 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料を算定した場合は、「在宅」欄に**灌薬**と表示して、総点数を記載し、「摘要」欄に、総投与量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数、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。
- ヘ 寝たきり老人訪問指導管理料を算定した場合は、その他の項に「訪問指導」と表示して、点数を記載すること。

(26) 「投薬」欄について

ア 入院分について

- (ア) 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の項にそれぞれの調剤単位数及び薬剤料の総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。
また、調剤料を算定する場合は、調剤の項に日数及び点数を記載すること。
- (イ) 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。
ただし、医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（以下「届出保険医療機関」という。）については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。
なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。
- (ウ) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に日数及び点数を記載すること。
- (エ) 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。なお、院内製剤加算を算定した場合は、調基の項に**院**と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。
- (オ) 入院患者に対し退院時に投薬を行った場合は、「退院時 日分投薬」と「摘要」欄に記載すること。
- (カ) 入院時食事療養費に係る食事療養を受けている入院患者に対してビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、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「摘要」欄に記載すること。

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。

イ 入院外分について

- (ア) 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の「薬剤」の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の「薬剤」の項にそれぞれの薬剤料の所定単位による総投

与単位数と総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

(イ) 内服の「調剤」の項には内服薬、浸煎薬及び屯服薬の投与回数及び点数を、外用の「調剤」の項には、外用薬の投与回数及び点数を記載すること。

(ロ) 処方箋の項は、処方せんを交付しない場合において処方回数及び点数を記載すること。

なお、複数の診療科を標榜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は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

(エ) 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

(オ) 常態として、内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に（減）と表示すること。

(カ) 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は、臨時薬の投与の必要性を「摘要」欄に記載すること。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。

(キ) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に処方回数及び点数を記載すること。

(ク) 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。

(ケ) 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であって14日を超えて投与した場合は、当該長期投与の理由を「摘要」欄に記載すること。

(コ) 乳幼児加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

(サ) 特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に処方期間が28日以上の場合は（特処長）、それ以外の場合は（特処）と表示し、回数及び点数を記載すること。

(シ) 入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、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「摘要」欄に記載すること。

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。

ウ 厚生労働大臣の定める選定療養第11号又は第13号に係る医薬品を投与した場合は、次の例により「摘要」欄に「薬選」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

〔記載例〕

ラシックス錠20mg	1錠	
アルダクトンA錠	1錠	4×5
リピトール錠10mg	1錠	15×5

（薬選）

(27) 「注射」欄について

ア 皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射を行った場合は、皮下筋肉内及び静脈内の項に、その他の注射を行った場合は、その他の項に、注射の種類を記して、それぞれ回数及び点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所要単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。

イ 外来化学療法加算を算定した場合は、当該点数を加算した点数を記載し、「摘要」欄に外来化学療法加算である旨の(化)を表示するとともに、算定回数を記載すること。

ウ 無菌製剤処理加算を算定した場合は、当該点数を加算した点数を記載し、「摘要」欄に無菌製剤処理加算である旨の(菌)を表示するとともに、算定回数を記載すること。なお、別に厚生労働大臣が定める入院患者に対し使用する薬剤の場合は、(菌入)と表示すること。

エ 点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤加算を算定した場合は、当該点数を加算した点数を記載し、「摘要」欄に(血漿)と表示して、1回目の注射の実施日を記載すること。

オ 皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射等については、入院外分はそれぞれ1回分ごとに、入院分はそれぞれ1日分ごとに、点滴注射及び中心静脈注射等については1日分ごとに、使用した薬名、規格単位(％、mL又はmg等)及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、注射の各手技料の算定単位(1回又は1日)当たりの薬価が175円以下の場合は、使用薬剤の薬名、使用量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

カ 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数が上限点数を超える場合は、当該上限点数から合算点数を控除して得た点数を「注射」欄のその他の項の「摘要」欄に「その他薬剤」と表示して△書きにより記載し、その合計点数をその他の項に記載すること。

キ 特定保険医療材料を使用した場合は、(28)のウの例により「摘要」欄に記載すること。

ク 入院時食事療養費に係る食事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(ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。)を投与した場合は、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「摘要」欄に記載すること。

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。

ケ 乳幼児加算を算定した場合は、当該点数を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

コ 厚生労働大臣の定める選定療養第11号又は第13号に係る医薬品を投与した場合は、(26)のウの例により「摘要」欄に「薬選」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(28) 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

ア 処置又は手術については、処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を、麻酔については、麻酔の種類、回数及び点数を記載すること。麻酔を検査・画像診断に伴って行った場合は、当該検

査・画像診断の種類を「摘要」欄に記載すること。対称器官の両側に対し、処置又は手術（ともに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、左右別にそれぞれ処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を記載すること。デブリードマンを繰り返し算定する場合は、植皮の範囲（全身に占める割合）を「摘要」欄に記載すること。

イ 介達牽引について、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は、「摘要」欄に、**減介**と表示し、逡減した点数と算定した回数を記載すること。なお、急性発症した脳血管疾患等の患者に行った場合は、当該処置の対象となる疾患名及び発症月日又は新たな発症月日を「摘要」欄に記載すること。

ウ 麻酔等（麻酔に伴う前処置を含む。）に伴って薬剤を使用した場合は、それぞれ使用した薬剤総量の薬価が15円を超えるものについては、個々の処置、手術又は麻酔ごとに、当該薬価から15円を控除して算定した点数を薬剤の項に記載し、使用した薬剤の薬名、規格単位（％、mL又はmg等）及び使用量を個々の処置、手術及び麻酔別に「摘要」欄に記載すること。ただし、神経破壊剤については、薬価にかかわらず使用した薬剤の薬名及び規格単位を「摘要」欄に記載すること。神経ブロックについて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は、その医学的必要性を「摘要」欄に記載すること。なお麻酔中のショック等に対する治療等に伴う薬剤については、注射等当該治療等の該当欄に記載すること。また、処置等に伴って使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方社会保険事務局長に届け出た単価（単位 円・銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位 リットル）を「摘要」欄に、手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、「摘要」欄にそれぞれ以下のように記載すること（酸素について、複数の単価で請求する場合は、単価ごとに、単価及び使用量を記載すること。）。

- a 手術、処置、検査等の名称は告示名又は通知名を使用する。
- b 手術、処置、検査等の手技料については、必ず点数を明記する。
- c 材料は商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順で記載する。

なお、告示の名称又は通知の名称については（ ）書きとすること。

- d 保険医療機関における購入価格によるとなっているものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格で請求すること。
- e 処置、手術等の名称、手技の加算、処置（手術）医療機器等加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に処置、手術等ごとに記載すること。

〔記載例〕

例1 手術以外に使用された特定保険医療材料等

- ①処置名 人工腎臓
手技の加算 導入期加算 2, 550×1
- ②薬剤料 使用薬剤 点数×1
- ③特定保険医療材料〔商品名〕ホローファイバー型高機能ダイアライザー 1, 4㎡
(ホローファイバー型及び積層型(キール型) (1.5㎡未満(Ⅱ))) 1, 660円)
166×1

例2 手術に使用された特定保険医療材料

- (1) ③特定保険医療材料〔商品名〕○○○○
(ペースメーカー(シングルチャンバ(Ⅰ型))) 1, 040, 000円)
104, 000×1

(2) ③特定保険医療材料〔商品名〕△△△△

(輸血用血液フィルター(微小凝集塊除去用) 2, 660円)

266×1

f 「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」(平成18年3月6日保医発第0306005号) Iの3の(30)のイ及び同3の(42)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。

g 酸素の費用に係る請求については、地方社会保険事務局長に届け出た液化酸素(CE、LGC)、酸素ボンベ(大型、小型)の酸素区分、当該請求に係る単価及び使用量並びに補正率を以下の例により記載すること。

〔記載例(単価0.18円の場合の酸素購入価格)〕

処置名 酸素吸入 65×1

酸素の加算(液化酸素CE) 7×1

(請求単価) (使用量) (補正率)

$$(0.18円 \times 300 \text{リットル} \times 1.3) \div 10 = 7 \text{点}$$

(注) () において端数整理を行った後、10円で除して再度端数整理を行うこと。

エ 処置の手技料を包括する点数を算定するに当たって併せて当該処置に係る材料、薬剤等の費用を算定する場合は、「処置」欄及び「摘要」欄にウの例により記載すること。

オ 輸血を行った場合は、回数、点数、その他必要な事項を記載すること。なお、輸血に当たって使用した生血、自己血、保存血の別に1日の使用量及び原材料として使用した血液の総量並びに薬剤について、その薬名、使用量の内訳及び加算点数を「摘要」欄に記載すること。自己血貯血を行った場合は、貯血量、手術予定日(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。)、6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合においては患者の体重をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合は、患者の体重及び輸血量を「摘要」欄に記載すること。輸血に当たって、血液交叉試験等の加算を行った場合にも「摘要」欄にその旨を記載すること。輸血管理料を算定した場合は、「摘要」欄に(輸管Ⅰ)又は(輸管Ⅱ)と表示すること。

カ 時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例である旨の(外)、(休)、(深)又は(特外)を表示すること。

キ 処置の新生児・乳児・乳幼児(6歳未満)加算、麻酔の未熟児・新生児・乳児・幼児(1歳以上3歳未満)加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児加算又は乳幼児加算である旨の(未)、(新)、(乳)、(幼)又は(乳幼)を表示すること。

ク 手術の1,500グラム未満の児・新生児(1,500グラム未満の児を除く。以下この項において同じ。)・乳幼児(3歳未満)加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に1,500グラム未満の児加算、新生児加算又は乳幼児加算である旨の(未満)、(新)又は(乳幼)を表示すること。なお、1,500グラム未満の児加算及び新生児加算を算定した場合は、それぞれ手術時体重を「摘要」に記載すること。

ケ HIV抗体陽性の患者に対して観血的手術を行った場合は、観血的加算を算定した旨の表示は省略すること。

コ 人工腎臓について入院中の患者以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合は、

その理由を「摘要」欄に記載すること。

なお、人工腎臓について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に導入の年月日を記載すること。また、障害者加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に (障) と表示の上、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月6日保医発第0306001号）別添1第2章第9部J038人工腎臓の(15)のアからツまでに規定するもののうち、該当するものを記載すること。

サ 持続緩徐式血液濾過を算定した場合は、「摘要」欄に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。）及び1回毎の実施時間数（当該月に実施されたものに限る。）を記載すること。また、障害者加算を算定した場合は、上記コの人工腎臓の例により記載すること。

シ 生体腎を移植した場合には、「手術・麻酔」欄の余白に (腎) と表示して腎提供者の療養上の費用に係る点数及び食事に要した費用の額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を四捨五入して得た点数を合算した点数を記載し、「摘要」欄に腎提供者の氏名を記載すること。この場合、食事に要した費用の額については、「入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）の別表「食事療養の費用額算定表」による額とすること。

なお、腎提供者の療養上の費用に係る点数を記載した明細書（保険者番号及び被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号を除いたもの）を「摘要」欄に貼付すること。骨髄移植のうち同種移植を行った場合又は同種皮膚移植若しくは生体部分肝移植を行った場合には、「手術・麻酔」欄の余白にそれぞれ (骨) 又は (膚) 若しくは (肝) と表示するほか、生体腎の移植と同様に記載し、明細書の貼付を行うこと。

ス 連続携行式腹膜灌流について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に導入の年月日を記載すること。

セ 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者であって厚生労働大臣が定める状態にあるもの（「選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成14年厚生労働省告示第88号）第四号トに該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に (洗浄) と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。また、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4号ニ又はリに該当する患者）については、「摘要」欄に、「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）におけるランクを記載すること。

ソ 「複数手術に係る費用の特例」（平成18年厚生労働省告示第117号）に規定する複数手術を同時に行った場合は、「摘要」欄に従たる手術の名称を「（併施）」を付して記載し、所定点数の100分の50に相当する点数を記載すること。

タ 熱傷処置を算定した場合には、「摘要」欄に初回の処置を行った月日を記載すること。

チ 熱傷温浴療法を算定した場合には、「摘要」欄に受傷日を記載すること。

ツ 干渉低周波による膀胱等刺激法を算定した場合には治療開始日を、皮膚レーザー照射療法の色素レーザー照射療法又はQスイッチ付レーザー照射療法を算定した場合には前回の治療開始日を「摘要」欄に記載すること。

テ 両心室ペースメーカー移植術及び埋込型除細動器移植術を算定した場合には、明細書に症状詳

記を添付すること。

ト 麻酔管理料を算定した場合は、「摘要」欄に「麻管」と表示すること。

ナ 血漿交換療法又は血球成分除去療法を算定した場合は、「摘要」欄に一連の当該療法の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も含む。）を記載すること。

(29) 「検査」欄について

ア 検査名、回数及び点数を記載すること。所定点数の100分の90に相当する点数により算定する場合は、検査名の右に「減」と表示し、他と分けて記載すること。検査に当たって薬剤を使用した場合、薬剤の項に点数を記載し、薬名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

また、特定保険医療材料を使用した場合は、(28)のウの例により「摘要」欄に記載すること。

イ 時間外緊急院内検査加算を算定した場合には、加算点数として得た点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に「緊検」と表示し、検査開始日時を記載すること。引き続き入院した場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。また、血管内超音波加算、血管内視鏡検査加算、超音波内視鏡検査加算又は粘膜点墨法加算を算定した場合は、それぞれ「血超」、「血内」、「超内」又は「墨」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

ウ 外来迅速検体検査加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を点数欄に記載するとともに、「摘要」欄に「外迅検」と表示し、当該加算を算定した日に行った検体検査すべてについて検査日を記載すること。また、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は、加算点数のみを点数欄に記載するとともに、「摘要」欄に「外迅検」と表示し、当該加算を算定した日に行った検体検査の項目名及び検査日を記載すること。なお、引き続き入院した場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

エ 検体検査判断料、病理学的検査診断・判断料を算定した場合には、判断料の区分名、所定点数を「点数」欄に記載すること。区分名としては「判」と「尿」、「血」、「生Ⅰ」、「生Ⅱ」、「免」、「微」、「基」、「病診」又は「病学」とをそれぞれ組み合わせて表示すること。入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において判断料を算定しない場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。また、生体検査料の各判断料を算定した場合は、検体検査判断料と同様に記載すること。区分名としては「判」と「呼」、「脳」、「神」又は「ラ」とをそれぞれ組み合わせて表示すること。

オ 出血・凝固検査、血液化学検査、内分泌学的検査、腫瘍マーカーに掲げる検査（「制限回数を超えて行う診療」に係るものを除く。）、肝炎ウイルス関連検査又は自己抗体検査（これらの所定点数を準用する場合を含む。）をそれぞれ多項目の包括の規定を適用して算定した場合であっても、回数と点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄にそれらの検査名又は略称を他の検査と区別して記載すること。これらの所定点数を準用する場合は、準用した旨を記載し、当該項目数を内訳として示すこと。例えば尿と血液を用いてそれぞれ生化学的検査(Ⅰ)に掲げる項目について検査を行った場合は、判断料については「判 生Ⅰ」と表示し、「摘要」欄に項目名、項目数を尿を用いて行った検査、血液を用いて行った検査に分けて記載し、合計項目数も記載すること。

カ 基本的検体検査実施料を算定した場合は、「基検」と表示し、入院日数（外泊期間を除く。）及び点数を次の例により「点数」欄に記載すること。

〔記載例〕

「基検」（15日）

2, 100

「判」 基

630

- キ 慢性維持透析患者外来医学管理料を算定した場合に、これに含まれる検査以外の検体検査又はこれに含まれる検査であって特例として算定を認められた検査を別に算定した場合は、その必要性を「摘要」欄に記載すること。
- ク マンガン算定した場合は、「摘要」欄に高カロリー静脈栄養法を開始した日を記載すること。
- ケ ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）精密測定を算定した場合は、「摘要」欄に本検査の実施日（ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（HANP）精密測定を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日）を記載すること。
- コ 尿中βクロスラプス精密測定2回目を算定した場合は、前回算定日を「摘要」欄に記載すること。
- サ 前立腺癌の確定診断がつかずPSA精密測定を2回以上算定する場合は、「摘要」欄に「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載すること。
- シ 検体検査管理加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「検管Ⅰ」又は「検管Ⅱ」と表示すること。
- ス 赤血球不規則抗体検査を算定した場合にあっては、輸血歴又は妊娠歴がある旨を「摘要」欄に記載すること。例えば輸血歴がある場合においては、「輸血歴あり」と記載すること。
- セ 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について、HIV-1抗体価又はHIV-1、2抗体価の測定が行われた場合は、「摘要」欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載すること。
- ソ 算定回数が複数月に1回のみとされている検査を実施した場合は、「摘要」欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。
- タ 呼吸心拍監視を算定した場合は、「摘要」欄に算定開始日を記載すること。
- チ 光トポグラフィーを算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術実施予定日を記載し、手術が行われなかった場合は、「摘要」欄にその理由を記載すること。
- ツ 神経磁気診断を算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術予定日を記載し、手術が行われなかった場合は、「摘要」欄にその理由を記載すること。
- テ 鼻腔通気度検査を算定した場合は、「摘要」欄に当該検査に関連する手術名及び手術日（手術前に当該検査を実施した場合においては手術予定日）を記載すること。
- ト 悪性腫瘍遺伝子検査を算定した場合は、「摘要」欄にその目的、結果及び選択した治療法を記載すること。
- ナ 抗IA-2抗体精密測定を算定した場合は、「摘要」欄にその理由及び医学的根拠を記載すること。
- ニ 抗LKM-1抗体精密測定を算定した場合は、「摘要」欄に抗核抗体陰性である旨を記載すること。
- ヌ 「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合は、次の例により「摘要」欄に「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	23×1
末梢血液像	19×1
(検選)	

(30) 「画像診断」欄について

- ア 画像診断の種類、回数及び点数を記載すること。なお、撮影した画像を電子媒体に保存した場合は、「摘要」欄に撮影回数を記載すること。
- イ 時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数として得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に(緊画)と表示し、撮影開始日時を記載すること。引き続き入院した場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。
- ウ 写真診断に係る場合は、写真の部位、種類、回数及び点数を記載すること。
- エ デジタル映像化処理を行った場合においては、(デ)と表示すること。
- オ 画像診断に当たって、特定保険医療材料を使用した場合は、(28)のウの例により「摘要」欄に記載すること。
- カ フィルムを使用した場合にあっては、フィルムの種類、枚数及び大きさを記載すること。
- キ 画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬剤名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。
- ク 核医学診断又はコンピューター断層診断について、入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において当該点数を算定しないときは、その旨を「摘要」欄に記載すること。
- ケ 基本的エックス線診断料を算定した場合は、(基エ)と表示し、入院日数（外泊期間を除く。）及び点数を次の例により「点数」欄に記載すること。

〔記載例〕

(基エ) (15日)

825

- コ 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は、それぞれ初回の実施日を「摘要」欄に記載すること。
- サ 写真診断、基本的エックス線診断、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算1を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に(写画1)、(基画1)、(核画1)、(コ画1)と表示すること。また、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算2を算定した場合は、当該加算した点数を記載し、「摘要」欄に(核画2)又は(コ画2)と表示すること。
- シ 画像処理加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に、画処と表示すること。

(31) 「その他」欄について

- ア 短期滞在手術基本料1を算定した場合は、「摘要」欄に(短手1)と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること。
- イ 外来患者に対し処方せんを交付した場合は、処方せんの項に処方せん料の点数毎の回数及び点数を記載すること。

なお、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は、「摘要」欄にその月日及び理由を記載すること。乳幼児加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。また、特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に処方期間が28日以上の場合は(特処長)、

それ以外の場合は（特処）と表示し、回数及び点数を記載すること。

なお、複数の診療科を標榜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は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ウ リハビリテーションを算定した場合は、当該項目、算定単位数及び合計点数を記載するとともに、「摘要」欄に実施日数を記載すること。また、精神科専門療法を算定した場合は、当該項目、回数及び合計点数を記載すること。ただし、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合は、（持精）と表示すること。心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料については、疾患名及び治療開始日を、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料については、疾患名及び、発症月日、手術月日又は急性増悪した月日を、障害児（者）リハビリテーション料については、発症月日をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料について、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した患者に対して行った場合は、その理由を「摘要」欄に記載すること。また、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には、新たな疾患名及び、治療開始日又は発症月日等を「摘要」欄に記載すること。摂食機能療法を算定した場合は、「摘要」欄に治療開始日を記載すること。

エ リハビリテーション総合計画評価料を算定した場合は、（リハ総評）と表示して、点数を記載すること。

オ 通院精神療法を退院患者について算定した場合は退院日を、標準型精神分析療法を算定した場合は当該診療に要した時間を、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・ケアを算定した場合は当該療法のうち最初に算定した年月日を「摘要」欄に記載すること。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。精神科退院前訪問指導料を2回以上算定した場合は、各々の訪問指導日を「摘要」欄に記載し、必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合は（複職）と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。精神科訪問看護・指導料(I)を算定する場合であって複数の保健師等が訪問して行った場合は（複数）と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。医療保護入院等診療料を算定した場合は、患者の該当する入院形態（例：（措置入院））を記載すること。また、初診の日に通院精神療法又は心身医学療法を算定した場合は、当該診療に要した時間を「摘要」欄に記載すること。

なお、家族等に対する入院精神療法、通院精神療法又は精神科退院指導料を算定した場合は、「摘要」欄に（家族）と表示すること。

重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、（認デイ）と表示し、回数及び合計点数を記載すること。

カ リハビリテーション及び精神科専門療法に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬剤名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

キ 放射線治療管理料を算定した場合は、（放管）と表示して、所定点数を記載すること。

ク 放射性同位元素内用療法管理料を算定した場合は、「摘要」欄に（放内）と表示して、当該管理を開始した月日を記載すること。

ケ 放射線治療料を算定した場合は、（放）と表示して、回数及び点数を記載すること。

なお、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は、「摘要」

欄に当該名称及び使用量を記載すること。

コ 密封小線源治療に当たって、気管・気管支用アプリケータ又は食道アプリケータを使用した場合は、「摘要」欄に 気アフ 又は 食アフ と表示すること。

サ 施設入所者共同指導料を算定した場合は、「施設指導」と表示して、点数を記載すること。

シ 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合における療養担当手当を算定した場合は、「その他」欄に合算して記載すること。

ス 「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーション又は精神科専門療法を実施した場合は、次の例により「摘要」欄に「リハ選」又は「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リハビリテーション又は精神科専門療法と区別して記載すること。

〔記載例１〕

運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 180×18

実施日数 3日

（リハ選）

運動器リハビリテーション料 1,800円×1

〔記載例２〕

精神科デイ・ケア（小規模） 550×5

（精選）

精神科デイ・ケア 5,500円×1

(32) 「入院」欄について

ア 病院・診療所別の該当する文字を○で囲み、入院基本料について、該当する入院基本料の種類別を病院・診療所別欄の下空欄（以下「入院基本料種別欄」という。）に次に掲げる略号を用いて記載すること。なお、入院基本料種別欄に書ききれない場合は「摘要」欄に記載し、また、電子計算機で該当する文字のみを印字する場合は、様式の区分、配字等を変更することとして差し支えないこと。

一般7、一般10、一般13、一般15（一般病棟入院基本料）、一般特別（一般病棟入院基本料の特別入院基本料）、療1、療2（療養病棟入院基本料1）、療特1、療特2（療養病棟入院基本料1の特別入院基本料）、療A、療B、療C、療D、療E（療養病棟入院基本料2）、療特（療養病棟入院基本料2の特別入院基本料）、結7、結10、結13、結15、結18、結20（結核病棟入院基本料）、結特（結核病棟入院基本料の特別入院基本料）、精10、精15、精18、精20（精神病棟入院基本料）、精特（精神病棟入院基本料の特別入院基本料）、特一7、特一10（特定機能病院入院基本料の一般病棟）、特結7、特結10、特結13、特結15（特定機能病院入院基本料の結核病棟）、特精7、特精10、特精15（特定機能病院入院基本料の精神病棟）、専7、専10、専13（専門病院入院基本料）、障10、障13、障15（障害者施設等入院基本料）、診1、診2（有床診療所入院基本料）、診療1（有床診療所療養病床入院基本料1）、診療1特（有床診療所療養病床入院基本料1の特別入院基本料）、診療A、診療B、診療C、診療D、診療E（有床診療所療養病床入院基本料2）、診療2特（有床診療所療養病床入院基本料2の特別入院基本料）

イ 「入院年月日」の項は、当該医療機関における入院基本料の起算日としての入院年月日を記載

すること。

ウ 療養病棟入院基本料 1 及び 2、又は有床診療所療養病床入院基本料 1 及び 2 を算定する病棟又は病床で、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は、その医療上の必要性について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

エ 療養病棟入院基本料 2 又は有床診療所療養病床入院基本料 2 を算定する病棟又は病床において、患者の急性増悪により他の一般病棟へ転棟若しくは他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へ転院若しくは別の有床診療所の療養病床以外の病室への転院させた場合であつて、療養病棟入院基本料 2 の入院基本料 E 又は有床診療所療養病床入院基本料 2 の入院基本料 E を算定した場合は、その医療上の必要性について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

オ 「入院基本料・加算」の項について

(ア) 入院基本料・加算の項には、入院基本料に係る 1 日当たりの所定点数（入院基本料及び入院基本料等加算の合計）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に当該所定点数の内訳を記載すること。ただし、入院基本料が月の途中で変更した場合は、同項において行を改めて、それぞれの入院基本料について同様に記載し、「摘要」欄に、変更の前後に分けて、当該所定点数の内訳を記載すること。

なお、入院基本料と入院基本料等加算を区分して、同項において行を改めて、同様に記載することも差し支えない。

(イ) 入院時医学管理加算、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、特殊疾患入院施設管理加算、新生児入院医療管理加算、看護配置加算、看護補助加算、夜間勤務等看護加算、療養環境加算、重症者等療養環境特別加算、療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算、重症皮膚潰瘍管理加算、緩和ケア診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神病棟入院時医学管理加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算又はハイリスク分娩管理加算を算定した場合は、入院基本料種別欄に、医管、臨修、録管、特疾、新入医、看配、補 1（看護補助加算 1）、補 2（看護補助加算 2）、補 3（看護補助加算 3）、夜 1（夜間勤務等看護加算 1）、夜 2（夜間勤務等看護加算 2）、夜 3（夜間勤務等看護加算 3）、夜 4（夜間勤務等看護加算 4）、夜 5（夜間勤務等看護加算 5）、環境、重境、療環 1（療養病棟療養環境加算 1）、療環 2（療養病棟療養環境加算 2）、療環 3（療養病棟療養環境加算 3）、療環 4（療養病棟療養環境加算 4）、診環 1（診療所療養病床療養環境加算 1）、診環 2（診療所療養病床療養環境加算 2）、重皮潰、緩和、精応、精医管、児思精、がん診、栄養、安全、褥管 褥ハイ 又は ハイ分娩 を記載すること。

なお、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、精神科応急入院施設管理加算、がん診療連携拠点病院加算又は医療安全対策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は、当該加算を算定した入院年月日を、新生児入院医療管理加算を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は、出生時体重を、重症皮膚潰瘍管理加算を算定した場合は、患者の皮膚潰瘍に係る S h e a の分類を、「摘要」欄に記載し、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合は、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 4 第 2 項に基づく精神病院の管理者から都道府県知事に対する届出の書面の写しを添付す

ること。

- (ウ) 地域医療支援病院入院診療加算、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算、在宅患者応急入院診療加算、乳幼児加算、幼児加算、難病等特別入院診療加算、二類感染症患者入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算、準超重症児（者）入院診療加算、H I V感染者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、精神科措置入院診療加算又は精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に、地入診、救医、乳救医、在応、乳、幼、難入、二感入、超重症、準超重症、感染特、小環特、無菌、放室、精措又は精隔を記載すること。

なお、地域医療支援病院入院診療加算、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算又は在宅患者応急入院診療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は、当該加算を算定した入院年月日を記載すること。また、小児療養環境特別加算を算定した場合は、「摘要」欄に個室での管理が必要な旨及び当該患者の病態の概要を記載し、精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を記載すること。

- (エ) 日常生活障害加算、認知症加算、認知機能障害加算又は重度認知症加算を算定した場合は、「摘要」欄に障、認、認機又は重認と表示し、当該加算を算定した日数を記載するとともに、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ランク等）及び評価日を記載すること。なお、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。

- (オ) 有床診療所入院基本料を算定している患者について、医師の配置等又は看護配置に応じた加算がある場合は、「摘要」欄に有医看又は有看を記載すること。

カ 外泊した場合は、行を改めて入院基本料又は特定入院料を算定する日ごとに1日当たりの所定点数、日数並びに合計点数を記載し「摘要」欄に外泊した日を記載すること。

なお、外泊した日の記載については、連続して3日を超える場合にあっては、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。

キ 特定入院料、療養病棟入院基本料又は診療所療養病床入院基本料（以下カにおいて「特定入院料等」という。）を算定している患者について、専門的な診療が必要となり、他医療機関において「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部5の(3)のアからケまでに規定する診療を行った場合は、入院医療機関においては、行を改めて減額された特定入院料等の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。また、他医療機関においては、「摘要」欄に「当該患者の算定する特定入院料等」、「診療科」及び「他（受診日数：〇日）」と記載すること。

ク 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者について、「選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」第四号のいずれにも該当しない場合は、「摘要」欄に「選」と記載し、いずれかに該当する場合は、「摘要」欄に「選外」と記載し、その理由を簡潔に記載すること。また、月の途中で通算対象入院料を算定する期間が180日を超えた場合は、行を改めて減額された通算対象入院料の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。

ケ 特別の関係にある保険医療機関等に入院又は入所していたことのある患者であって、入院期間を当該保険医療機関等の初回入院日を起算日として計算する場合は、「摘要」欄に特別と表示すること。

コ 定数超過入院に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の1日当たり点数（療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の場合は所定点数から所定点数に100分の1

0 を乗じて得た点数を控除した点数、それ以外の入院基本料の場合は所定点数から所定点数に 100 分の 20 を乗じて得た点数を控除した点数)、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に **超過** と表示すること。

サ 医療法の人員標準を満たさない保険医療機関にあっては、当該入院基本料の 1 日当たりの所定点数(離島等所在保険医療機関以外の場合は所定点数に 100 分の 90 又は 100 分の 85 を乗じて得た点数を、離島等所在保険医療機関の場合は所定点数から所定点数に 100 分の 98 又は 100 分の 97 を乗じて得た点数)、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に **標欠 7**、**標欠 5** と表示すること。

シ 厚生労働大臣が指定する病院における「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について」(平成18年3月20日保医発第0320001号)(以下「DPC留意事項通知」という。)第1の2(3)に該当する患者については、DPC留意事項通知第1の2(3)及び「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」(平成18年3月30日保医発第0330007号)を参考とし、「摘要」欄に診断群分類に該当しない旨等を記載すること。

ス 「特定入院料・その他」の項について

(ア) 特定入院料については、算定した特定入院料の種別を次の略号を用いて記載し、それぞれの日数及び合計点数(①地域加算該当施設である場合、②離島加算該当施設である場合、③救命救急入院料を算定している患者について加算がある場合、④特定集中治療室管理料を算定している患者について加算がある場合、⑤特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料若しくは特殊疾患療養病棟入院料を算定している患者について人工呼吸器使用加算がある場合又は⑥小児入院医療管理料を算定している患者について施設基準に応じた加算がある場合)にあっては、それぞれの加算を加えた点数)を記載すること。

救命1、救命2(救命救急入院料1、2)、特集(特定集中治療室管理料)、ハイ(ハイケアユニット入院医療管理料)、脳ケア(脳卒中ケアユニット入院医療管理料)、新集(新生児特定集中治療室管理料)、産集母、産集新(総合周産期特定集中治療室管理料)、熱集(広範囲熱傷特定集中治療室管理料)、感入管(一類感染症患者入院医療管理料)、特入管(特殊疾患入院医療管理料)、小入管1、小入管2、小入管3(小児入院医療管理料1～3)、復り入(回復期リハビリテーション病棟入院料)、亜入(亜急性期入院医療管理料)、特療1、特療2(特殊疾患療養病棟入院料1、2)、緩和(緩和ケア病棟入院料)、精救(精神科救急入院料)、精急1、精急2(精神科急性期治療病棟入院料1、2)、精療(精神療養病棟入院料)、認知1、認知2(老人性認知症疾患治療病棟入院料1、2)

(イ) 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は、救命救急入院料の算定に係る入院年月日を「摘要」欄に記載すること。また、救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Aである場合、高度救命救急センターである場合又は急性薬毒物中毒に係る加算を算定した場合は、「摘要」欄に、それぞれ、**A救**、**高救**又は**薬救**と記載すること。

(ウ) 新生児特定集中治療室管理料を新生児入院医療管理加算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計して22日以上算定した場合又は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を新生児入院医療管理加算及び新生児特定集中治療室管理料と合計して22日以上算定した場合は、出生時体重を「摘要」欄に記載すること。

(エ) 特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、

特殊疾患療養病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定している患者について、必要があつて患者を他の病棟等へ移動した場合は、その医療上の必要性を「摘要」欄に詳細に記載すること。

- (㉔) 精神科救急入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定した場合は、当該点数の算定を開始した日を「摘要」欄に記載し、転棟患者等の場合は、転棟の必要性について併せて記載すること。また、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神療養病棟入院料において、統合失調症の患者に対して行った非定型抗精神病薬に係る加算を算定する場合は、「非精」と表示し、投与している薬剤名を「摘要」欄に記載すること。
- (㉕) 短期滞在手術基本料2を算定した場合は、「摘要」欄に 「短手2」 と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること。

- (33) 老人医療における「保険医療機関の所在地及び名称」、「診療実日数」、「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「注射」、「処置」、「検査」及び「その他」欄について次に掲げるもののほか(16)、(20)、(22)から(25)、(27)から(29)及び(31)と同様であること。90日を超える期間一般病棟に入院している患者であつて特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの（平成18年厚生労働省告示第93号別表第四の第七号に該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に 「洗浄」 と、同別表第四の第八号に該当する患者について喀痰吸引を算定した場合は、「処置」欄に 「頻回」 と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。

- (34) 老人医療における「入院」欄について

次に掲げるものを除き、(32)と同様であること。この場合において、(32)の「ア、カ、コ及びサ中「療1、療2）」とあるのは「老療1、老療2」と、「療特1、療特2」とあるのは「老療特1、老療特2」と、「診療1」とあるのは「老診療1」と、「診療1特」とあるのは「老診1特」と、「療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の場合は」とあるのは「老人特定入院基本料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の場合は」と読み替えるものとする。

ア 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」に該当する場合は、「摘要」欄に「特」と記載し、該当しない場合は、「摘要」欄に「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。

イ 老人一般病棟入院医療管理料を算定した場合は、「特定入院料・その他」の項に「老入管」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

なお、当該入院医療管理料の算定開始日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、「摘要」欄に当該入院医療管理料の算定開始日を記載すること。また、当該入院医療管理料を算定した患者について、当該届出病棟（病床）から他の病棟（病床）に移動した場合には、当該移動した日及びその理由を「摘要」欄に記載すること。

ウ 診療所老人医療管理料を算定した場合は、「特定入院料・その他」の項に「診医療管」と表示して、合計点数（地域加算又は離島加算該当施設の場合はその加算点数を加えた点数）を記載すること。なお、当該管理料の算定開始日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、「摘要」欄に当該管理料の算定開始日を記載すること。

- (35) 「療養の給付」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公

費及び第2公費の療養の給付（医療の給付を含む。以下同じ。）に係る合計点数を記載すること。
なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る記載を省略しても差し支えないこと。

イ 医療保険（高齢受給者に係るものを除く。）に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ア) 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載すること。

(イ) 国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ 医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）及び老人医療に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ア) 「負担金額」の項は、一部負担金の支払いを受けた場合にはその金額を記載すること。なお、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

(イ) 「一部負担金額」の項は、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

(ウ) 健康保険法施行令第42条第2項第2号ロ、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の3第3項第2号ロ又は老人保健法施行令（昭和57年政令第293号）第15条第1項第1号ロの規定が適用される者の場合は、「負担金額」及び「一部負担金額」の項には、前各号により算定した額（この額に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

(エ) 健康保険法施行令第42条第2項第4号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第4号に掲げる者又は老人保健法施行令第15条第1項第4号に掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅰ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。

(オ) 健康保険法施行令第42条第2項第3号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第3号に掲げる者又は老人保健法施行令第15条第1項第3号に掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅱ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。

- (カ) 国民健康保険及び退職者医療の場合で、一部負担金の減免又は支払いが猶予される場合は、イの(イ)と同様とすること。
- (キ) 老人医療の場合で、老人保健法第28条第3項の規定に基づき市町村長から一部負担金の減免を受けた者の場合は、「減」又は「免」のいずれかを○で囲み、減額を受けた者の場合は減額後の一部負担金の金額を記載すること。
- (ク) 老人医療の入院分及び入院外分（在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定する場合に限る。）にあつて、保険者を変更したが、世帯に変更がない場合は、「摘要」欄に保険者の変更日を記載すること。

エ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金（標準負担額を含む。）の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合はウの(ア)又は(イ)により記載した額（標準負担額を含む。）を、金額の記載を要しないものの場合は10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額（標準負担額を含む。））を記載すること。ただし、障害者自立支援法による自立支援医療に係る患者の負担額（一部負担金）については、標準負担額を含まない額とすること。なお、老人医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と結核予防法による適正医療との併用の場合（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。）には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載すること。また、障害者自立支援法による自立支援医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、老人医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者自立支援法による自立支援医療との併用の場合（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。）には、10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、医療保険（高齢受給者に係るもの及び老人医療のうち、入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合を除く。）と結核予防法による適正医療との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

(36) 「食事」欄について

ア 「基準」の項には、算定した項目について次の略号を用いて記載すること。

Ⅰ（入院時食事療養Ⅰ）、Ⅱ（入院時食事療養Ⅱ）

イ 「基準」の項の右の項には、食事療養に係る1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別」の項の右の項に1食当たりの所定金額及び回数を記載し、食堂加算を算定した場合には、「食堂」の項の右の項に1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

ウ 老人医療に係る食事療養の内容が公費負担医療に係る食事療養の内容と異なる場合には、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

エ 月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があつた場合又は公費負担医療に係る食事療養の給付の内容が医療保険（老人医療を除く。）と異なる場合は、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

(37) 「食事療養」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る食事療養を行った回数及び当該食事療養に係る金額合計を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の金額合計は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る食事療養が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る「請求」の項の記載を省略して差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る請求金額が第1公費に係る請求金額と同じ場合は、第2公費に係る「請求」の項の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「0」と記載すること。

イ 「標準負担額」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費の食事療養に係る負担額を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の負担額は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る負担額が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る負担額が第1公費に係る負担額と同じ場合は、第2公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「0」と記載すること。

ウ 健康保険法施行令第42条第2項第4号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第4号に掲げる者又は老人保健法施行令第15条第1項第4号に掲げる者の場合は、(35)のウの(エ)と同様とする。

エ 健康保険法施行令第42条第2項第3号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第3号又は老人保健法施行令第15条第1項第3号に掲げる者の場合は、(35)のウの(オ)と同様とする。なお、入院日数が90日を超えた場合の特例の対象となる場合は、併せて「3月超」の字句を○で囲むこと。

(38) 「摘要」欄について

ア 介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に (介) と記載すること。また、介護保険の適用病床において、患者の急性増悪等により、緊急に診療を行った場合についても、同様とし、この場合においては、介護保険適用の病床において、医療保険からの給付が必要となった理由（急性肺炎の治療のためなど）を簡潔に記載すること。

イ 内訳を記載するに当たっては、項目との対応関係が明らかになるような形で記載すること。なお、診療項目名に代えて項目の番号を用いて差し支えないこと。この場合、「摘要」欄の左側点線内に当該番号を記載すること。

ウ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例；1社・国 1単独 1本入）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

エ 同一明細書において医療保険と公費負担医療の給付の内容が異なる場合又は医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合は、「摘要」欄に記載された内訳のうち、公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様であること。

なお、医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合において、「公費分点数」欄との対応が明らかである場合はアンダーラインを省略しても差し支えないこと。

(39) 「公費分点数」欄について

「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る請求点数を記載することとするが、併用する公費負担医療に係る請求点数が「初診」欄から「入院」欄のすべてに係る請求点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格に変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が「点数」欄に係る給付と異なる場合は、併用する公費負担医療に係る請求点数が「点数」欄に係る請求点数と異なることとなるので、この場合には「公費分点数」欄に当該公費負担医療に係る請求点数を必ず記載すること。この場合において、「点数」欄に係る請求点数と異なる公費負担医療が2種以上あるときは、「公費分点数」欄を縦に区分し、左から順次「第1公費」、「第2公費」の順で当該公費に係る請求点数を記載すること。

ただし、「点数」欄に係る請求点数と第1公費又は第2公費の請求点数が同じ場合は、縦に区分すること及び当該第1公費又は第2公費の請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(40) その他

ア 3種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について

特例的に、生活保護法、結核予防法及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号順等によらず、次の記載要領によること。

(7) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、結核予防法に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者自立支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

(4) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。

(9) 生活保護法に係る診療実日数は「診療実日数」欄の「保険」の項に、結核予防法に係る分は「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

なお、結核予防法又は障害者自立支援法に係る診療実日数が、生活保護法に係る診療実日数と同じ場合は、当該診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

(5) 「初診」欄から「入院」欄には生活保護法に係る回数及び点数を記載すること。

(6) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に結核予防法、右欄に障害者自立支援法に係る請求点数を記載することとするが、生活保護法に係る請求点数と同じ請求点数の公費負担医療がある場合は、縦に2区分すること及び当該請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(8) 生活保護法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事療養」欄の「保険」の項に、結核予防法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事療養」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事療養」欄の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

イ 医療保険と3種の公費負担医療の併用の者に係る記載要領の特例について

別添3「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第1公費」とし、後順位の公費負担医療を順次「第2公費」、「第3公費」として、第3公費に係る公費負担者番号、受給者番号及び診療実日数を、「摘要」欄に「第3公費」と表示して、次の略称

を用いて記載すること。また、第3公費に係る療養の給付の合計点数、負担金額、食事療養を行った日数及び当該療養に係る金額の合計額並びに標準負担額は、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄の「公費②」の項をそれぞれ上下に区分し、上欄には第2公費に係る事項を、下欄には第3公費に係る事項を記載すること。

なお、4種以上の公費負担医療の併用の場合においても、これに準じて記載すること。

公3（公費負担者番号）、受（受給者番号）、実（診療実日数）

ウ 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第6項に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に「長」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

エ 当該患者のうち慢性腎不全に係る自己連続携帯式腹膜灌流（CAPD）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方せんのみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合にあっては、「特記事項」欄に「長処」と記載すること。

オ 特定承認保険医療機関の承認に係る高度先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「高度」と記載するとともに、当該高度先進医療の名称及び当該高度先進医療について徴収した費用の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

カ 平成16年3月19日保医発第0319004号通知に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と記載すること。

なお、当該診療が同通知に規定する配置医師による場合は、「摘要」欄に「配」と表示して回数を記載すること。

また、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

キ 患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

ク 厚生労働大臣の定める選定療養第7号の規定に基づく薬事法に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求については、次に掲げる方法によること。

(ア) 1月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は1枚として請求すること。

(イ) 「特記事項」欄に「薬治」と記載すること。

(ウ) 治験依頼者の依頼による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

a 治験の依頼者の氏名及び連絡先

b 治験薬等の名称及び予定される効能効果

c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

(エ) 自ら治験を実施する者による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

a 治験責任医師の氏名及び連絡先

- b 治験薬等の名称及び予定される効能効果
 - c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）
- (ウ) 上記(ア)の場合であって、治験依頼者の依頼による治験においては、治験期間外に実施し請求の対象となる検査、画像診断、投薬及び注射（投薬及び注射については、当該治験の対象とされる薬物の予定されている効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係るものに限る。）について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。
- (エ) 上記(ア)の場合であって、自ら治験を実施する者による治験においては、治験期間外に実施し請求の対象となる投薬及び注射（当該治験の対象とされる薬物の予定されている効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係るものに限る。）について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。
- (オ) 特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。
- ケ 厚生労働大臣の定める選定療養第10号の規定に基づく薬事法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬請求については、次に掲げる方法によること。
- (ア) 1月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は1枚として請求すること。
- (イ) 「特記事項」欄に「材治」と記載すること。
- (ウ) 治験依頼者の依頼による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。
- なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。
- a 治験の依頼者の氏名及び連絡先
 - b 治験機械器具等の名称
 - c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機械器具等を用いた手術又は処置が行われた日
- (エ) 自ら治験を実施する者による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。
- なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。
- a 治験責任医師の氏名及び連絡先
 - b 治験機械器具等の名称
 - c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機械器具等を用いた手術又は処置が行われた日
- (オ) 上記(ア)の場合であって、治験依頼者の依頼による治験の場合においては、請求の対象となる検査、画像診断、処置及び手術について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。
- (カ) 治験依頼者の依頼による治験の場合であって、特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。
- コ 厚生労働大臣の定める選定療養第14号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、「摘

- 要」欄に「器選」と記載し、当該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。
- サ 老人医療の対象者において、公費負担医療のみの場合は、「特記事項」欄に「老保」と表示すること。
- シ 地方社会保険事務局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。
- ス 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。また、実施した検査、リハビリテーション又は精神科専門療法ごとに、「摘要」欄に「検選」、「リハ選」又は「精選」と記載し、併せて当該「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記載すること。

(4) 老人医療におけるその他

- ア 老人保健特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、老人保健法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に「長」と表示すること。ただし、患者が老人保健特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。
- イ 介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合は「老併」と、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合は「老健」と「特記事項」欄に記載すること。
- なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と、介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。
- ウ 老人被爆者の場合は、「摘要」欄右下に赤色で (原) の表示をすること。
- エ その他は、(40)のア、イ及びオからケまでと同様であること。

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第1 診療報酬請求書（医科・歯科、入院・入院外併用）の記載要領（様式第1（1））

Ⅱの第1の例によるものとする。

第2 診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載要領（様式第1（3））

1 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。したがって、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成すること。

なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

2 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例） 別記 社会保険庁長官
千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名、 印 」欄について

(1) 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、保険医療機関指定申請の際等、地方社会保険事務局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合には、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

(2) 「印」については、当該様式に、予め保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取扱うものであること。また、保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「医療保険」欄について

(1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添3「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

(2) 「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「合計」欄の点数の合計を記載すること。

また、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載すること。

ただし、「一部負担金」欄は、船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料に係るものに限り記載すれば足りるものとする。

なお、「医保単独（七〇以上九割）」欄、「医保単独（七〇以上八割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

(3) 「①合計」欄には、「医保（70以上9割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上九割）」

欄の「小計」欄と、「医保（70以上8割）と公費の併用」欄と「医保単独（70以上8割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（3歳）と公費の併用」欄と「医保単独（3歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「医保単独（70以上9割）」欄と、「医保単独（70以上8割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（70以上9割）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

7 「老人保健」欄について

- (1) 老人医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち老人医療に係る分及び老人医療単独の者に係る明細書について記載すること。

なお、老人被爆者に係るものについては、「老人単独」欄に記載すること。

- (2) 「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金（控除額）」欄については、6の(2)と同様であること。この場合、6の(2)中「医療保険」とあるのは「老人医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料」とあるのは「老人保健法第28条第3項の規定に基づく一部負担金の減額」と読み替えるものであること。

なお、「老人9割」欄の「小計」欄及び「老人8割」欄の「小計」欄には、それぞれの合計を記載すること。

- (3) 「②合計」欄には、「老人9割」欄の「小計」欄と、「老人8割」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「老人9割」欄と、「老人8割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「老人9割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

8 「公費負担分」欄の「公費と医保（老人）の併用」欄について

- (1) 医療保険又は老人医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添3「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、結核予防法と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（2種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書については、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。

- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「区分」欄の「③計」欄には、「公費と医保（老人）の併用」欄の件数を合計して記載すること。

9 「公費負担分」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、生活保護法以外の公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は別添3「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「点数」欄には明細書の「公費分点数」欄に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計し、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「区分」欄の「④計」欄には、「公費単独」欄の件数を合計して記載すること。

10 公費負担医療のみで2種の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る分については、「備考」欄に公費負担医療制度ごとに、制度の法別番号を記載し、各々について、件数、点数及び控除額を合計して記載すること。

11 「総件数①+②+③+④」欄について

「①合計」、「②合計」、「③計」及び「④計」欄の請求件数を合計した件数を記載すること。

なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合には「備考」欄に記載した件数をも合計すること。

12 「明細書枚数①+②+④」欄について

「①合計」、「②合計」及び「④計」欄の請求件数を合計した明細書の枚数を記載すること。

なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合には当該明細書の枚数をも合計すること。

13 「備考」欄について

老人被爆、老人保健と生活保護法の併用、老人保健と障害者自立支援法の併用又は老人保健と特定疾患治療研究事業の併用分については、次の要領で件数、日数等を記載すること。

区 分	件 数	日 数	一部負担金	控除額
43(老人被爆)				
12(生保)				
15(更生)				

51(特疾)				
--------	--	--	--	--

第3 歯科診療に係る診療報酬明細書の記載要領（様式第3）

1 歯科診療に係る診療報酬明細書の記載要領に関する一般事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとする。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。月の途中において市町村番号又は老人医療の受給者番号の変更があった場合、高齢受給者証又は老人医療受給者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。
- (4) 所定点数を予め印刷しておき、算定回数が月に1回と限られた項目を算定した場合には、当該項目の略称を○で囲み、複数回算定できる項目を算定した場合には、算定した回数を記載することでも差し支えないこと。また、予め印刷する点数を乳幼児加算、障害者加算又は歯科訪問診療時加算の加算後の点数としても差し支えないが、この場合、「特記事項」欄に「50/100」と記載するか、予め印刷しておくこと。
- (5) 電子計算機の場合は、以下によること。
 - ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えなく、記載しない欄については「×」を省略して差し支えないこと。
 - イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。
 - ウ 用紙下端の空白部分は、OCR処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。
 - エ 電子計算機用のOCR関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成9年8月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。
 - オ 記載する文字は、JISX0208において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

2 歯科診療に係る診療報酬明細書の記載要領に関する事項

- (1) 「平成 年 月分」欄について

診療月のみの記載で差し支えないこと。

なお、診療月の翌月以外の月に請求する明細書については、診療年月を記載すること。

(2) 「都道府県番号」欄について

昭和51年8月7日保発第45号、庁保発第34号の別表第2に掲げる都道府県番号表に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載すること。

(3) 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。

(4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

ア 「保険種別1」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。）	1	社・国
公費負担医療（健康保険、国民健康保険、老人医療又は退職者医療との併用の場合を除く。）	2	公費
老人医療	3	老人
退職者医療	4	退職

（注）退職者医療には、健康保険法附則第3条に規定する特定健保組合に係るものは該当しないこと。

イ 「保険種別2」欄については、「保険種別1」欄のそれぞれについて、以下の左の別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

単独	1	単独
1種の公費負担医療との併用	2	2併
2種以上の公費負担医療との併用	3	3併

（注）公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。）を含むこと。

ウ ア及びイについては、○で囲むことを省略しても差し支えないこと。

エ 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、3歳未満の患者は「4」、高齢受給者又は老人医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこととする。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「2」、被保険者（その他（3歳未満の患者及び高齢受給者を除く。））は「6」を○で囲むこととし、それ以外（3歳未満の患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「2 本外」（若しくは「2 本」）、「4 三外」（若しくは「4 三」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外9」（若しくは「8 高9」）又は「0 高外8」（若しくは「0 高8」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

2 本人外来

2 本外

- 4 3歳未満外来
6 家族外来
8 高齢受給者・老人医療9割給付外来
0 高齢受給者・老人医療8割給付外来

- 4 三外
6 家外
8 高外9
0 高外8

オ 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

(ア) 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

(イ) 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

(5) 「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号8桁（政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）については4桁、国民健康保険については6桁）を記載すること（別添2「設定要領」の第1を参照）。

イ 政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）及び船員保険については、当該被保険者及び被扶養者の管轄地方社会保険事務局長と当該保険医療機関の管轄地方社会保険事務局長とが同一である場合（以下(5)において「自県分の場合」という。）には、記載を省略して差し支えないこと。

ウ 日雇特例被保険者の保険については、自県分の場合は、頭初の2欄に法別番号を必ず記載し、他の記載は省略して差し支えないこと。

エ 前記により、「保険者番号」欄の記載は、次表のとおりとなること。

区 分	自県分の場合	他県分の場合
	法別 番号 都道府県 番 号 保険者別 番 号 検証 番号	法別 番号 都道府県 番 号 保険者別 番 号 検証 番号
政府管掌健康保険 （日雇特例被保険者の 保険を除く。）	（省略して差し支えないこと）	（空 欄）
船 員 保 険	（省略して差し支えないこと）	○ ○ ○ ○ ○
日雇特例被保険者の保険	○ ○ （省略して差し支えないこと）	○ ○ ○ ○ ○
そ の 他 の 健 康 保 険 退 職 者 医 療	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○
国 民 健 康 保 険	○ ○ ○	○ ○ ○

備考1 ○印のものは、必ず記載すること。

2 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

(6) 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、（ ）の中に給付割合を記載すること。

ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、船員保険被扶養者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。

イ 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「－」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。また、当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を（ ）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（ ）を省略しても差し支えないこと。

なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号・番号を記載すること。

(8) 「市町村番号」欄について

健康手帳の医療受給者証に記入されている市町村番号8桁を記載すること（別添2「設定要領」の第2を参照）。

(9) 「老人医療の受給者番号」欄について

健康手帳の医療受給者証に記入されている受給者番号7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第3を参照）。

(10) 「公費負担者番号」欄について

ア 医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記載すること（別添2「設定要領」の第2を参照）。

イ 別添3「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号」の項に（以下「公費負担者番号」の項に記載される公費負担医療を「第1公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「摘要」欄に（以下「摘要」欄に記載される公費負担医療を「第2公費」という。）記載すること。

ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第2公費として取り扱うものとする。

(11) 「公費負担医療の受給者番号」欄について

医療券等に記入されている受給者番号7桁を、第1公費については「公費負担医療の受給者番号」の項に、第2公費については「摘要」欄に記載すること（別添2「設定要領」の第3を参照）。

(12) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ 性別は該当するものを○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「1 男」、「2 女」と記載しても差し支えないこと。

ウ 生年月日は以下によること。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年を記載すること。

(イ) 月日の記載は省略して差し支えないが、6歳に満たないものについては、生まれた月も記載すること。また、年齢が算定要件となっている項目を算定する場合であって、生まれた年の記載のみでは要件に該当するか否かが明らかでない場合は、生まれた月も記載すること。

(ウ) 電子計算機の場合は、元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」と記載すること。また、生年月日を記載することが望ましいものであること。

(13) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、職務上の取扱いとなる場合のみ該当する番号を○で囲むこと。共済組合の船員組合員については、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲むこと。

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分についてはそれぞれ1枚、入院分については、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として1枚の明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(14) 「特記事項」欄について

次に掲げるもののほかは、Ⅱの第3の2の(15)と同様とすること。

4 0	50/100	乳幼児加算（5歳未満）、障害者加算又は歯科訪問診療時の加算を算定している明細書の場合
-----	--------	--

(15) 「届出」欄について

補綴物維持管理料の算定を選択している保険医療機関は、「補管」の字句を、歯科疾患総合指導料1の算定を選択している保険医療機関は、「総指1」を、歯科疾患総合指導料2の算定を選択している保険医療機関は「総指2」をそれぞれ○で囲むこと。

なお、電子計算機の場合、○に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないものであること。以下、字句を○で囲む場合及び○付きの略号を使用する場合も同様であること。

(16) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方社会保険事務局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

(17) 「傷病名部位」欄について

- ア 病名を同じくする歯又は部位を単位として記載すること。
- イ ブリッジの病名の記載に当たっては、部位は支台歯も含めた部位を、病名は欠損と記載し、支台歯を○で囲むこと。したがって、支台歯が齲蝕症等に罹患している場合には部位は重複して傷病名を記載すること。
また、健全歯を支台としてブリッジを製作するに当たりなんらかの理由により、健全歯に対し、抜髄処置を必要とした場合には、当該歯を◎で囲むこと。
- ウ 歯冠修復により隙を補綴した場合は、当該歯冠修復歯に△を付記すること。また、欠損でない1歯相当分の間隙のある場合に補綴を行った場合は、間隙を欠損とみなした傷病名とし、当該部位に△を記し、「摘要」欄にその旨を記載すること。
- エ 歯科矯正の病名の記載に当たっては、病名は主要な咬合異常の状態を記載し、併せて唇顎口蓋裂の裂型（顎変形症にあつては、頭蓋に対する上下顎骨の相対的位置関係の分類）等を記載すること。
- オ 齲蝕多発傾向者の病名の記載に当たっては、病名はC管理中と記載し、歯冠修復治療を行った歯牙を記載すること。なお、歯式については、乳歯及び永久歯について、それぞれ記載すること。
- カ 齲蝕に罹患している患者の指導管理に係る特定療養費を支給する患者の病名の記載に当たっては、病名はC特療と記載すること。
- キ 歯科疾患継続管理指導に係る歯科疾患継続指導料を算定する患者の病名の記載に当たっては、病名と併せて歯科疾患継続管理中と記載すること。
- ク 補綴物維持管理料を算定している保険医療機関において、補綴物維持管理料を算定した補綴物の再製作等（再装着、充填を含む。）を行う場合は、傷病名を「傷病名部位」欄に記載し、当該部位に対して補綴物維持管理料を算定した年月日及び補綴物の種類等を「摘要」欄に記載すること。
- ケ 傷病名の記載に当たり、傷病名が当該欄に書ききれない場合は、「摘要」欄に記載すること。

(18) 「診療開始日」欄について

- ア 当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載すること。ただし、「傷病名部位」欄が単一部位の場合であつて請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月中に治ゆ又は死亡したものについては、記載を省略しても差し支えないこと。
- イ 同月中に保険種別等の変更があつた場合には、その変更があつた日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。
- ウ 同一の患者に対する診療継続中に、当該保険医療機関において、開設者、名称、所在地等の変更があつた場合については、当該保険医療機関の診療内容の継続性が認められて継続して保険医療機関の指定を受けた場合を除き、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

(19) 「診療実日数」欄について

- ア 括弧外、括弧内及び「摘要」欄に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険、退職者医療及び老人医療をいう。以下同じ。）、第1公費及び第2公費に係る診療実日数を記載すること。
なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の診療実日数は、括弧内に記載すること。

ただし、第1公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る診療実日数を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る診療実日数が第1公費に係る診療実日数と同じ場合は、第2公費に係る診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 入院外分については、診療を行った日数（開放型病院共同指導（I）を行った日数を含む。）を記載すること。

ウ 電話等再診の実日数は1日として数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

エ 同一日に初診及び再診（電話等再診を含む。）が2回以上行われた場合の実日数は1日として数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

オ (18)のアのただし書きの場合、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、この場合においても、診療実日数は記載するものであること。

カ 同一日に複数科を受診した場合の初診料・再診料を算定しない科に係る診療実日数については、初診料・再診料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載するものとする。

キ 傷病手当金意見書交付料、訪問歯科衛生指導料等同一日に歯科医師の診療が行われない場合は、実日数として数えないこと。

(20) 「転帰」欄について

治ゆした場合には「治ゆ」の字句を、死亡した場合には「死亡」の字句を、中止又は転医の場合には「中止」の字句をそれぞれ○で囲むこと。

(21) 「初診」欄について

ア 診療時間内の初診の場合には点数のみを記載し、時間外、休日又は深夜の場合は該当文字を○で囲み当該加算点数を記載すること。

なお、時間外加算の特例を算定した場合は、通常的时间外加算と同様に記載し、「時間外」の字句の上に（特）と表示すること。また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に（特）と表示し、点数を記載することとして差し支えないこと。以下、字句の上に略号を記載する場合について同様であること。

イ 初診時において乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、障害者加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した場合は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「障」又は「障導」の項に当該加算点数を記載すること。

(22) 「再診」欄について

ア 再診があった場合には「再診」の項に点数及び回数を記載すること。なお、同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合には、「再診」欄の余白にその旨及び同一日に2回以上の再診を行った日を記載すること。

なお、電子計算機の場合は、その旨を「摘要」欄に記載することとして差し支えないこと。以下、余白に記載する場合について同様であること。

イ 時間外、休日又は深夜の場合は、該当文字を○で囲み、当該加算点数及び回数を記載すること。また、時間外加算の特例を算定した場合は、通常的时间外加算と同様に記載し、「時間外」の字

句の上に (特) と表示すること。

- ウ 乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算又は障害者加算を算定した場合は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」又は「障」の項に当該加算点数及び回数を記載すること。なお、月の途中から乳幼児加算等を算定しなくなった場合は、「再診」欄の余白にその旨及び算定しないこととなった日を記載すること。
- エ 歯科口腔衛生指導料を算定した場合には、「C指」の項に所定点数を記載すること。また、歯科口腔衛生指導料におけるフッ化物局所応用加算については、「F局」の項に当該加算点数を、フッ化物洗口指導加算については、「F洗」の項に当該加算点数を記載すること。
- オ 歯科疾患総合指導料、歯周疾患指導管理料又は歯科疾患継続指導料を算定した場合は、「総指」、「P指」又は「継続」の項に所定点数を記載する。また、歯科疾患総合指導料、歯周疾患指導管理料及び歯科疾患継続指導料に係る機械的歯面清掃加算を算定した場合においては、「歯清」の項に当該加算点数を記載すること。なお、機械的歯面清掃加算の算定が2回目以降の場合においては、「摘要」欄にその旨記載するとともに、前回行なった機械的歯面清掃の日付を記載すること。
- カ 歯科疾患総合指導料を算定した患者であって、治療計画に基づく一連の治療が終了した日から起算して3か月を超えた場合に、当該患者に対し再度、歯科疾患総合指導料を算定する場合は、「摘要」欄に当該患者の前回治療終了年月日を記載すること。
- キ 2回目以降の歯科疾患継続指導料の算定に当たっては、直近の歯科疾患継続指導料の算定年月日を「摘要」欄に記載すること。
- ク 歯科疾患継続指導料を算定した場合には、算定が1回目の場合には、歯科疾患継続管理診断料の算定年月日を、2回目の歯科疾患継続管理診断料の算定に基づく場合には、2回目の歯科疾患継続管理診断料の算定年月日を、「摘要」欄にその旨と併せて記載すること。なお、2回目の歯科疾患継続管理診断料に基づき歯科疾患継続指導料を算定する場合には、2回目の歯科疾患継続管理診断料に基づく旨を併せて「摘要」欄に記載すること。
- ケ 歯科疾患継続指導料の算定と併せて行なった歯周組織検査、初期齲蝕小窩裂溝填塞処置、スクレーリング等を算定した場合には、所定の記載方法により記載すること。なお、スクレーリングを行なった場合には、対象となった歯の部位を「摘要」欄に記載すること。
- コ 歯科衛生実地指導料を算定した場合には、「衛実」の項に所定点数を記載すること。
- サ 新製義歯指導料を算定した場合には、「義歯指」の項に所定点数を記載すること。
- シ 歯科治療総合医療管理料を算定した場合には、「医管」の項に、点数を記載すること。なお、算定に当たっては、主病に係る治療を行っている紹介元の保険医療機関の名称を記載すること。

(23) 「投薬・注射」欄について

- ア 内服薬を投与した場合は「内」の文字を、屯服薬を投与した場合は「屯」の文字を、外用薬を投与した場合は「外」の文字を、注射を行った場合は「注」の文字を、それぞれ○で囲み、使用薬剤の点数及び単位数又は回数を記載することとするが、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、使用薬剤の点数及び単位数又は回数は「摘要」欄に記載しても差し支えないこと。また、皮下筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合は、「注」欄に点数及び回数をそれぞれ記載し、その他の注射を行った場合は、全体の「その他」欄に注射の種類、点数及び回数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に注射の種別、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「投薬・注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。

イ 血漿成分製剤加算を算定した場合は、加算点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に **血漿** と表示して、1回目の注射の実施日を記載すること。

ウ 調剤料は、内服、屯服又は外用ごとに「調」の項にそれぞれ点数及び回数を記載し、「処方」の項は処方せんを交付しない場合において処方の点数及び回数を記載すること。

エ 使用薬剤の医薬品名、規格・単位（％、mL又はmg等）及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、投薬にあつては薬剤料に掲げる所定単位の、注射のうち皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈注射であつて入院中の患者以外の患者に対するものにあつては1回当たりの、それ以外の注射にあつては1日当たりの薬価がそれぞれ175円以下の場合は、使用薬剤の医薬品名・使用量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

オ 入院患者に対し退院時に投薬を行った場合には、「退院時 日分投薬」と余白に記載すること。

カ 調剤技術基本料を算定する場合は、全体の「その他」欄に「調基」と表示して点数を記載すること。なお、院内製剤加算を算定した場合は、**院** を表示して当該加算後の点数を記載すること。

キ 7種類以上の内服薬の投薬に係る処方せんを発行した場合は、余白に「処方せん」と表示して「処」欄にその点数及び回数を、その他の場合には、「処」欄にその点数及び回数を記載すること。

ク 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方又は調剤した場合は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載すること。

ケ 常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄に当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に **減** と表示すること。

コ 入院時食事療養費に係る食事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（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、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「摘要」欄に記載すること。

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。

サ 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であつて14日を超えて投与した場合は、当該長期投与の理由を「摘要」欄に記載すること。

シ 無菌製剤処理加算を算定した場合は、加算点数及び日数を全体の「その他」欄に記載し、無菌製剤処理加算である旨の **菌** を表示すること。

ス 処方料又は処方せん料において、乳幼児加算を算定した場合は、それぞれの「＋ ×」欄にその加算点数及び回数を記載すること。

セ 薬剤情報提供料を算定した場合は、「情」の項に点数及び回数を記載することとするが、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、点数及び回数は「摘要」欄に記載しても差し支えないこと。

ソ 注射に当たって特定保険医療材料を使用した場合は、(25)のナの(ウ)の例により全体の「その他」欄に記載すること。

タ 特定疾患処方管理加算を算定した場合は、疾患名、加算点数及び回数を全体の「その他」欄に記載し、処方期間が28日以上の場合は「特処長」、それ以外の場合は「特処」と表示すること。

チ 厚生労働大臣の定める選定療養第11号又は第13号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のウの例により「摘要」欄に「薬選」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(24) 「X線・検査」欄について

ア 全顎撮影を行った場合は「全顎」の項にフィルム使用枚数及びその合計点数を記載し、全顎撮影以外で標準型フィルムを使用して撮影を行った場合は「標」の項のうち所定点数を算定した場合は左欄に、症状の確認を行った場合は右欄にそれぞれ点数及び回数を記載し、パノラマX線撮影を行なった「パ」の項のうちオルソパントモ型フィルムであって、15センチメートル×30センチメートルの場合は左欄に、20.3センチメートル×30.5センチメートルの場合は右欄にそれぞれの点数及び回数を記載すること。

イ スタディモデルは「模」の項に点数及び回数を記載すること。ただし、歯科疾患総合指導料の算定時に用いたスタディモデルの費用は、歯科疾患総合指導料の所定点数に含まれるため、当該欄には記載しないこと。

ウ カラー写真等により、歯科疾患の状態を患者に示した場合は、「写」の項に所定点数及び枚数を記載すること。ただし、歯科疾患総合指導料の算定時に用いた口腔内カラー写真の費用は、歯科疾患総合指導料の所定点数に含まれるため、当該欄には記載しないこと。

エ 電氣的根管長測定検査は、「EMR」の項にそれぞれ左から単根管、2根管、3根管、4根管の順に所定点数及び回数を記載すること。

オ 歯内療法における細菌簡易培養検査は「S培」の項に、所定点数及び回数を記載すること。

カ 歯科疾患継続管理診断料を算定した場合には、「継管診」の項に、所定点数を記載し、「摘要」欄にその旨及び歯科疾患継続管理診断料を算定した月日、歯科疾患総合指導料の一連の治療計画に基づく治療が終了した年月日を併せて記載すること。

キ ブリッジにおける平行測定は、「平測」の項のうち、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合は上欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合は下欄に、それぞれの点数及び回数を記載すること。

ケ 歯周組織検査における歯周基本検査及び歯周精密検査を算定した場合には、それぞれ「基本検査」欄及び「精密検査」欄のうち、左欄の上から1歯以上10歯未満、10歯以上20歯未満、20歯以上の順にそれぞれ所定点数及び回数を記載し、歯周組織検査を2回以上行った場合、2回目以後の点数はそれぞれ該当する検査欄のうち右欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた所定点数及び回数を、下段に2回以上行った場合の2回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載することとして差し支えないこと。

コ 「その他」欄について

(ア) 標準型以外のフィルムを使用して撮影を行った場合は、使用フィルムの種類、点数及び回数を、診断のみの場合は点数及び回数をそれぞれ記載すること。その他の画像診断については、画像診断の種類、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。

- (イ) 画像診断管理加算を算定した場合は、画診加と表示し所定点数を記載すること。
- (ウ) 遠隔画像診断を行った場合は、遠画診と表示し所定点数を記載すること。
- (エ) 新生児又は3歳未満の乳幼児加算を算定した場合は、(ア)にかかわらず画像診断の種類、当該加算後の点数及び回数を記載すること。
- (オ) 記載の欄が示されていない各種の検査は、当該欄に名称、点数及び回数を記載すること。検査に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。
- (カ) デジタル映像化処理加算を算定した場合は、歯科エックス線撮影の場合は「デ」、歯科パノラマ断層撮影の場合は「パデ」、その他の場合は、「他デ」と表示し、それぞれ加算点数を加算した所定点数及び回数を記載すること。
- (キ) 基本的エックス線診断料を算定した場合は、「基エ」と表示し、入院日数及び点数を次の例により記載すること。

〔記載例〕

「基エ」 (15日) 825

- (ク) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、合計点数のみを「その他」欄に記載し、それ以外は「摘要」欄に記載することとして差し支えないこと。以下「その他」欄において同様とすること。

(25) 「処置・手術」欄について

- ア 齲蝕処置は「う処」欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、算定に当たっては、算定部位を「摘要」欄に記載すること。
- イ 歯髄覆罩のうち、直接歯髄覆罩を行った場合は「覆罩」欄の左欄に、間接歯髄覆罩を行った場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。なお、直接歯髄覆罩を行なった場合においては、直接歯髄覆罩を行なった歯の部位及び直接歯髄覆罩を行なった年月日を「摘要」欄に記載すること。
- ウ 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置は「填塞」欄に材料料を合算した点数及び回数を記載すること。
- エ 歯冠修復物又は補綴物の除去のうち簡単なものを行った場合は「除去」欄の左欄に、困難なものを行った場合は中欄に、根管内ポストを有する鑄造体の除去を行った場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。
- オ 知覚過敏処置は「知覚過敏」欄のうち3歯までの場合は左欄に、4歯以上の場合は右欄にそれぞれの所定点数及び回数を記載すること。
- カ ラバーダム防湿法を行った場合のラバーの費用は、「ラバー」欄に所定点数及び回数を記載すること。
- キ 歯周疾患において咬合調整を行った場合は、1歯から10歯の場合は「咬調」欄の左欄に、10歯以上の場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。なお、歯冠形態修正を行なった場合は、歯冠形態修正を行なった歯の部位を「摘要」欄に記載すること。
- ク 抜髄は、「抜髄」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に所定点数及び回数を記載すること。また、直接歯髄覆罩を行った日から起算して1月以内に実施した時の減算を行う場合は、「その他」欄に抜直と表示して、減算する点数及び回数を記載すること。
- ケ 感染根管処置は「感染根処」欄に、根管貼薬処置は「根管貼薬」欄に、根管充填は「根充」欄に、それぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に所定点数及び回数を記載すること。なお、

- 拔牙を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行なった場合又は拔牙を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行なった場合は、「摘要」欄にその旨及び根管拡大又は根管貼薬をおこなった歯の部位を記載すること。
- コ 同時に抜髄及び根管充填を行った場合は、「抜髄即充」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に、抜髄の所定点数及び根管充填の所定点数を合算した点数及び回数を記載すること。
- サ 同時に感染根管処置と根管充填を行った場合は、「感根即充」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に、各所定点数の合算点数及び回数を記載すること。
- シ 加圧根管充填加算については、「加圧根充」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に、加算点数及び回数を記載すること。
- ス 生活歯髄切断は、「生切」の項の上欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、乳歯及び永久歯の歯根完成期以前の歯髄の場合には、所定点数と加算点数を合計した点数及び回数を下欄に記載すること。
- セ 失活歯髄切断は、「失切」の項に所定点数及び回数を記載すること。
- ソ 歯周基本治療におけるスケーリングは、「スケーリング」欄に所定点数及び回数を記載し、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、「+ ×」欄に3分の1顎を増すごとの加算点数及び回数を記載すること。
- タ 歯周疾患処置は、「P処」欄に点数及び回数を記載すること。また、「その他」欄に部位及び使用した薬剤の名称を記載すること。なお、特定薬剤を算定した場合においては、部位のみの記載でよいこと。
- チ 歯周基本治療におけるスケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）は、それぞれ「SRP」欄及び「P C u r」欄のうち、「前」欄に前歯、「小」欄に小臼歯、「大」欄に大臼歯の順に所定点数及び回数を記載すること。なお、同一部位に対して再度の歯周基本治療を行った場合においては、「摘要」欄に再度、歯周基本治療を行った内容（区分の名称）及び部位を記載すること。
- ツ 各種膿瘍の切開を行った場合は、「切開」欄に点数及び回数を記載すること。
- テ 拔牙は「拔牙」欄のうち乳歯は「乳」欄に、前歯は「前」欄に、臼歯は「臼」欄に、難拔牙は「難」欄に、埋伏歯は「埋」欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。また下顎完全埋伏智歯（骨性）及び下顎水平埋伏智歯に係る加算については「+ ×」の項に、それぞれ加算点数及び回数を記載すること。なお、脳貧血等、患者の体調の急変によりやむを得ず拔牙を中止した場合は、「摘要」欄に拔牙が中止となった理由を記載すること。
- ト 区分「I 1 0 0」又は「J 3 0 0」により特定薬剤を算定する場合には、その医薬品名、使用量、点数及び回数を「特定薬剤」欄に記載すること。
- ナ 「その他」欄について
- (ア) 処置及び手術であって該当する記載欄を設けていないもの及び該当欄に記載しきれない場合については、その処置及び手術の名称、点数及び回数を記載すること。
 - (イ) 診療時間以外、休日又は深夜加算を算定する処置及び手術については、その内容、点数及び回数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合においても、その内容、点数及び回数を記載すること。
 - (ウ) 手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、以下のように記載すること。
 - a 手術、処置、検査等の名称は告示名又は通知名を使用する。

算又は障害者加算等を算定する麻酔を行った場合は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載すること。

ウ 「その他」欄について

(ア) 区分「K 1 0 0」により麻酔薬剤を請求する場合はその医薬品名、点数及び回数を記載すること。

(イ) 吸入鎮静法については、「I S」と記載し、所定点数及び回数を記載すること。なお、使用麻酔薬名、使用量及び点数を記載すること。

また、使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方社会保険事務局長に届け出た購入単価（単位 銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位 リットル）を記載すること。また、酸素の費用に係る請求については、Ⅱの第3の2(28)のウのgと同様とする。

(ウ) 伝達麻酔、浸潤麻酔、圧迫麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔については、その麻酔名、点数、回数及び使用麻酔薬名、使用量、点数を記載すること。

(エ) 診療時間以外、休日又は深夜加算等を算定する麻酔料については、その内容、点数及び回数を記載すること。

なお、時間外加算の特例を算定した場合も同様に、その内容、点数及び回数を記載すること。

(27) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ア 各欄に点数を記載する場合、技術料及び材料料を合算した点数（乳幼児加算又は障害者加算等を算定した場合は、当該加算点数を更に合算した点数）及び回数を記載すること。ただし、有床義歯、床裏装、床修理については、技術料、材料料及び装着料を合算した点数及び回数を記載すること。また、充填については、技術料と充填材料料を別欄に記載すること。

なお、装着材料料については「装着材料」欄に、人工歯料については「人工歯」欄に点数及び回数を記載すること。

イ 補綴時診断料は「補診」欄に所定点数を記載すること。なお、再度の診断を行なった場合は、算定年月日及び理由を「摘要」欄に記載すること。

ウ 補綴物維持管理料については、「維持管理」欄の左から単冠、支台歯及びポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下のブリッジ、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上のブリッジの順にそれぞれ所定点数及び回数を記載すること。

エ 「印象」欄について

印象採得を行った場合は、それぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載すること。

オ 咬合採得を行った場合は、「咬合」欄にそれぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載すること。

カ 仮床試適及びワンピースキャストブリッジの試適を行った場合は、「試適」欄にそれぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載すること。

キ 「歯冠形成」欄について

(ア) 生活歯歯冠形成については、「(生活)」の項のうち、前装鑄造冠及び前歯部の4分の3冠の場合は「前鑄ジ」の項の上欄に、その他の鑄造冠及びジャケット冠の場合は「前鑄ジ」の項の下欄に、乳歯冠の場合は「乳」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

(イ) 失活歯歯冠形成については、「(失活)」の項のうち、前装鑄造冠及び前歯部の4分の3冠の場合は「前鑄ジ」の項の上欄に、その他の鑄造冠及びジャケット冠の場合は「前鑄ジ」の項の下欄に、乳歯冠の場合は「乳」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。また、前装鑄

造冠、鑄造冠及びジャケット冠の場合において、メタルコアにより支台築造した歯に対するものの加算については「+ ×」の項にその加算点数及び回数を記載すること。

(ウ) 窩洞形成については、「(窩洞)」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

(エ) 齶蝕歯即時充填形成を行った場合は、「充填」の項に点数及び回数を記載すること。

また、継続的な歯科医学的な管理に係る加算については、「+ ×」の項にその加算点数及び回数を記載すること。

(オ) 齶蝕歯インレー修復形成を行った場合は、「修形」の項に点数及び回数を記載すること。

ク 「充填」欄について

(ア) 充填に係る技術料（エナメルエッチング法加算、エナメルボンディング法加算及び金属小釘を除く。）については単純なものは右欄に、複雑なものは左欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

(イ) 充填に際して「充填材料」欄には、歯科用充填材料Ⅰを用いた場合は「充Ⅰ」の項に、歯科用充填材料Ⅱを用いた場合は「充Ⅱ」の項に、歯科用充填材料Ⅲを用いた場合は「充Ⅲ」の項に、それ以外の材料を用いた場合には「その他」の項に、それぞれ使用した材料の名称又はその略称、充填材料の点数及び回数を記載すること。

(ウ) 上記(イ)の略称は、光重合型レジン、光重合型複合レジン強化ガラスアイオノマー及び初期齶蝕小窩裂溝充填塞材の場合は「光」、ガラスアイオノマーセメントの場合は「グ」、複合レジンの場合は「複」、歯科用硅酸セメント及び硅磷酸セメントの場合は「硅」、銀錫アマルガムの場合は「ア」と記載すること。

(エ) エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法加算については、「E E」欄に加算点数及び回数を記載すること。

ケ 充填物の研磨を行った場合は、「研磨」欄に点数及び回数を記載すること。

コ 「支台築造」欄について

(ア) 支台築造のうちメタルコアを行った場合は、上欄に、小臼歯及び前歯については「メタル」の項の「前小」欄に、大臼歯については「メタル」の項の「大」欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

(イ) その他の支台築造を行った場合は、小臼歯及び前歯については「その他」の項の「前小」欄に、大臼歯については「その他」の項の「大」の欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

サ 「リテイナー」欄について

「リテイナー」欄については、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合は上欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

シ 「鑄造歯冠修復」欄について

(ア) 乳歯、前歯及び小臼歯を銀合金を用いて鑄造歯冠修復を行なった場合は、「乳前小銀」欄の左からインレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠、5分の4冠、全部鑄造冠及び前装鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

(イ) 前歯及び小臼歯を鑄造用金銀パラジウム合金を用いて鑄造歯冠修復を行なった場合は、「前小パ」欄の左からインレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠、5分の4冠、全部鑄造冠及び前装鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

(ウ) 前歯及び小臼歯を鑄造用ニッケルクロム合金を用いて鑄造歯冠修復を行なった場合は、「前

小二」欄の左からインレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯 4 分の 3 冠、5 分の 4 冠、全部鑄造冠及び前装鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

- (エ) 大臼歯を鑄造用金銀パラジウム合金を用いて鑄造歯冠修復を行なった場合は、「大パ」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5 分の 4 冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び全部鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。
- (オ) 大臼歯を鑄造用銀合金を用いて鑄造歯冠修復を行なった場合は、「大銀」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5 分の 4 冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び全部鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。
- (カ) 大臼歯を鑄造用ニッケルクロム合金を用いて鑄造歯冠修復を行なった場合は、「大二」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5 分の 4 冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び全部鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。
- (キ) 歯科鑄造用 14 カラット金合金を用いて鑄造歯冠修復を行なった場合は、「14K」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5 分の 4 冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び全部鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。
- (ク) 可動性連結装置を行った場合は、当該装置を装着した歯牙に対する鑄造歯冠修復の記入欄に、(ア)とは別に点数及び回数を記載すること。
- (ケ) 装着材料料については、「装着材料」欄に点数及び回数を記載すること。

ス 「仮」欄について

ワンピースキャストブリッジの仮着については、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が 5 歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が 6 歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

セ 「ジ」欄、「硬ジ」欄及び「乳」欄について

- (ア) ジャケット冠については、「ジ」欄に人工歯料を除いた点数及び回数を記載すること。
- (イ) 硬質レジンジャケット冠については、「硬ジ」欄に上欄に光重合硬質レジンのもの、下欄に加熱重合硬質レジンのものの順にそれぞれ点数及び回数を記載すること。
- (ウ) 乳歯金属冠を行なった場合は、「乳」欄に点数及び回数を記載すること。

ソ 「ポンティック」欄について

- (ア) 鑄造ポンティック（ダミー）については「鑄造」の欄のうち、大臼歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ大」の項に、小臼歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ小」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」の項に、銀合金を用いて製作した場合は「銀」の項に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。
- (イ) 裏装ポンティック（ダミー）については、「裏装」の欄のうち、金銀パラジウム合金の前歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作を行なった場合は「パ前」の項に、小臼歯に対して金銀パラジウム合金を用いて製作を行なった場合は「パ小」の項に、歯科鑄造用 14 カラット金合金を用いて製作した場合は「14K」の項に、その他の合金及び金属裏装を行わない場合については「他」の項に、それぞれ人工歯料を除いた点数及び回数を記載すること。
- (ウ) 前装鑄造ポンティック（ダミー）については「前装」欄のうち、鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」の項に、銀合金を用いて製作した場合は「銀」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

タ 「Br 装着」欄について

ブリッジを装着した場合の装着料については「Br装着」欄のうち、その他のブリッジについては上欄に、ワンピースキャストブリッジについては支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合は中欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

チ 「装着」欄について

歯冠修復物を装着した場合は、点数及び回数を記載すること。

ツ 「有床義歯」欄について

有床義歯については、該当する項に点数及び床数を記載すること。

テ 「床裏装」欄について

有床義歯床裏装を行った場合については該当する項に点数及び床数を記載すること。

ト 「床修理」欄について

有床義歯の修理を行った場合は、1～8歯欠損の場合は上欄に、9～14歯の場合は中欄に、総義歯の場合は下欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。

ナ 「人工歯」欄について

人工歯料については、点数及び回数を記載すること。なお、電子計算機の場合、「人工歯」欄の記載に当たっては、上欄左から右へ、書ききれないときは中欄及び下欄へ順次、点数及び回数を記載すること。

ニ 「バー」欄について

鑄造バーについては「鑄」欄のうち、鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」の項にそれぞれ点数及び回数を記載すること。屈曲バーについては「屈曲」欄のうち、パラタルバーを製作した場合は「パ上」の項に、屈曲バーのリングルバーを製作した場合は「下」の項に、不銹鋼及び特殊鋼による屈曲バーを製作した場合は「不特」の項に、保持装置を使用した場合は「保」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

ヌ 「鑄造鉤」欄について

- (ア) 歯科鑄造用14カラット金合金による鑄造鉤を製作した場合は「14K」欄に、鑄造用金銀パラジウム合金で製作した場合は「パ」欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。
- (イ) 前(ア)の場合の「14K」欄及び「パ」欄は、上から大・小臼歯の双歯鉤、犬歯・小臼歯の双歯鉤、大臼歯の両翼鉤（レスト付き）、犬歯・小臼歯の両翼鉤（レスト付き）、前歯（切歯）の両翼鉤（レスト付き）を記載すること。
- (ウ) 鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」欄に点数及び回数を記載すること。
- (エ) 前(ウ)の場合の「ニ」欄は、双歯鉤の場合は上欄に記載し、両翼鉤（レスト付き）の場合は下欄に記載すること。

ネ 「線鉤」欄について

- (ア) 歯科用14カラット金合金鉤用線を用いて製作した場合は「14K」欄に、不銹鋼及び特殊鋼を用いて製作した場合は「不・特」欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。
- (イ) 前(ア)の場合の「14K」欄は、双歯鉤の場合は上欄に記載し、両翼鉤（レスト付き）の場合は下欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。
- (ウ) 前(ア)の場合の「不・特」欄は、双歯鉤の場合は上欄に、両翼鉤（レスト付き）の場合は左下欄に記載し、両翼鉤（レスト無し）の場合は右上欄に、フック、スパーの場合は右下欄のそれ

ぞれ点数及び回数を記載すること。

ノ 「修理」欄について

有床義歯修理及び有床義歯床裏装以外の修理を行った場合は、点数及び回数を記載すること。

ハ 「義歯調整」欄について

有床義歯の調整を行った場合は、点数を記載し、あわせて、有床義歯製作の場合は「新製」、有床義歯床裏装の場合は「床裏装」と記載すること。また、咬合機能回復が困難な者に対する加算を算定した場合は、「+」の項に加算点数を記載すること。

ただし、新製義歯調整料の算定が、新製義歯の装着の翌月である場合は、「摘要」欄に新製した義歯の部位及び月日を記載すること。また、新製義歯調整料を算定した月の翌月に有床義歯調整料を算定する場合においては、「摘要」欄に新製義歯を装着した月日を記載すること。

ヒ 「その他」欄について

(ア) 熱可塑性樹脂有床義歯等記載の欄が示されていない各種の歯冠修復及び欠損補綴は当該欄に、それぞれ名称、部位、点数及び回数を記載すること。

(イ) 歯科訪問診療時に周辺装置加算を算定した場合は、エアータービン及びその周辺装置はタービンと、歯科用電気エンジン及びその周辺装置はエンジンと表示し、それぞれ点数及び回数を記載すること。

なお、同日に周辺装置を使用する処置又は手術を行った場合に当該処置若しくは手術が主たるものであるときは「処置・手術」欄の「その他」欄にのみタービン又はエンジンと記載すること。

(ウ) 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合は、有床義歯修理の点数の100分の50に相当する点数と装着料を合算した点数を記載すること。なお、請求時に新たに製作した有床義歯の装着年月日を併せて記載すること。

(エ) 充填に際し金属小釘を使用した場合は、釘と記載し点数及び回数を記載すること。

(オ) 脱離又は修理したブリッジを再装着した場合の装着料は、その他のブリッジ、ワンピースキャストブリッジについては支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合に分けて、Br再装と表示し、部位、点数及び回数を記載すること。

(カ) 脱離した歯冠修復物の再装着を行った場合は、再装と表示し、部位、点数及び回数を記載すること。

(28) 全体の「その他」欄について

ア 在宅医療、リハビリテーション、入院等については、診療行為、点数及び回数を記載すること。

イ 開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した場合は、開Ⅰ又は開Ⅱと表示し、回数及び合計点数を記載し、開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合は入院日を「摘要」欄に記載すること。

ウ 歯科訪問診療1又は2を算定した場合は、点数及び回数を記載すること。緊急、夜間若しくは深夜加算、患家診療時間加算又は地域医療連携体制加算がある場合は、その旨、当該加算を加算した点数及び回数を記載すること。なお、「摘要」欄には、訪問診療を行った日付、開始した時刻及び終了した時刻、訪問先及び通院困難となった理由を記載すること。また、複数の患者に歯科訪問診療2を算定した場合は、1人目の患者に限り1人目と記載すること。歯科訪問診療料1又は2の費用を算定できない場合であっても、訪問歯科診療を行なった日時、開始した時刻

及び終了した時刻、訪問先並びに通院困難となった理由をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。

なお、特別歯科訪問診療料を算定する場合はその旨を記載し、「摘要」欄に滞在時間を記載すること。同一月内に歯科訪問診療とそれ以外の外来分の診療がある場合には、それぞれを明確に区分できるように「摘要」欄に記載すること。

エ 訪問歯科衛生指導料を算定した場合は、複雑なもの及び簡単なものを区分し、それぞれ点数及び回数を記載し、「摘要」欄に日付、訪問先、通院が困難な理由、指導の開始及び終了時刻を記載すること。

なお、訪問歯科衛生指導料を算定した月と同一月に歯科訪問診療料の算定がない場合には、直近の歯科訪問診療を行った月日を記載すること。

オ 老人訪問口腔指導管理料を算定した場合は、全体の「その他」欄に「訪問口腔」と表示して、点数及び算定日を記載し、「摘要」欄に訪問先、通院困難な理由及び指導の実施時刻を記載する。

カ 歯科矯正に係る費用の請求に当たっては、各区分の名称、点数及び回数を記載すること。なお、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料の最初に算定した年月日を診断料の名称に合わせて「摘要」欄に記載すること。また、顎変形症の手術前後の歯科矯正治療については、口腔の医療を担当する保険医療機関の名称を記載すること。

キ 歯科矯正における印象採得、咬合採得、床装置、リンガルアーチ及び鉤を算定する場合は、「簡単」、「困難」、「著しく困難」又は「複雑」等の区別を記載すること。

ク 歯科矯正における帯環及びダイレクトボンドブラケット並びに可撤式装置及び固定式装置は、各々の所定点数と装着料を合算した点数により記載すること。

ケ 歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定する場合は、歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法及び保定の開始の区別を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した年月日を記載すること。

コ 歯科矯正管理料を算定する場合は、歯科矯正管理料を算定した年月日と動的処置又はマルチブラケット法の開始の年月日を記載すること。

サ 予測模型を算定する場合は、予測歯数を記載すること。

シ 動的処置を算定する場合は、動的処置を算定した年月日と動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日及び同一月内における算定の回数を記載すること。

ス マルチブラケット装置を算定する場合は、ステップ名及びそのステップにおける回数を記載すること。

セ 装置を撤去した場合は、撤去の費用が算定できない場合であっても、撤去した装置の名称を記載すること。

ソ 特定保険医療材料料を算定する場合において、装着材料、スクリュー、バンド、ブラケット、チューブ、矯正用線、不銹鋼、特殊鋼等を使用したときには、特定保険医療材料に掲げる名称を記載すること。

タ 診療情報提供料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した場合は（情Ⅰ）又は（情Ⅱ）と表示して、点数を記載し、「摘要」欄にその算定日を記載すること。なお、診療情報提供料（Ⅰ）の加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に退院日を記載するとともに、併せて（情Ⅰ加）と表示すること。

また、保険医療機関以外の機関へ情報提供を行った場合は、「摘要」欄にその情報提供先を記載すること。

チ 歯科特定疾患療養管理料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、手術前医学管

理料、手術後医学管理料、開放型病院共同指導料、退院前訪問指導料、薬剤管理指導料、診療情報提供料及び傷病手当金意見書交付料を算定した場合は、全体の「その他」欄に当該項目及び点数を記載すること。

ツ 歯科特定疾患療養管理料を算定した場合は、**（特疾）**と表示して点数を記載すること。共同療養指導計画加算を算定した場合は、**（共計）**と表示して点数を記載し、併せて「摘要」欄に共同療養指導計画を共同して策定した保険医療機関及び主治の医師の氏名を記載すること。。また、退院前訪問指導料を算定した場合は、**（退前）**と表示して点数を記載すること。

なお、退院前訪問指導料を2回算定した場合は、「摘要」欄に各々の訪問指導日を記載すること。

テ 薬剤管理指導料を算定した場合は、**（薬管）**と表示し総点数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、**（薬管）**に併せて**（麻加）**と表示すること。

ト 傷病手当金意見書交付料を算定した場合は**（傷）**と表示して、点数及び交付年月日を記載すること。ただし、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には、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察を開始した日を、「傷病名部位」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。

ナ 特定薬剤治療管理料を算定した場合は、**（薬）**と表示して、点数及び初回の算定年月を記載すること。

なお、4月目以降の特定薬剤治療管理料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こと。

ニ 悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、**（悪）**と表示して、点数を記載すること。この場合、行った腫瘍マーカーの検査名を「摘要」欄に記載すること。

ヌ 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、「訪問薬剤」と表示し、回数及び総点数を記載すること。また、麻薬加算を算定した場合は「訪問薬剤」に併せて**（麻）**を表示すること。

ネ 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合は、**（前）**と表示して点数を記載すること。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は、総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。

ノ 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合は、**（在悪）**と表示して点数を記載すること。携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ**（携ポ）**又は**（悪ポ）**と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅悪性腫瘍患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。

ハ 手術前医学管理料及び手術後医学管理料を算定した場合は、「手前」及び「手後」と表示し、それぞれ点数を記載すること。

ヒ 短期滞在手術基本料を算定した場合は、「短手1」又は「短手2」と表示し、併せて当該点数、手術日及び手術名を記載すること。

フ 補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した場合は、診療行為名並びに所定点数の100分の70に相当する点数及び回数を記載すること。

ヘ 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合における療養担当手

当を算定した場合は、「療担手当」と表示して点数を記載すること。

ホ 睡眠時無呼吸症候群の治療として口腔内装置治療を行った場合は、「睡眠時無呼吸」と表示し、床副子、印象採得、咬合採得、装着の点数をそれぞれ記載すること。

また、睡眠時無呼吸症候群の口腔内装置治療の紹介元保険医療機関名について、「摘要欄」に記載すること。（医科歯科併設の病院で行われた場合は、院内紹介元の担当科名を記載すること。）

マ 「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は、次の例により「摘要」欄に「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〕

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） 100×18

実施日数 3日

（リハ選）

脳血管疾患等リハビリテーション料 1,000円×1

(29) 「摘要」欄について

ア 介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に ① と記載すること。

イ 第8部処置の通則「6」、第9部手術の通則「9」又は第10部麻酔の通則「4」の規定により時間外加算（時間外加算の特例を含む。）、休日加算又は深夜加算を算定したときは、処置名、手術名又は麻酔名及び加算の種類を記載すること。

ウ 抜歯に当たって、長時間普通以上の苦心にかかわらず不成功に終わった場合で抜歯料を算定した場合は、その旨を記載すること。

エ 欠損歯数と補綴歯数が異なり、算定点数が異なる場合は、その旨を記載すること。

オ 残根上に義歯を装着した場合は、その旨を記載すること。

カ 地方社会保険事務局長に事前に模型等を提出した上でブリッジを製作した場合は、その旨を記載すること。

キ 歯冠修復物又は欠損補綴物の完成後1か月以上経過したにもかかわらず患者が来院しない場合であって、当該歯冠修復物又は欠損補綴物を算定したときは、「平成 年 月分」欄は製作月を記載し、「診療実日数」欄は0とし、「転帰」欄は中止とし、該当する記載欄には装着料を含まない点数及び回数を記載し、「摘要」欄に ② と記載すること。

ク 人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合にはその旨を記載すること。

ケ 電話等再診について再診料を算定した場合は、その回数を再掲すること。

コ 暫間根管充填を行った場合又は暫間根管充填後に根管充填を行った場合は、それぞれ行った月日及びその旨を記載すること。

サ 暫間充填を行なった場合は、暫間充填を行なった月日及びその旨を記載すること。

シ 前回有床義歯を作製してより6か月が経過していない場合において、新たに有床義歯を作製した場合はその理由を記載すること。

ス 歯科訪問診療を行った場合は、訪問診療を行った日付、開始した時刻及び終了した時刻、訪問先及び通院困難となった理由を記載すること。また、特別歯科訪問診療料を算定した場合は滞在

- 時間を記載すること。同一月内に歯科訪問診療とそれ以外の外来分の診療がある場合には、それぞれを明確に区分できるように記載すること。
- セ 歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算の算定を行った場合は、地域医療連携体制加算に係る連携保険医療機関名を記載すること。
- ソ 訪問歯科衛生指導料を算定した場合は、日付、訪問先、通院が困難な理由、指導の開始及び終了時刻を記載すること。
- なお、訪問歯科衛生指導料を算定した月と同一月に歯科訪問診療料の算定がない場合には、直近の歯科訪問診療を行った月日を記載すること。
- タ 短期滞在手術基本料を算定した場合は、当該手術日を記載すること。
- チ 歯科疾患継続指導料の算定を行った場合、前回の歯科疾患継続指導料の算定日を記載すること。ただし、初回の算定については、歯科疾患継続指導料の算定日を記載すること。
- ツ 歯科特定疾患療養管理料の共同療養指導計画加算の算定を行った場合は、共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医の氏名及び所属保険医療機関名を記載すること。
- テ 歯科治療総合医療管理料の算定を行った場合は、当該主病に係る紹介元保険医療機関名を記載すること。
- ト 1 歯に複数窩洞の充填を行った場合は、当該歯の部位を記載すること。
- ナ 歯科矯正に係る費用の請求に当たっては、主要な咬合異常の起因となった疾患名(別に厚生労働大臣が定める疾患)及び当該疾患に係る育成医療及び更生医療を担当する連携医療機関名を記載すること。
- ニ 歯科疾患総合指導料を算定した患者であって、算定要件を満たし再度の歯科疾患総合指導料を算定する場合には、当該患者の前回治療終了年月日を記載すること。ただし、前回治療終了年月日から1年以上経過した場合にはこの限りでない。
- ヌ 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、所定点数及び回数を記載すること。なお、算定に当たっては治療年月日、治療時間、治療内容(使用機器名等を含む。)等を併せて記載すること。
- ネ 開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行なった場合は、所定点数及び回数を記載すること。なお、算定に当たっては、治療実施月日、訓練時間、訓練内容(使用器具名等を含む。)等を併せて記載すること。
- ノ 摂食機能療法を行なった場合には、所定点数及び回数を記載すること。なお、算定に当たっては、摂食機能療法の治療年月日、治療時間、治療内容(使用器具名等を含む。)等を併せて記載すること。
- ハ 心身医学療法を行なった場合には、所定点数及び回数を記載すると。なお、心身医学療法を行なった治療年月日、実施時間、連携医療機関名を併せて記載すること。
- ヒ デブリードマンを繰り返し算定する場合は、植皮等範囲(全身に占める割合)を記載すること。
- フ 皮膚移植術の算定に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の「摘要」欄に皮膚提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。
- ヘ メタルコアによる支台建築物を再装着した場合は、メタコアを再装着した部位を記載すること。
- ホ 有床義歯では目的が達せられないか或いは嚥下吸引等の事故を起こす恐れが極めて高い場合であって、ブリッジを行なう以外に方法が無いときには、社会保険事務局長に当該ブリッジの製作の適否を決するために製作した、スタディモデルの製作を行なった場合は、算定の理由を簡潔に

記載すること。

- マ 犬歯のポンティック（ダミー）が必要な場合で、中切歯がすでにブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を変更する場合には、中切歯の状態等を記載すること。
- ミ 側切歯及び犬歯、或いは犬歯及び第一小臼歯の２歯欠損であって、犬歯が低位唇側転移していたため間隙が１歯分しかない場合であってポンティック（ダミー）１歯のブリッジの設計とした場合には、低位唇側転移の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。
- ム 地方社会保険事務局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するスタディモデル及びエックス線フィルム又はその複製の費用を算定するに当たっては、算定の理由を記載すること。
- メ 口蓋補綴、顎補綴を算定する場合には、患者の口腔内の状態、製作した装置の設計等を記載すること。
- モ エナメルボンドシステムにより暫間固定を行なった場合は、固定を行なった部位及びその方法を記載すること。
- ヤ 歯内療法では治療ができなかった根尖病巣を有する保存が可能な大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合は、部位、算定理由を記載すること。
- ユ 請求に際して、特に説明が必要と判断される内容については、当該欄に簡潔に記載すること。
- ヨ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書と同じ大きさの用紙（用紙の色は白色で可とする。）に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別番号（例；１社・国 １単独 ２本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第１公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

(30) 「点数」欄について

「初診」欄から全体の「その他」欄までのそれぞれの合計点数を記載すること。

医療保険と公費負担医療の併用の場合は、「点数」欄を縦に区分して、左欄から順に医療保険に係る請求点数、第１公費に係る請求点数、第２公費に係る請求点数を記載することとするが、公費負担医療に係るすべての請求点数が医療保険に係る請求点数と同じ場合は、「点数」欄を縦に区分して、当該公費負担医療に係る請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が医療保険と異なる場合は、公費負担医療に係る請求点数が医療保険に係る請求点数と異なることとなるので、この場合には、「点数」欄を縦に区分して、公費負担医療に係る請求点数をも必ず記載すること。

公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様とすること。

(31) 「合計」欄について

請求する医療保険に係る合計点数を記載すること。

(32) 「一部負担金額」欄について

ア 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診

時における一部負担金の金額を記載すること。

イ 国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ 老人医療の場合で、老人保健法第28条第3項の規定に基づき市町村長から一部負担金の減免を受けた者の場合は、「減」又は「免」のいずれか該当する字句を○で囲み、減額を受けた者の場合は減額後の一部負担金の金額を記載すること。

(33) 「公費分点数」欄について

「請求」の項には第1公費に係る合計点数を記載すること。なお、第2公費に係る合計点数がある場合は、括弧書きで記載すること。

ただし、第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。

(34) 「患者負担額（公費）」欄について

医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、障害者自立支援法による自立支援医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載すること。

ただし、医療保険と結核予防法による適正医療との併用の場合には、当該公費に係る負担額は「患者負担額（公費）」欄には記載することを要しないこと。

(35) その他

ア 歯科の入院に係る費用の請求に当たっては、原則として医科入院の明細書を使用すること。

この場合、当該明細書の「保険種別1」欄の左の欄の「1 医科」を「3 歯科」と訂正すること。

また、その記載に当たっては、医科の記載要領に準拠して記載し、「歯冠修復及び欠損補綴」等歯科独自の診療行為については「摘要」欄に診療行為名、点数及び必要事項を記載すること。

イ 「処置・手術」等のうち、該当する記載欄を設けていないが頻度の高いものについては、「処置・手術」等の「その他」欄に予め印刷することは差し支えないこと。

ウ 特定承認保険医療機関の承認に係る高度先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「高度」の表示を記載するとともに、当該高度先進医療の名称及び当該高度先進医療について徴収した費用の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

エ 平成16年3月19日保医発第0319004号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と表示すること。

なお、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

オ 公費負担医療のみの場合において、請求点数を老人医療の診療報酬点数表による場合は、「特記事項」欄に「老保」と表示すること。

カ 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第6項に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に「長」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

キ 患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

ク 老人被爆者の場合は、「摘要」欄右下に赤色で (原) の表示をすること。

ケ 厚生労働大臣の定める選定療養第14号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(4)のロの例により「摘要」欄に「器選」と記載し、当該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。

コ 地方社会保険事務局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

サ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。また、実施したリハビリテーションごとに、「摘要」欄に「リハ選」と記載し、併せて当該「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記載すること。

Ⅳ 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第1 調剤報酬請求書に関する事項（様式第4）

1 「平成 年 月分」欄について

調剤年月を記載すること。したがって、調剤年月の異なる調剤報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの調剤年月分について調剤報酬請求書を作成すること。なお、調剤年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

2 「薬局コード」欄について

それぞれの薬局について定められた薬局コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例） 別記 社会保険庁長官

千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

調剤報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名、印」欄について

- (1) 保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名については、保険薬局指定申請の際等に地方社会保険事務局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については開設者から調剤報酬につき委任を受けている場合は、保険薬局の管理者の氏名であっても差し支えないこと。
- (2) 「印」については、当該様式に、予め保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取り扱うものであること。また、保険薬局自体で調剤報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労をはぶくため、保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「医療保険」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添3「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「処方せん受付回数」欄には明細書の受付回数の合計を、「点数」欄には明細書の「請求」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を記載すること。

なお、「医保単独（七〇以上九割）」欄、「医保単独（七〇以上八割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

- (3) 「①合計」欄には、「医保（七〇以上九割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上九割）」欄の「小計」欄と、「医保（七〇以上八割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上八割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（三歳）と公費の併用」欄と「医保単独（三歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「医保単独（七〇以上九割）」欄と、「医保単独（七〇以上八割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上九割）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

7 「老人保健」欄について

- (1) 老人医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち老人医療に係る分及び老人医療単独の者

に係る明細書について記載すること。

なお、老人被爆者に係るものについては、「老人単独」欄に記載すること。

- (2) 「件数」欄、「処方せん受付回数」欄、「点数」欄については、6の(2)と同様であること。この場合、6の(2)中「医療保険」とあるのは「老人医療」と読み替えるものであること。

また、「一部負担金（控除額）」欄については、老人保健法第28条第3項の規定に基づく一部負担金の減額に係るものに限り記載すれば足りるものとする。

なお、「老人九割」欄の「小計」欄及び「老人八割」欄の「小計」欄には、それぞれの合計を記載すること。

- (3) 「②合計」欄には、「老人九割」欄の「小計」欄と、「老人八割」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「老人九割」欄と、「老人八割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「老人九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費と医保（老人）の併用」欄について

- (1) 医療保険又は老人医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には、区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添3「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、結核予防法と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (5) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

9 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。

公費負担医療が2種の場合、例えば、結核予防法第34条と生活保護法に係る分とを併せて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載して当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、結核予防法及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、1枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、2件ないし3件となること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「請求」欄の「公費②」の項の記載を省略した明細書については、請求欄の「公費①」の項に記載した点数が、当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合には、生活保護法に係る点数は「請求」欄の「保険」の項の点数をも合計して記載すること。

10 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る請求分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添3「法別番号及び制度の略称表」により示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「①」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計し、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

11 「③合計」欄について

「公費と医保（老人）の併用」、「公費と公費の併用」及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

12 「総件数①+②+③」欄について

「①合計」、「②合計」及び「③合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

13 「備考」欄について

老人被爆、老人保健と結核予防法の併用、老人保健と生活保護法の併用、老人保健と障害者自立支援法の併用、老人保健と特定疾患治療研究事業の併用分については、次の要領で件数、処方せん受付回数等を記載すること。

区 分	件 数	処方せん受付回数	一部負担金	控除額
43(老人被爆)				
10(結核)				
12(生保)				
15(更生)				
21(精神通院)				
51(特疾)				

14 その他

- (1) 請求に係る月の処方せん受付回数を「備考」欄に記載すること。
- (2) 服薬情報提供料、服薬指導情報提供加算又は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月とその基となる調剤月が異なる場合は、「処方せん受付回数」は調剤月について計上すること。また、分割調剤、服薬情報提供料、服薬指導情報提供加算又は在宅患者訪問薬剤管理指導料のみの算定を行っている場合は、「件数」としては1件、「受付回数」としては0件として計上すること。

第2 調剤報酬明細書の記載要領（様式第5）

1 調剤報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとすること。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 同一患者につき、同一医療機関の保険医が交付した処方せんに係る調剤分については、一括して1枚の明細書に記載すること。ただし、歯科と歯科以外の診療科の処方せんについては、それぞれ別の明細書に記載すること。
- (4) 1枚の処方せんの使用期間が次月にまたがる場合については、当該処方せんに係る調剤実行為を行った月の調剤分として請求すること。
- (5) 服薬情報提供料及び服薬指導情報提供加算は、算定の対象となる情報提供を実施した月の分として請求すること。
- (6) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、算定の対象となる訪問薬剤管理指導を実施した月の分として請

求すること。

- (7) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。月の途中において市町村番号若しくは老人医療の受給者番号の変更があった場合、高齢受給者証又は老人医療受給者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も同様とすること。
- (8) 1枚の明細書に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、調剤年月、薬局コード、患者氏名、保険種別（例：1社・国 1単独 2本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。
- (9) 電子計算機の場合は、以下によること。
- ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢より○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えないこと。
- イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。
- ウ 用紙下端の空白部分は、OCR処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。
- エ 電子計算機用のOCR関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成9年8月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。
- オ 記載する文字は、JISX0208において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

2 調剤報酬明細書に関する事項

- (1) 「平成 年 月分」欄について
調剤月のみの記載で差し支えないこと。
なお、調剤月の翌月以外の月に請求する明細書については、調剤年月を記載すること。
- (2) 「都道府県番号」欄について
昭和51年8月7日保発第45号、庁保発第34号の別表第2に掲げる都道府県番号表に従い、保険薬局の所在する都道府県の番号を記載すること。
- (3) 「薬局コード」欄について
それぞれの薬局について定められた薬局コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。
- (4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

ア 「保険種別 1」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち 1 つを○で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。） 1 社・国

公費負担医療（健康保険、国民健康保険、老人医療又は退職者医療との併用の場合を除く。） 2 公費

老人医療 3 老人

退職者医療 4 退職

（注）退職者医療には、健康保険法附則第 3 条に規定する特定健保組合に係るものは該当しないこと。

イ 「保険種別 2」欄については、「保険種別 1」欄のそれぞれについて、以下の左の別に応じ、右の番号のうち 1 つを○で囲むこと。

単独 1 単独

1 種の公費負担医療との併用 2 2 併

2 種以上の公費負担医療との併用 3 3 併

（注）公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。）を含むこと。

ウ ア及びイについては、○で囲むことを省略しても差し支えないこと。

エ 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち 1 つを○で囲むこと。なお、3 歳未満の患者は「4」、高齢受給者及び老人医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこととする。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「2」、被保険者（その他（3 歳未満の患者及び高齢受給者を除く。））は「6」を○で囲むこととし、それ以外（3 歳未満の患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「2 本外」（若しくは「2 本」）、「4 三外」（若しくは「4 三」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外 9」（若しくは「8 高 9」）又は「0 高外 8」（若しくは「0 高 8」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

2 本人外来 2 本外

4 3 歳未満外来 4 三外

6 家族外来 6 家外

8 高齢受給者・老人医療 9 割給付外来 8 高外 9

0 高齢受給者・老人医療 8 割給付外来 0 高外 8

オ 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

(ア) 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

(イ) 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

(5) 「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号 8 桁（政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。

）については 4 桁、国民健康保険については 6 桁）を記載すること（別添 2 「設定要領」の第 1

を参照)。

イ 政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）及び船員保険については、当該被保険者及び被扶養者の管轄地方社会保険事務局長と当該保険薬局の管轄地方社会保険事務局長とが同一である場合（以下(5)において「自県分の場合」という。）には、記載を省略して差し支えないこと。

ウ 日雇特例被保険者の保険については、自県分の場合は、頭初の2欄に法別番号を必ず記載し、他の記載は省略して差し支えないこと。

エ 前記により、「保険者番号」欄の記載は、次表のとおりとなること。

区 分	自県分の場合	他県分の場合
	法別 番号 都道府県 番 号 保険者別 番 号 検証 番号	法別 番号 都道府県 番 号 保険者別 番 号 検証 番号
政府管掌健康保険 (日雇特例被保険者の保険を除く。)	(省略して差し支えないこと)	○ ○ ○ ○ (空 欄)
船 員 保 険	(省略して差し支えないこと)	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
日雇特例被保険者の保険	○ ○ (省略して差し支えないこと)	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
そ の 他 の 健 康 保 険 退 職 者 医 療	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
国 民 健 康 保 険	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

備考1 ○印のものは、必ず記載すること。

2 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

(6) 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、（ ）の中に給付割合を記載すること。

ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 被保険者証等の「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄の記号及び番号を記載すること。

イ 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「－」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番

号を記載すること。また、当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を（ ）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（ ）を省略しても差し支えないこと。

(8) 「市町村番号」欄について

健康手帳の医療受給者証に記入されている市町村番号 8 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 2 を参照）。

(9) 「老人医療の受給者番号」欄について

健康手帳の医療受給者証に記入されている受給者番号 7 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 3 を参照）。

(10) 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

ア 調剤券等に記入されている公費負担者番号 8 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 2 を参照）。

イ 別添 3「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療を「第 1 公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担医療を「第 2 公費」という。）記載すること。

ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第 1 公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第 2 公費として取り扱うものとする。

(11) 「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について

調剤券等に記入されている受給者番号 7 桁を、第 1 公費については「公費負担医療の受給者番号①」欄に、第 2 公費については「公費負担医療の受給者番号②」欄に記載すること（別添 2「設定要領」の第 3 を参照）。

(12) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ 性別は該当するものを○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「1 男」、「2 女」と記載しても差し支えないこと。

ウ 生年月日は以下によること。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年を記載すること。

(イ) 月日の記載は省略して差し支えないが、6 歳に満たないものについては、生まれた月も記載すること。

(ウ) 電子計算機の場合は元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」と記

載すること。また、生年月日を記載することが望ましいものであること。

(13) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、職務上の取扱いとなる場合のみ該当するものを○で囲むこと。
共済組合の船員組合員については、下船後 3 月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後 3 月以内」の番号を○で囲むこと。

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、それぞれ 1 枚の明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

1 職上（職務上）、 2 下 3（下船後 3 月以内）、 3 通災（通勤災害）

(14) 「特記事項」欄について

該当するものについては、Ⅱの第 3 の 2 の(15)と同様とすること。

(15) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について

ア 保険薬局指定申請の際等に地方社会保険事務局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

イ 麻薬を調剤した場合は、麻薬小売業の免許番号を欄の下部に「麻：○○○○○○○○○号」と記載すること。

(16) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

処方せんを発行した保険医が診療に従事する保険医療機関の所在地及び名称を処方せんに基づいて記載すること。

なお、電子計算機の場合は、例外的に所在地及び名称をカタカナで記載しても差し支えないこと。

(17) 「保険医氏名」欄について

処方せんを発行した保険医である医師又は歯科医師の姓名を記載すること。

なお、同一医療機関で同一患者に対し、異なる医師又は歯科医師が処方せんを発行した場合には、当該欄に当該保険医の姓名を 1 の項から順番に記載すること。処方せんを発行した医師又は歯科医師の数が 10 人を超えた場合は、「摘要」欄に 11 以降の番号を付して医師又は歯科医師の姓名を記載すること。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には姓と名の間にスペースをとること。

(18) 「受付回数」欄について

ア 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険、退職者医療及び老人医療をいう。以下同じ。）、第 1 公費及び第 2 公費に係る処方せんの受付回数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第 1 公費の処方せんの受付回数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第 1 公費に係る処方せんの受付回数が医療保険に係るものと同じ場合は、第 1 公費に

係る処方せんの受付回数を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る処方せんの受付回数が第1公費に係る処方せんの受付回数と同じ場合は、第2公費に係る処方せんの受付回数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に交付された処方せんを同一日に受け付けた場合は、複数診療科に係るものであっても枚数にかかわらず受付回数は1回となること。ただし、歯科診療に係る処方せんとそれ以外の処方せんについてはこの限りでない。また、長期投薬に係る分割調剤、服薬情報提供及び在宅患者訪問薬剤管理指導は、受付回数としては計上しないこと。

(19) 「医師番号」欄から「加算料」欄について

「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合であっても、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。結核予防法と生活保護法との併用の場合は生活保護法に係る調剤が該当するものであること。

(20) 「医師番号」欄について

当該処方せんを発行した医師又は歯科医師の「保険医氏名」欄の該当番号を記載すること。ただし、処方せんを発行した医師又は歯科医師が1枚の明細書において1名の場合は、番号の記載を省略しても差し支えないこと。

(21) 「処方月日」欄について

処方せんが交付された月日を記載すること。

(22) 「調剤月日」欄について

保険薬剤師が調剤した月日を記載すること。

なお、「処方月日」欄の月と調剤した月とが同一の場合は、月の記載を省略しても差し支えないこと。

(23) 「処方」欄について

ア 所定単位（内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く。以下同じ。）及び一包化薬にあつては1剤1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、湯薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）ごとに調剤した医薬品名、用量（内服薬については、1日用量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については、投薬全量、屯服薬については1回用量）、剤形及び用法（外用薬については、省略して差し支えない。また、注射薬については、以下の例により記載する。）を記載し、次の行との間を線で区切ること。

〔記載例〕

「注射」

〇〇注（医薬品名） 300単位 1筒

1日2回（朝10単位、夜13単位）

なお、浸煎薬及び湯薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せて記載すること。

また、一包化薬の調剤時に一包化薬の投薬日数を超えて一包化薬に含まれる内服薬が調剤された場合は、「〇〇日分の一包化薬調剤後」と記載すること。

ただし、服用時点が同一であっても投薬日数が異なる内服薬に係る調剤及び同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、それぞれ別の欄（線により区切られた部分をいう。以下同じ。）に記載すること。

イ 異なる調剤日に調剤を行った場合又は同一処方を異なった医師が発行した場合であっても、調剤数量以外の処方内容が同一である場合には1欄の記載のみで差し支えないこと。

ウ 医薬品名は原則として調剤した薬剤の名称、剤形及び含量を記載すること。

エ 剤形は「内服」、「内滴」、「屯服」、「浸煎」、「湯」、「一包」、「注射」、「外用」と記載すること。

オ 医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局については、所定単位当たりの薬剤料が175円以下の場合は医薬品名、規格、用量の記載を省略しても差し支えないが、剤形及び用法は記載すること。

なお、次の場合は医薬品名、規格、用量、剤形、用法を記載するものであること。

(ア) 嚥下困難者用製剤加算、自家製剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算、計量混合調剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）及び後発医薬品調剤加算を算定した場合

(イ) 同一処方せんにより、2以上の医薬品を用いて内服薬を調剤した場合であって、別剤として調剤料を算定した場合

カ 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器、万年筆型インスリン注入器用注射針、万年筆型ヒト成長ホルモン剤注入器用注射針、自己連続携行式腹膜灌流に用いる腹膜透析液交換セット、在宅中心静脈栄養法に用いる在宅中心静脈栄養用輸液セット及び在宅成分栄養経管栄養法に用いる在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル）を支給した場合は、他の処方とは別の欄に名称及び本数又はセット数を記載すること。この場合、剤形は「材料」とすること。また、支給月日は「調剤月日」欄に、支給回数は「調剤数量」欄に、単位材料料は「単位薬剤料」欄に、材料料は「薬剤料」欄にそれぞれ記載すること。

キ 同一明細書の同一「処方」欄において、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、当該「処方」欄の公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。

ク 電子計算機の場合は、カタカナで記載しても差し支えないこと。

ケ 厚生労働大臣の定める選定療養第11号又は第13号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のウの例により「薬選」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(24) 「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の1単位（内服薬及び一包化薬にあつては1剤1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、湯薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）当たりの薬剤料を記載すること。

なお、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、行を改めて公費負担医療に係る薬剤料を記載し、当該薬剤料にアンダーラインを付すか、又はその左側に「＊」を付すこと。

(25) 「調剤数量」欄について

ア 「処方」欄記載の処方内容に係る調剤の単位数（内服薬及び一包化薬にあつては投薬日数、内服薬、浸煎薬、湯薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあつては調剤回数）を調剤月日ごとに記載すること。

イ 分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に（分）の記号を付すこと。

また、電子計算機の場合は、（分）に代えて「B」と記載することも差し支えないものであること。

(26) 「調剤料」欄について

「処方」欄に掲げる調剤を行った際の調剤数量に応じた調剤料の点数を記載すること。ただし、調剤料が算定できない場合は、「0」を記載すること。

なお、内服薬及び一包化薬の分割調剤を同一薬局において行う場合には、第1回目の調剤から通算した日数に対応する調剤料から前回までに請求した調剤料の点数を減じた点数を記載すること。

(27) 「薬剤料」欄について

「処方」欄の所定単位当たりの薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数を記載すること。

(28) 「加算料」欄について

ア 嚥下困難者用製剤加算、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、自家製剤加算、計量混合調剤加算、予製剤加算、無菌製剤処理加算又は後発医薬品調剤加算を算定する場合は、当該欄に（困）、（麻）・（向）・（覚原）・（毒）、（時）、（休）、（深）、（特）、（自）、（計）、（予）、（菌）又は（後発）の記号を付して加算点数（無菌製剤処理加算においては加算点数に日数を乗じた点数）の合計点数を記載すること。

ただし、同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、これに該当する場合であっても、これらの加算はどちらか1欄にのみ記載すること。

イ 調剤基本料に対応する加算点数については本欄には記載しないこと。

ウ 電子計算機の場合は、（麻）等の○を省略して記載しても差し支えないこと。以下、（麻）等の記号を使用する場合について同様であること。

エ 1行で記載できない場合は、同欄において行を改めて記載しても差し支えないこと。

(29) 「公費分点数」欄について

ア 「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る調剤報酬点数を記載することとするが、調剤報酬点数が「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

イ 医療保険と併用される公費負担医療において、医療保険単独の処方の場合は「公費分点数」欄には、0と記載すること。なお、公費負担医療の併用の場合も同様とすること。

ウ 「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と異なる公費負担医療が2種以上あるときは、「公費分点数」欄を縦に区分し、左から順次「第1公費」、「第2公費」の順で当該公費に係る調剤報酬

点数を記載すること。なお、「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ調剤報酬点数の公費負担医療がある場合は、縦に区分すること及び調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(30) 「摘要」欄について

- ア 介護保険に相当するサービスを行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に (介) と記載すること。
- イ 時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例を算定した場合は当該調剤を行った調剤月日及び調剤時間等当該加算を算定した事由が明確にわかるよう記載すること。
- ウ 自家製剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のときはその事由を記載すること。
- エ 同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、自家製剤加算及び計量混合調剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のときはその事由を記載すること。
- オ 配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合には、その理由を記載すること。
- カ 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認められ、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与された場合は、処方せんの備考欄に記載されている長期投与の理由を転記すること。
- キ 調剤を行っていない月に服薬情報提供料若しくは服薬指導情報提供加算又は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、情報提供又は訪問の対象となる調剤の年月日及び投薬日数を記載すること。
- ク 長期投薬情報提供料2を算定する場合は、指導の対象となる調剤の年月日、投薬日数及び服薬期間中に行った指導日を記載すること。
- ケ その他請求内容について特記する必要がある場合はその事項を記載すること。

(31) 「調剤基本料」欄について

「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る調剤基本料（基準調剤の届け出を行った場合にあっては、調剤基本料に基準調剤加算1又は2を加算した点数。以下、調剤基本料において同じ。）に処方せん受付回数を乗じた点数及び分割調剤を行った場合は、分割調剤の回数に5点を乗じた点数を合算した点数を記載すること。

また、記載した点数の上部に該当する調剤基本料について、調剤基本料の場合は「基」及び注1に該当する場合は「基注」と記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(29)のウに準じること。

(32) 「時間外等加算」欄について

- ア 調剤基本料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例が算定される場合は、(時)、(休)、(深) 又は (特) の記号を「保険」の項の上欄に記載すること。
- イ 「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第

2 公費に係る時間外等の加算点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(29)のウに準じること。

(33) 「薬学管理料」欄について

ア 「保険」の項の上欄には、算定した薬学管理料（薬学管理料の加算を含む。以下同じ。）の記号と回数を下記により記載すること。

(ア) 薬剤服用歴管理料を算定した場合は、その回数を記載すること。また、服薬指導加算、麻薬管理指導加算又は重複投薬・相互作用防止加算（処方変更あり）若しくは重複投薬・相互作用防止加算（処方変更なし）を算定した場合は、薬剤服用歴管理料の回数の次に（指）、（麻）、（防A）又は（防B）の記号を付してそれぞれの回数を記載すること。

(イ) 薬剤情報提供料を算定した場合は、（薬）の記号を付してその回数を記載すること。

(ロ) 長期投薬情報提供料1又は長期投薬情報提供料2を算定した場合は、それぞれ（長A）又は（長B）の記号を付してその回数を記載すること。

(エ) 後発医薬品情報提供料を算定した場合は、（後）の記号を付してその回数を記載すること。

(オ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、（訪）の記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、（訪）に併せて（麻）の記号を付してその回数を記載すること。なお、月に2回以上算定する場合は、それぞれ算定の対象となる訪問指導を行った日を記載すること。

(カ) 調剤情報提供料を算定した場合は、（調）の記号を付してその回数を記載すること。

(キ) 服薬情報提供料を算定した場合は、（服）の記号を付してその回数を記載すること。また、服薬指導情報提供加算を算定した場合は、（服）に併せて（服指）の記号を付してその回数を記載すること。

イ 「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る薬学管理料の合計点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(29)のウに準じること。

ウ 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する薬学管理料又は加算の記号及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「薬学管理料」欄に記載すること。

(34) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

ア 「請求」欄には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る合計点数（「調剤報酬点数」欄、「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄の合計をいう。(35)において同じ。）を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 「一部負担金額」欄については、以下によること。

(ア) 国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

(イ) 老人医療の場合で老人保健法第28条第3項の規定に基づき市町村長から一部負担金の減免を受けた者の場合は、「減」又は「免」のいずれか該当する字句を○で囲み、減額を受けた者の場合は減額後の一部負担金の金額を記載すること。

(ウ) 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、障害者自立支援法による自立支援医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載すること。

ただし、医療保険と結核予防法又は障害者自立支援法との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

(35) その他

ア 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第6項に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に「長」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

イ 特例的に、生活保護法、結核予防法及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号等によらず、次の記載要領によること。

(ア) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、結核予防法に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者自立支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

(イ) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。

(ウ) 生活保護法に係る処方せん受付回数は「受付回数」欄の「保険」の項に記載し、結核予防法に係る分は「受付回数」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「受付回数」欄の「公費②」の項に記載すること。

(エ) 生活保護法に係る調剤基本料は「調剤基本料」欄の「保険」の項に記載し、結核予防法に係る分は「調剤基本料」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「調剤基本料」欄の「公費②」の項に記載すること。

(オ) 生活保護法に係る調剤基本料の時間外等加算は「時間外等加算」欄の「保険」の項に記載し、結核予防法に係る分は「時間外等加算」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「時間外等加算」欄の「公費②」の項に記載すること。

(カ) 生活保護法に係る薬学管理料は「薬学管理料」欄の「保険」の項に記載し、結核予防法に係る分は「薬学管理料」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「薬学管理料」欄の「公費②」の項に記載すること。

(キ) 「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、生活保護法に係る医師番号等を記載すること。

(ク) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に結核予防法、右欄に障害者自立支援法に係る調剤報酬点数を記載することとするが、生活保護法に係る調剤報酬点数と同じものがある場合は、縦

に2区分すること及び当該調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(ケ) 生活保護法に係る合計点数は「請求」欄の「保険」の項に、結核予防法に係る合計点数は「請求」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る合計点数は「請求」欄の「公費②」の項に記載すること。

ウ 老人被爆者の場合は、「摘要」欄右下に赤色で (原) の表示をすること。

エ 厚生労働大臣の定める選定療養第14号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(40)のロの例により「摘要」欄に「器選」と記載し、当該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。

V その他の事項

- 1 当分の間、「保険種別1」及び「保険種別2」欄の記載について漏れがあっても、原則として審査支払機関から返戻しないものとする。
- 2 当分の間、歯科診療報酬に係る請求以外については、従来の様式を取り繕って使用することができるものであること。ただし、特段の事情がない限り速やかに改正後の様式を用いること。
- 3 「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」（平成18年厚生労働省令第62号）による改正前の様式により請求（歯科診療報酬に係る請求を除く。）を行う場合、今般の診療報酬点数表の改正により新たに記載が必要となる事項については、本通知による改正後の記載要領によること。

診療録等の記載上の注意事項

第1 一般的事項

- 1 診療録、歯科診療録及び処方せん（以下「診療録等」という。）の様式については、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」（昭和32年厚生省令第15号）によるものであること。
- 2 処方せんの用紙は、A列5番とすること。なお、診療録及び歯科診療録の用紙については、用紙の大きさに特段の定めはないが、A列4番とすることが望ましいものであること。
- 3 医療保険単独の者に係る診療録等については公費負担医療に係る欄は空欄のままとし、公費負担医療単独の者に係る診療録等については療養の給付に係る欄は空欄のままとして差し支えないこと。
- 4 特定承認保険医療機関における特定療養費に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのは「特定承認保険医療機関」と、公費負担医療に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのはそれぞれの公費負担医療の担当医療機関と、「保険医氏名」とあるのはそれぞれの公費負担医療の担当医氏名と読み替えるものであること。

第2 診療録等の記載上の注意事項（共通）

- 1 「公費負担者番号」欄について
 - (1) 医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記載すること（別添2「保険者番号、市町村・公費負担者番号・老人医療・公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領（以下「設定要領」という。）の第2を参照）。
 - (2) 1種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、当該公費負担医療に係る分は左上部の該当欄に記載すること（以下左上部の該当欄に記載される公費負担医療を「第1公費」という。）。
 - (3) 2種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、別添3「法別番号及び制度の略称表」に示す法別番号順により、先順位の公費負担医療を「第1公費」とし、後順位の公費負担医療に係る分は右下部の該当欄（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第2公費」という。）。
 - (4) 公費負担医療単独の場合は、左上部の該当欄に記載すること。
 - (5) 公費負担医療のみが2種併用される場合は、第1公費に係るものは左上部の該当欄に、第2公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、結核予防法及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄に記載し、結核予防法に係る分は左上部の該当欄に、障害者自立支援法に係る分は右下部の該当欄に記載すること。
 - (6) 同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号が変更となった場合は、変更前の公費負担医療に係る分は第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分は第2公費として取り扱うものとする。
- 2 「公費負担医療の受給者番号」欄について

なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

 - (7) 老人医療に係る診療録等については、左上部の「公費負担者番号」欄に健康手帳の医療受給者証に記入されている市町村番号8桁を記載すること（別添2「設定要領」の第2を参照）。
 - (8) 住所変更により、月の途中で市町村番号が変更になった場合は(6)に準じて扱うこと。

- (1) 医療券等に記入されている受給者番号7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第3を参照）。
- (2) 老人医療に係る診療録等については、健康手帳の医療受給者証に記入されている受給者番号7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第3を参照）。
- (3) その他は、1の(2)から(6)まで及び(8)と同様であること。

3 「保険者番号」欄について

- (1) 設定された保険者番号8桁（政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）については4桁）を記載すること（別添2「設定要領」の第1を参照）。
- (2) 政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）及び船員保険については、当該被保険者又は被保険者であった者（以下単に「被保険者」という。）及び被扶養者の管轄地方社会保険事務局長と当該保険医療機関の管轄地方社会保険事務局長とが同一である場合（以下「自県分の場合」という。）には、記載を省略して差し支えないこと。
- (3) 日雇特例被保険者の保険については、自県分の場合は、頭初の2欄に法別番号を必ず記載し、他の記載は省略して差し支えないこと。
- (4) 前記により、「保険者番号」欄の記載は、次表のとおりであること。

区 分	自県分の場合	他県分の場合
	法別 番号 都道府県 番 号 保険者別 番 号 検証 番号	法別 番号 都道府県 番 号 保険者別 番 号 検証 番号
政府管掌健康保険 （日雇特例被保険者の 保 険 を 除 く。）	（省略して差し支えないこと）	○ ○ ○ ○ （空 欄）
船 員 保 険	（省略して差し支えないこと）	○ ○ ○ ○ ○ ○
日雇特例被保険者の保険	○ ○ （省略して差し支えないこと）	○ ○ ○ ○ ○ ○
そ の 他 の 医 療 保 険	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

備考 ○印のものは、必ず記載すること。

- (5) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は「備考」欄に変更後の保険者番号を記載すること。

4 「被保険者証・被保険者手帳」欄の「記号・番号」欄（処方せんにあつては、「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄）について

健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、船員保険被扶養者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「被保険者証等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。

第3 診療録の記載上の注意事項

1 「受診者」欄について

- (1) 「氏名」欄には、受診者の姓名を記載すること。
- (2) 「生年月日」及び「性別」欄には、受診者の生年月日を記載するとともに、性別の該当するものを○で囲むこと。
- (3) 「住所」欄には、受診者の住所及び電話番号を記載すること。
なお、電話番号については記載を省略しても差し支えないこと。
- (4) 「職業」欄には、受診者の職種名を記載すること。
なお、業務上の疑いがない場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。
- (5) 「被保険者との続柄」欄には、被保険者と受診者との続柄を記載すること。
なお、被扶養者であることが明らかである場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

2 「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について

被保険者証等の有効期限を記載すること。

3 「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載すること。

4 「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

5 「事業所（船舶所有者）」欄について

- (1) 「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- (2) 「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

6 「保険者」欄について

- (1) 「所在地」欄には、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- (2) 「名称」欄には、被保険者が管掌されている保険者名を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

7 「傷病名」欄について

傷病名については、原則として、「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式」（平成3年9月27日）別添3に規定する傷病名を用いること。

8 「職務」欄について

- (1) 「上」には、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に○で囲むこと。
- (2) 「外」には、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に○で囲むこと。

9 「開始」欄について

受診者が当該医療機関において、医療保険、老人医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載すること。

10 「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、老人医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載すること。

11 「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について該当するものを○で囲むこと。

12 「労務不能に関する意見」欄について

(1) 「意見書に記入した労務不能期間」欄には被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載すること。

(2) 「意見書交付」欄には、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載すること。

13 「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載すること。

14 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合には、当該傷病名及び当該傷病原因を記載すること。

15 「備考」欄について

(1) 老人医療に係る診療録にあっては、当該受給者の健康手帳の医療受給者証の有効期間を記載すること。

(2) 前記のほか、保険診療又は老人医療に関し必要な事項を記載すること。

16 「既往症・原因・主要症状・経過等」欄について

受診者の病歴、受診に係る傷病の原因、傷病に関する主要症状及び受診中の経過等について必要な事項を記載すること。

17 「処方・手術・処置等」欄について

受診者に対し行った診療行為について内容を記載すること。

18 「診療の点数等」欄について

(1) 「月日」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載すること。

(2) 「種別」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った診療行為名を記載し、算定した点数を記載すること。

なお、「月日」欄と「種別」欄の配置を縦横逆にしても差し支えないこと。

(3) 「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数の合計を記載すること。

(4) 「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載すること。

(5) 「食事療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

(6) 「標準負担額」欄について

食事療養に係る標準負担額を記載すること。

(7) 「備考」欄について

療養の給付等につき算定した点数の計等を記載すること。

19 その他

様式第1号(1)の2及び(1)の3を一葉にまとめること、(1)の3の記載事項を上下2欄に分けること等は差し支えないこと。

第4 歯科診療録の記載上の注意事項

1 「受診者」欄について

(1) 「氏名」欄には、受診者の姓名を記載すること。

(2) 「生年月日」及び「性別」欄には、受診者の生年月日を記載するとともに、性別の該当するものを○で囲むこと。

(3) 「住所」欄には、受診者の住所及び電話番号を記載すること。

なお、電話番号については記載を省略しても差し支えないこと。

(4) 「職業」欄には、受診者の職種名を記載すること。

なお、業務上の疑いがない場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

(5) 「被保険者との続柄」欄には、被保険者と受診者との続柄を記載すること。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

2 「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について

被保険者証等の有効期限を記載すること。

3 「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載すること。

4 「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

5 「事業所（船舶所有者）」欄について

(1) 「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

(2) 「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

6 「保険者」欄について

(1) 「所在地」欄には、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

(2) 「名称」欄には、被保険者が管掌されている保険者名を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

7 「部位」欄について

傷病のある部位をそれぞれ記載すること。

ただし、同一傷病名のものについては、同一欄に一括して記載しても差し支えないこと。

8 「傷病名」欄について

傷病名は、わが国で通常用いられている傷病名を記載すること。

9 「職務」欄について

(1) 「上」には、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に○で囲むこと。

(2) 「外」には、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に○で囲むこと。

10 「開始」欄について

被保険者が当該医療機関において、医療保険、老人医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載すること。

11 「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、老人医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載すること。

12 「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について該当するものを○で囲むこと。

13 「

	上	
右	├───┤	左
	下	

」欄について

(1) 予め歯牙配列図等を印刷して差し支えないこと。

(2) 必要がある場合、口腔診察の所見等を記載すること。

14 「〔主訴〕その他摘要」欄について

主訴及び参考となる事項を記載すること。

15 「労務不能に関する意見」欄について

(1) 「意見書に記入した労務不能期間」欄には、被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載すること。

(2) 「意見書交付」欄には、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載すること。

16 「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載すること。

17 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合には、当該傷病名及び当該傷病原因を記載すること。

18 「備考」欄について

(1) 老人医療に係る診療録にあっては、当該受給者の健康手帳の医療受給者証の有効期間を記載すること。

(2) 前記のほか、保険診療又は老人医療に関し必要な事項を記載すること。

19 「月日」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載すること。

20 「療法・処置」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに療法及び処置について必要な事項を記載すること。

21 「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数を記載すること。

22 「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載すること。

23 「食事療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

24 「標準負担額」欄について

食事療養に係る標準負担額を記載すること。

25 その他

「受診者」欄を右欄に配置換えをする等は差し支えないこと。

第5 処方せんの記載上の注意事項

1 「患者」欄について

(1) 氏名

投薬を受ける者の姓名を記載すること。

(2) 生年月日

投薬を受ける者が6歳に満たない場合は、その生年月日を記載し、その他の者については年のみの記載で差し支えないこと。

(3) 男・女

投薬を受ける者の性別について該当するものを○で囲むこと。

(4) 区分

該当するものを○で囲むこと。

2 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方社会保険事務局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

3 「電話番号」欄について

保険医療機関の電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

4 「保険医氏名[㊟]」欄について

処方せんを発行した保険医が署名するか、又は保険医の姓名を記載し、押印すること。

5 「交付年月日」欄について

患者に処方せんを交付した年月日を記載すること。

6 「処方せんの使用期間」欄について

(1) 交付の日を含めて4日以内の場合は、記載する必要がないこと。

(2) 患者の長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合に、交付の日を含めて3日以内又は交付の日を含めて4日を超えた日より調剤を受ける必要がある場合には、年月日を記載すること。この場合において、当該処方せんは当該年月日の当日まで有効であること。

7 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

(1) 医薬品名は、原則として薬価基準に記載されている名称を記載することとするが、一般名による記載でも差し支えないこと。

なお、当該医薬品が、薬価基準上、2以上の規格単位がある場合には、当該規格単位をも記載すること。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

(2) 分量は、内服薬については1日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については1回分量を記載すること。

- (3) 用法及び用量は、1回当たりの服用（使用）量、1日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。
- (4) 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器、万年筆型インスリン注入器用注射針、万年筆型ヒト成長ホルモン剤注入器用注射針、自己連続携行式腹膜灌流に用いる腹膜透析液交換セット、在宅中心静脈栄養法に用いる在宅中心静脈栄養用輸液セット又は在宅成分栄養経管栄養法に用いる在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル）を保険薬局より支給させる場合は名称及び本数又はセット数を記載すること。
- (5) 8の(5)による署名又は記名・押印をした場合において、一部の医薬品について後発医薬品への変更を不可とする場合は、当該医薬品の名称の後に「後発医薬品への変更不可」と記載すること。

8 「備考」欄について

- (1) 保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。
- (2) 麻薬を処方する場合には、麻薬取締法第27条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。
- (3) 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であって14日を超えて投与した場合は、その理由を記載すること。
- (4) 3歳未満の患者の場合は「3歳」と、高齢受給者又は老人医療受給対象者であって9割給付の患者の場合は「高9」と、高齢受給者又は老人医療受給対象者であって8割給付の患者の場合は「高8」と記載すること。
- (5) 後発医薬品がある医薬品を処方した場合であって、当該医薬品を後発医薬品に変更しても差し支えない場合は、「保険医署名」の項に署名又は記名・押印すること。

9 その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方せんに以下の事項を記載すること。

- (1) 「調剤済年月日」欄について
処方せんが調剤済となった場合の年月日を記載すること。その調剤によって、当該処方せんが調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方せんに記載すること。
- (2) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について
保険薬局指定申請の際等に地方社会保険事務局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。
- (3) 「保険薬剤師氏名 ㊟」欄について
調剤を行った保険薬剤師が署名するか又は保険薬剤師の姓名を記載し、押印すること。
- (4) その他次の事項を「備考」欄又は「処方」欄に記入すること。
 - ア 処方せんを交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方せんに記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容
 - イ 医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容

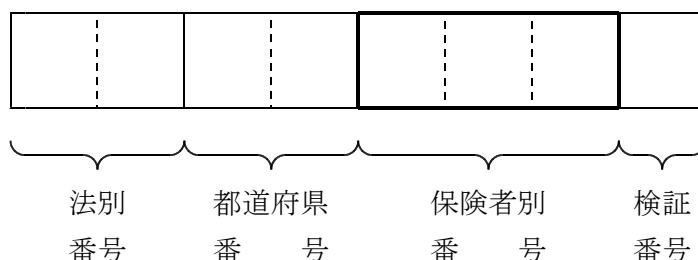
診療報酬請求書等一覧表

区 分			様式番号
診 療 報 酬 請 求 書	医科・歯科、入院・入院外併用（国保の被保険者を除く）		様式第 1 （ 1 ）
	医科、入院外	（ 〃 ）	〃 （ 2 ）
	歯科、入院外	（ 〃 ）	〃 （ 3 ）
	医科・歯科（国保の被保険者に限る）		様 式 第 6
	〃 （磁気）	（ 〃 ）	様 式 第 7
診 療 報 酬 明 細 書	算定告示別表第 1 （医科）、入院時食事療養費の告示 又は特定療養費の告示（医科の例による場合）	入 院 入院外	様式第 2 （ 1 ） 様式第 2 （ 2 ）
	算定告示別表第 2 （歯科）、入院時食事療養費の告示 又は特定療養費の告示（歯科の例による場合）	—	様 式 第 3
調 剤 報 酬 請 求 書	（国保の被保険者を除く）		様 式 第 4
	（国保の被保険者に限る）		様 式 第 8
調 剤 報 酬 明 細 書	算定告示別表第 3 （調剤）	—	様 式 第 5

保険者番号、市町村・公費負担者番号、老人医療・公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領

第1 保険者番号

- 1 保険者番号は、次のように法別番号2桁、都道府県番号2桁、保険者別番号3桁、検証番号1桁、計8桁の算用数字を組み合わせたものとする。ただし、国民健康保険（退職者医療を除く。）の保険者番号については、都道府県番号2桁、保険者別番号3桁、検証番号1桁、計6桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 法別番号は、医療保険制度の各区分ごとに別表1の(1)に定める番号とする。
- 3 都道府県番号は、4の保険者等の所在地の都道府県ごとに別表2に定める番号とする。
- 4 保険者番号は、政府管掌健康保険及び船員保険にあつては社会保険事務所（船員保険について地方社会保険事務局が事務を行うことになっている場合にあつては当該地方社会保険事務局を含む。）ごとに社会保険庁長官が、国民健康保険にあつては国民健康保険事業を行う市町村又は国民健康保険組合ごとに都道府県知事が、また、組管掌健康保険にあつては健康保険組合（社会保険診療報酬支払基金に対して支払を行う従たる事務所を含む。）ごとに地方社会保険事務局長が、共済組合及び自衛官等の療養の給付にあつては各主管官庁が定める番号とする。
- 5 検証番号は、次により算出した番号とする。
- (1) 法別番号、都道府県番号及び保険者別番号の各数に末尾の桁を起点として順次2と1を乗じる。
 - (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は、1桁目と2桁目の数字の和とする。
 - (3) 10と(2)で算出した数字の下1桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、1の位の数が0のときは検証番号を0とする。

例

法別番号	都道府県番号	保険者別番号	
0 6	1 3	0 4 ⑧	← 起点
×	×	×	

2 1 2 1 2 1 2

$$0 + 6 + 2 + 3 + 0 + 4 + (1 + 6) = 22$$

$$10 - 2 = \boxed{8} \text{ ----- 検証番号}$$

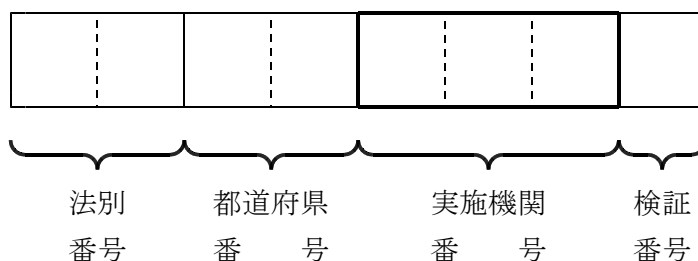
6 保険者番号の管理は、社会保険庁長官、都道府県知事、地方社会保険事務局長又は主管官庁において行うものとし、保険者番号の設定変更の際には、社会保険診療報酬支払基金及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとする。ただし、国民健康保険にあっては、都道府県知事、地方社会保険事務局長から所在地の国民健康保険団体連合会及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとする。

7 政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）の保険者番号についての特例

政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）の保険者番号については、当分の間、上記1及び3にかかわらず、都道府県番号2桁及び保険者別番号2桁を組み合わせた4桁の番号をもって保険者番号とするものとし、この場合の都道府県番号は、社会保険事務所の所在地の都道府県ごとに別表3に定める番号とする。

第2 市町村・公費負担者番号

1 市町村番号及び公費負担者番号は、次のように法別番号2桁、都道府県番号2桁、実施機関番号3桁、検証番号1桁、計8桁の算用数字を組み合わせるものとする。



2 法別番号は、老人医療については別表1の(2)に定める番号とし、公費負担医療については公費負担医療制度の種類ごとに別表1の(3)に定める番号とする。

3 都道府県番号は、市町村又は4の公費負担医療実施機関の所在地の都道府県ごとに、別表2に定める番号とする。

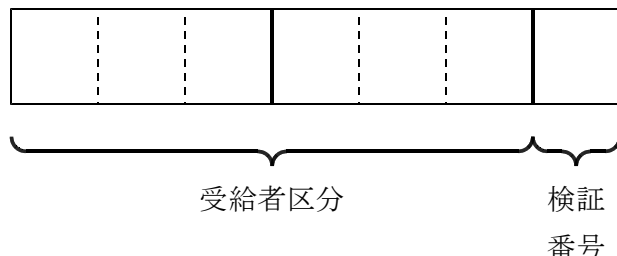
4 実施機関番号は、老人医療については厚生労働省保険局が、公費負担医療については公費負担医療制度の種類ごとに公費負担医療主管行政庁又は公費負担医療実施機関が定める。

5 検証番号は、第1の5の例により定める。

6 市町村番号及び公費負担者番号の管理は、老人医療又は各公費負担医療に係る第2の4の実施機関番号設定者において行うこととし、市町村番号又は公費負担者番号の設定変更の際には、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

第3 老人医療・公費負担医療の受給者番号

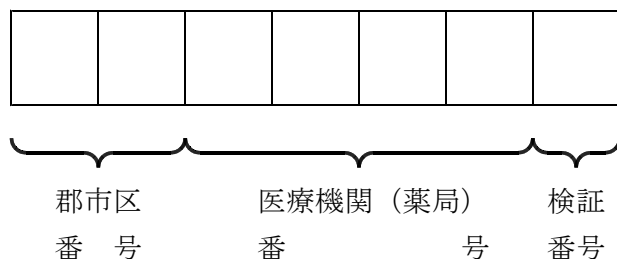
- 1 老人医療又は公費負担医療の受給者番号は、次のように受給者区分6桁、検証番号1桁、計7桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 受給者区分は、老人医療又は各公費負担医療の受給者ごとに市町村又は公費負担医療主管行政庁若しくは公費負担医療実施機関が定める。
- 3 検証番号は、第1の5の例により定める。

第4 医療機関コード及び薬局コード

- 1 医療機関コード及び薬局コード（以下「医療機関等コード」という。）は、次のように郡市区番号2桁、医療機関（薬局）番号4桁、検証番号1桁、計7桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 郡市区番号は、都道府県ごとに、郡、市及び区を単位として、地方社会保険事務局長が定めるものとする。ただし、独立行政法人国立病院機構等を一般の医療機関等と区別する必要があるときは、地方社会保険事務局長において郡市区番号にかえて、これらを1単位とした2桁の番号を定めても差し支えないものとする。
- 3 医療機関（薬局）番号は、医療機関について、医科にあつては1,000から2,999、歯科にあつては3,000から3,999、薬局にあつては4,000から4,999の一連番号を上記2の郡市区ごとに、地方社会保険事務局長がこれを定めるものとする。ただし、4桁の医療機関（薬局）番号のうち、中2桁又は下2桁が90となる番号は欠番とするものとする。
- 4 同一の医療機関及び薬局において、保険医療機関、保険薬局並びに公費負担医療を担当する医療機関及び薬局のうち、2以上の指定を受けているものについては、同一の医療機関等コードを付すものとする。
- 5 検証番号は、次により算出した番号とする。
 - (1) 都道府県番号、点数表番号、郡市区番号及び医療機関番号の各数に末尾の桁を起点として順次2

と1を乗じる。この場合の都道府県番号は別表2に定める番号とし、また、点数表番号は医科1、
 歯科3、薬局4とするものとする。

- (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は1桁目と2桁目の数字の和とする
 ものとする。
- (3) 10と(2)で算出した数字の下1桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、1の位の
 数が0のときは検証番号を0とする。

例

都道府県 番 号	点数表 番 号	郡市区 番 号	医療機関（薬局） 番 号	
$\underbrace{\quad\quad}$	$\underbrace{\quad}$	$\underbrace{\quad\quad}$	$\underbrace{\quad\quad\quad\quad}$	
3 4	1	0 7	1 2 3 ⑥	← 起点
×	×	×	×	
2 1	2	1 2	1 2 1 2	

$$6 + 4 + 2 + 0 + (1 + 4) + 1 + 4 + 3 + (1 + 2) = 28$$

○ $10 - 8 = \boxed{2}$ ----- 検証番号

○医療機関等コード 07、1236、2

- 6 医療機関等コードの管理は、地方社会保険事務局長において行うものとし、医療機関等コードの変
 更に際しては、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

法別番号及び制度の略称表

(1)

	区 分		法別番号	制度の略称
社 会 保 険	政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）		0 1	（政）
	船員保険		0 2	（船）
	日雇特例被保険者の 保 険	○一般療養（法第129条、第131条及び第140条関係）	0 3	（日）
		○特別療養費（法第145条関係）	0 4	（日 特） 又は（特）
	組管掌健康保険		0 6	（組）
	防衛庁職員給与法による自衛官等の療養の給付（法第22条関係）		0 7	（自）
保 険	国家公務員共済組合		3 1	} （共）
	地方公務員等共済組合		3 2	
	警察共済組合		3 3	
	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		3 4	
	制 度	特定健康保険組合		6 3
国家公務員特定共済組合		7 2		
地方公務員等特定共済組合		7 3		
警察特定共済組合		7 4		
公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		7 5		

（注） 63・72～75は、特例退職被保険者、特例退職組合員及び特例退職加入者に係る法別番号である。

(2)

	区 分	法別番号	制度の略称
※	老人保健法による老人医療	2 7	—

※ 老人保健制度

(2)の 2

	区 分	法 別 番 号
※	国民健康保険法による退職者医療	6 7

※ 国民健康保険制度

(3)

	区 分		法別番号	制度の略称
公	戦 傷 病 者 特 別 援 護 法 に よ る	○療養の給付（法第10条関係）	1 3	—
		○更生医療（法第20条関係）	1 4	—
	原子爆弾被爆者に関する 援護に関する法律による	○認定疾病医療（法第10条関係）	1 8	—
	感染症の予防及び 感染症の患者に対する 医療に関する法律による	○新感染症の患者の入院(法第37条関係)	2 9	—
費	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 に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第81条関係）		3 0	—
	結核予防法による	○適正医療（法第34条関係）	1 0	（結34）
		○従業禁止、命令入所（法第35条関係）	1 1	（結35）
負	精神保健及び精神 障害者福祉に 関する法律による	○措置入院（法第29条関係）	2 0	（精29）
	障害者自立支援法 による	○精神通院医療（法第 5 条関係）	2 1	（精神通院）
		○更生医療（法第 5 条関係）	1 5	—
		○育成医療（法第 5 条関係）	1 6	—
担	麻薬及び向精神薬取締法による入院措置（法第58条の 8 関係）		2 2	—
	感染症の予防及び 感染症の患者に対する 医療に関する法律による	○一類感染症等の患者の入院(法第37条関係)	2 8	—
	児童福祉法による	○療育の給付（法第21条の 9 関係）	1 7	—
療	原子爆弾被爆者に関する 援護に関する法律による	○一般疾病医療費（法第18条関係）	1 9	—
	母子保健法による養育医療（法第20条関係）		2 3	—
制	特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合 対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県神栖町に おける有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措 置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康影響による治療研 究費		5 1	—
	児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給 付（法第21条の 9 の 2 関係）		5 2	—
度	児童福祉法の措置等に係る医療の給付		5 3	—
	生活保護法による医療扶助（法第15条関係）		1 2	（生保）
	石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給（法 第 4 条関係）		6 6	—