

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）抜粋版

下記につきましては別表Ⅰの「令和4年4月1日摘要」欄に※印が記載されている項目の内、弊社に係るユーザー様に関連している部分の中抽出した資料になります。
参考までにご覧下さい。

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
1	A000	初診料	(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100990	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(初診料)	※
			(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100816	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(初診料)	※
2	A001	再診料	(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを記載すること。	820100817	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(再診料)	※
			(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを記載すること。	820100818	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(再診料)	※
4	A002	外来診療料	(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100819	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(外来診療料)	※
			(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100820	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(外来診療料)	※
70	A400 の1	短期滞在手術等 基本料1	短手1と表示し、算定日及び手術名を記載すること	820100992	対象手術(短手1):内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン(GH)(一連として)	※
				820100993	対象手術(短手1):小児食物アレルギー負荷検査	※
				820100994	対象手術(短手1):四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。)	※
				820100995	対象手術(短手1):骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)	※
				820100996	対象手術(短手1):ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に限る。)	※
				820100997	対象手術(短手1):涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの	※
				820100998	対象手術(短手1):眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法	※
				820100999	対象手術(短手1):眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法	※
				820101000	対象手術(短手1):眼瞼下垂症手術 3 その他のもの	※
				820101001	対象手術(短手1):翼状片手術(弁の移植を要するもの)	※
				820101002	対象手術(短手1):治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	※
				820101003	対象手術(短手1):緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	※
				820101004	対象手術(短手1):経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回	※
				820101005	対象手術(短手1):経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合	※
				820101006	対象手術(短手1):下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術	※
				820101007	対象手術(短手1):下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)	※
				820101008	対象手術(短手1):下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術	※
				820101009	対象手術(短手1):下肢静脈瘤血管内焼灼術	※
				820101010	対象手術(短手1):下肢静脈瘤血管内塞栓術	※
				820101011	対象手術(短手1):痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの)	※
				820101012	対象手術(短手1):肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)	※
				820101013	対象手術(短手1):尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)	※
				820101014	対象手術(短手1):顕微鏡下精索静脈瘤手術	※
74	B001 の2	特定薬剤治療管理料1	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の2特定薬剤治療管理料の(1)の(イ)から(ホ)までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。 また、初回の算定年月を記載すること。ただし、抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月以降の特定薬剤治療管理料1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1を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。	820100843	(ホ) 統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与	※
79	B001 の4	小児特定疾患カウンセリング料	第1回目のカウンセリングを行った年月日を記載すること。	850100051	第1回目カウンセリング実施年月日(小児特定疾患カウンセリング料): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
85	B001 の14	高度難聴指導管理料のロ	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850100488	前回算定年月日(高度難聴指導管理料(その他の患者)): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				820190488	初回(高度難聴指導管理料(その他の患者))	※
96	B001 の31	腎代替療法指導管理料	(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(2)の(ア)に該当する場合) 直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部第1節B001の31腎代替療法指導管理料の(6)の(イ)から(ハ)のうちいずれか該当するものを選択して記載すること。	820100575	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(イ) 25mL/min/1.73m2以上 30mL/min/1.73m2未満	※
				820100576	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ロ) 15mL/min/1.73m2以上 25mL/min/1.73m2未満	※
				820100577	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ハ) 15mL/min/1.73m2未満	※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
97	B001 の32	一般不妊治療管 理料	前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850100402	前回算定年月(一般不妊治療管理料):(元号)yy"年"mm"月"	※
				820190049	初回(一般不妊治療管理料)	※
98	B001 の33	生殖補助医療管 理料	生殖補助医療の開始日における年齢(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	830100478	生殖補助医療の開始日における年齢(生殖補助医療管理料);*****	※
				820190061	初回(生殖補助医療管理料)	※
			治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で、当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日を記載すること。	830100479	治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計(生殖補助医療管理料);*****	※
				850100403	胚移植術の実施回数を確認した年月日(生殖補助医療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850100404	治療計画の同意を得た年月日(生殖補助医療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
99	B001 の34の ハ	二次性骨折予防 継続管理料3	当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。	850100406	治療計画の同意を得た年月日(2回目以降)(生殖補助医療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
100	B001 の35	アレルギー性鼻炎 免疫療法治療管 理料	初回算定年月日を記載すること。	850100407	初回算定年月日(アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
101	B001 の36	下肢創傷処置管 理料	下肢創傷処置を実施した年月日を記載すること。	850190198	下肢創傷処置実施年月日(下肢創傷処置管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
108	B001- 2-12	外来腫瘍化学療 法診療料	(「イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合」を算定する場合) 前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190205	前回算定年月日(外来腫瘍化学療法診療料(投与した場合)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				820190205	初回(外来腫瘍化学療法診療料(投与した場合))	※
			(「ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合」を算定する場合) 前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190206	前回算定年月日(外来腫瘍化学療法診療料(投与その他の場合)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				820190206	初回(外来腫瘍化学療法診療料(投与その他の場合))	※
109	B001- 2-12 注7	外来腫瘍化学療 法診療料 バイオ後続品導 入初期加算	初回使用年月日を記載すること。	850100408	初回使用年月日(バイオ後続品導入初期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
130	B005- 10	ハイリスク妊産婦 連携指導料1	精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を標榜する保険医療機関に対して診療情報が文書により提供された妊婦又は出産日(年月日)を記載すること。	820100844	診療情報が文書により提供された妊婦(ハイリスク妊産婦連携指導料1)	※
				850100409	出産日(ハイリスク妊産婦連携指導料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
131	B005- 10-2	ハイリスク妊産婦 連携指導料2	当該保険医療機関で精神療法が実施されている又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産日(年月日)を記載すること。	820100845	産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦(ハイリスク妊産婦連携指導料2)	※
				850100410	出産日(ハイリスク妊産婦連携指導料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
132	B005- 11の1	遠隔連携診療料1 診断を目的とする 場合	(2回以上算定する場合) 「未確」と表示し、前回算定年月日を記載すること。	850100411	前回算定年月日(遠隔連携診療料1 診断を目的とする場合):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				820100846	未確(遠隔連携診療料1 診断を目的とする場合)	※
133	B005- 11の2	遠隔連携診療料2 その他の場合	初回算定年月日を記載すること。	850100412	初回算定年月日(遠隔連携診療料2 その他の場合):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
134	B005- 12	こころの連携指導 料(1)	初回算定年月日を記載すること。	850100413	初回算定年月日(こころの連携指導料(1)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
135	B005- 13	こころの連携指導 料(2)	初回算定年月日を記載すること。	850100414	初回算定年月日(こころの連携指導料(2)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
149	B011	連携強化診療情 報提供料	(妊婦である場合) 当該患者が妊娠している者である旨記載すること。	820100579	妊娠中(連携強化診療情報提供料)	※
			(産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関等との保険医療機関が連携した場合) 前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850100415	前回算定年月(連携強化診療情報提供料):(元号)yy"年"mm"月"	※
				820190050	初回(連携強化診療情報提供料)	※
150	B011 の注5	連携強化診療情 報提供料	(注5に規定する注1から注4までのいずれにも該当しない場合(頻回の情報提供の必要性を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合を除く。)) 前回算定年月(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190199	前回算定年月(注5(頻回の情報提供を行う場合以外)):(元号)yy"年"mm"月"	※
				820190062	初回(注5(頻回の情報提供を行う場合以外))	※
151	B012	傷病手当金意見 書交付料	(当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合) 当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病についての診療を開始した日を「傷病名」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。	傷病名コード 修飾語コード	(傷病名を表示する。) (修飾語を表示する。)	※ ※
158	C	在宅患者診療・指 導料	(在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診又は訪問看護を行った場合) 「支援」と記載し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。	830100085	指示のあった在宅療養支援診療所名;*****	※
168	C001- 2	在宅患者訪問診 療料(Ⅱ)	(当該月又はその前月に往診料を算定している場合) 当該訪問診療を行った年月日を記載すること。	850100417	訪問診療年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
172	C002 C002- 2	在宅時医学総合 管理料 施設入居時等医 学総合管理料	当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日を記載すること。	850100492	情報通信機器を用いた診療年月日(在医総管):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850100493	情報通信機器を用いた診療年月日(施医総管):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
			(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「同一建物居住者以外の場合」を算定する場合であって、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、A000初診料又はA001再診料又はA002外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合) その旨を記載すること。	820100847	2人目患者診療時間が1時間超	※
182	C005 C005- 1-2	在宅患者訪問看 護・指導料、同一 建物居住者訪問 看護・指導料の在 宅移行管理加算 又は在宅移行管 理重症者加算	使用している医療機器等の名称(当該診療報酬明細書において医療機器の使用等が明らかである場合を除く。)を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	※
190	C007 注3	訪問看護指示料 の手順書加算	前回の算定日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850100418	前回算定年月日(手順書加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				820190052	初回(手順書加算)	※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
197	C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料の(8)又は(9)により当該指導管理料算定する場合)カンファレンスの実施年月日、DESIGN-R※2020による深さの評価及び本通知C013(2)のいずれに該当するのかを記載すること。	820100644	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): d0(皮膚損傷・発赤なし)	※
				820100645	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): d1(持続する発赤)	※
				820100646	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): d2(真皮までの損傷)	※
				820100647	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): D3(皮下組織までの損傷)	※
				820100648	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): D4(皮下組織を越える損傷)	※
				820100649	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): D5(関節腔、体腔に至る損傷)	※
				820100650	DESIGN-R2020による深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料): DU(深さ判定が不能の場合)	※
198	C014	外来在宅共同指導料	共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載すること。	830100643	共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称(外来在宅共同指導料):*****	※
				850100490	共同指導を行った年月日(外来在宅共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
199	C100	退院前在宅療養指導管理料	(退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	※
200	C101	在宅自己注射指導管理料	(在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給日数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
				830100480	薬剤支給日数(在宅自己注射指導管理料):*****	※
201	C101注4	在宅自己注射指導管理料 バイオ後続品導入初期加算	初回処方年月日を記載すること。	850100408	初回使用年月日(バイオ後続品導入初期加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
203	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	(人工腎臓又は腹膜灌流(連続携行式腹膜灌流に限る。))を算定した場合) 算定した日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	※
				算定日情報	(算定日)	※
			(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) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	※
204	C102-2	在宅血液透析指導管理料	(人工腎臓を算定した場合) 算定した日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)	※
				算定日情報	(算定日情報)	※
			(在宅血液透析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) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	※
207	C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	(在宅中心静脈栄養法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	※
208	C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	(在宅経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
209	C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	(在宅小児経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
210	C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	(在宅半固形栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
			(半固形状の流動食(市販されているものに限る。))に係る指導管理を行った場合) 当該流動食の製品名を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
211	C106	在宅自己導尿指導管理料	(在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給量等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
212	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフ上での所見並びに実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見を記載すること。ただし、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)のイに該当する場合は、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフ上での所見並びに実施年月日の記載は不要であること。	850100143	一連の治療期間における初回の指導管理年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
214	C108	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	(在宅悪性腫瘍等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) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	※
215	C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	(在宅悪性腫瘍等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) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	※
216	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	(在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	※
219	C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	(在宅難治性皮膚疾患処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	※
220	C116	在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	(在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理に用いる特定保険医療材料を支給した場合) 特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	※
221	C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	(在宅腫瘍治療電場療法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
222	C150	血糖自己測定器 加算	(「7間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの」以外を算定する場合) 1月の血糖自己測定の回数を記載すること。	842100048	1月の血糖自己測定回数(血糖自己測定器加算):*****	※
			(1月に2回分又は3回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌 月分、前月分のいずれかを算定したのかを選択して記載すること。	820100122	当月分	※
				820100123	翌々月分	※
				820100124	翌月分	※
				820100125	前月分	※
				820100126	前々月分	※
235	C171- 3	在宅ハイフローセ ラビー材料加算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月 分、前月分のいずれかを算定したのかを選択して記載すること。	820100122	当月分	※
				820100123	翌々月分	※
				820100124	翌月分	※
				820100125	前月分	※
				820100126	前々月分	※
236	C172	在宅経肛門的自 己洗腸用材料加 算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月 分、前月分のいずれかを算定したのかを選択して記載すること。	820100122	当月分	※
				820100123	翌々月分	※
				820100124	翌月分	※
				820100125	前月分	※
				820100126	前々月分	※
237	C174	在宅ハイフローセ ラビー装置加算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月 分、前月分のいずれかを算定したのかを選択して記載すること。	820100122	当月分	※
				820100123	翌々月分	※
				820100124	翌月分	※
				820100125	前月分	※
				820100126	前々月分	※
238	C175	在宅抗菌薬吸入 療法用ネブライザ 加算	初回算定日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850100419	初回算定年月日(在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算):(元号)yy"年 "mm"月"dd"日	※
				820190053	初回(在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算)	※
239	C200 C300	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に 対し点滴又は処置等を実施した場合	(初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外 の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に 対し点滴又は処置等を実施した場合) これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が使用された日を記載すること。	850190200	訪問看護ステーション等の看護師等が薬剤を使用した年月日(C200):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850190201	訪問看護ステーション等の看護師等が特定保険医療材料を使用した年月日(C300):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
242	C	在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて特定保険医療材料のうち「皮膚欠損用創傷被覆材」又は「非固着性シリコンガーゼ」を支給した場合(在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を除く。)) 特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数を記載すること。		特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	※
243	D	時間外緊急院内検査加算	検査開始日時を記載すること。	853100001	検査開始日時(時間外緊急院内検査加算):dd"日"hh"時"mm"分"	※
245	D001 の10	トリブシノーゲン2(尿)	急性膀胱炎を疑う医学的根拠について記載すること。	830100481	急性膀胱炎を疑う医学的根拠(トリブシノーゲン2(尿)):*****	※
249	D004- 2の1	悪性腫瘍組織検査 1 悪性腫瘍遺伝子検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D004-2悪性腫瘍組織検査の(2)から(4)までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	820100665	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるBRAF遺伝子検査(次世代シーケンシング)	※
				820100848	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるBRAF遺伝子検査(次世代シーケンシングを除く。)	※
				820100849	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるMETex14遺伝子検査(次世代シーケンシングを除く。)	※
				820100850	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):濾胞性リンパ腫におけるEZH2遺伝子検査	※
				820100853	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるMETex14遺伝子検査(次世代シーケンシング)	※
				820100854	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるRET融合遺伝子検査	※
				820100855	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査(リアルタイムPCR法)	※
				820100856	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査	※
				820100857	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査	※
253	D006- 5	染色体検査1 FISH法を用いた場合	(びまん性大細胞型B細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断の目的で2回以上検査を行った場合) 「未確」と表示し、前回算定日を記載すること。	850100420	前回算定年月日(染色体検査1 FISH法を用いた場合):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				820100858	未確(染色体検査1 FISH法を用いた場合)	※
			(血液を検体とする場合であって、医学的な理由により、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体としてがんゲノムプロファイリング検査を行うことが困難な場合) 固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100761	固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(血液を検体とする)(がんゲノムプロファイリング検査):*****	※
			(血液を検体とする場合であって、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として実施したがんゲノムプロファイリング検査において、包括的なゲノムプロファイルの結果を得られなかった場合) その旨を記載すること。	820100859	包括的なゲノムプロファイルの結果を得られない(血液を検体とする)(がんゲノムプロファイリング検査)	※
				850100421	肺癌におけるEGFR遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100422	肺癌におけるROS1融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100423	肺癌におけるALK融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100424	大腸癌におけるRAS遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリング検査):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
259	D006- 19	がんゲノムプロ ファイリング検査	(抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合) 包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施年月日を記載すること。	850100425	乳癌におけるHER2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイリン グ検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100426	固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査の実施年月日(がんゲノ ムプロファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100427	肺癌におけるMETex14遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイ リング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100428	悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロ ファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100429	固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロ ファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100430	固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査の実施年月日(がんゲノムプロ ファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100431	胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロ ファイリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100432	卵巣癌におけるBRCA1遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイ リング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100433	前立腺癌におけるBRCA1遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファ イリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100434	卵巣癌におけるBRCA2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファイ リング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100435	前立腺癌におけるBRCA2遺伝子検査の実施年月日(がんゲノムプロファ イリング検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
261	D006- 22	RAS遺伝子検査 (血漿)	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100483	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(RAS遺 伝子検査(血漿));*****	※
262	D006- 25	CYP2C9遺伝子 多型	必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100484	必要と判断した医学的根拠(CYP2C9遺伝子多型);*****	※
263	D006- 26	染色体構造変異 解析	検査を実施する医学的な理由を記載すること。	830100485	検査を実施する医学的な理由(染色体構造変異解析);*****	※
264	D006- 27の1	悪性腫瘍遺伝子 検査(血液・血漿) ROS1融合遺伝 子検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100486	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(ROS1融 合遺伝子検査);*****	※
265	D006- 27の2	悪性腫瘍遺伝子 検査(血液・血漿) ALK融合遺伝子 検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100487	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(ALK融合 遺伝子検査);*****	※
266	D006- 27の3	悪性腫瘍遺伝子 検査(血液・血漿) METex14遺伝子 検査	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100488	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(METex1 4遺伝子検査);*****	※
267	D006- 27の4	悪性腫瘍遺伝子 検査(血液・血漿) NTRK融合遺伝 子検査	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100489	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由(NTRK 融合遺伝子検査);*****	※
269	D007 の57	ロイシンリッチ α 2 グリコプロテイン	前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190049	前回実施年月日(ロイシンリッチ α 2グリコプロテイン);(元号)yy"年"mm" 月"dd"日	※
				820190054	初回(ロイシンリッチ α 2グリコプロテイン)	※
			医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を記載すること。	830100490	1月に1回行う詳細な理由(ロイシンリッチ α 2グリコプロテイン);*****	※
				830100491	検査結果(ロイシンリッチ α 2グリコプロテイン);*****	※
273	D008 の27	酒石酸抵抗性酸 ホスファターゼ(T RACP-5b)	(診断補助として実施した後、6月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合) 診断補助として実施した日を記載すること。	850100159	診断補助の実施年月日(TRACP-5b);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
			(治療方針を変更した際に実施した場合) 治療方針の変更年月日を記載すること。	850100160	治療方針変更年月日(TRACP-5b);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
276	D008 の52	抗ミュー管ホル モン(AMH)	前回の実施日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190050	前回実施年月日(抗ミュー管ホルモン(AMH));(元号)yy"年"mm"月" "dd"日	※
				820190055	初回(抗ミュー管ホルモン(AMH))	※
277	D008 の53	レブチン	脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由を記載すること。	830100492	脂肪萎縮の発症時期(レブチン);*****	※
				830100493	全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由(レブチン);*****	※
280	D009 の27	プロステートヘル スインデックス (phi)	(前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合) 前回の実施日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190051	前回実施年月日(プロステートヘルスインデックス(phi));(元号)yy"年" "mm"月"dd"日	※
				820190056	初回(プロステートヘルスインデックス(phi))	※
			前立腺特異抗原(PSA)の測定年月日及び測定結果を記載すること。	850100436	前立腺特異抗原(PSA)の測定年月日(プロステートヘルスインデックス(p hi));(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				830100494	前立腺特異抗原(PSA)の測定結果(プロステートヘルスインデックス(ph i));*****	※
				830100495	2回以上算定する必要性(プロステートヘルスインデックス(phi)); *****	※
285	D012 の49	白癬菌抗原定性	(KOH直接鏡検が陰性であったものの、臨床所見等から爪白癬が疑われる場合) 検査を実施した医学的な必要性を記載すること。	830100496	医学的な必要性(白癬菌抗原定性);*****	※
			(KOH直接鏡検が実施できない場合) KOH直接鏡検を実施できない理由を記載すること。	830100497	KOH直接鏡検を実施できない理由(白癬菌抗原定性);*****	※
287	D012 の60	鳥特異的IgG抗体	検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100498	検査が必要と判断した医学的根拠(鳥特異的IgG抗体);*****	※
288	D012 の61	抗アデノ随伴ウイ ルス9型(AAV9) 抗体	(2回以上算定する場合) 必要性を記載すること。	830100499	2回以上算定する必要性(抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗体); *****	※
289	-	SARS-CoV-2抗 原検出(定性)	検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100500	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2抗原検出(定性)); *****	※
290	-	SARS-CoV-2抗 原検出(定量)	検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100501	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2抗原検出(定量)); *****	※
				853100002	検査の実施日時(SARS-CoV-2抗原検出(定量));dd"日"hh"時"m m"分	※
			(COVID-19の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として本検査を実施した場合) 検査を実施した日時及びその結果を記載すること。	830100502	検査結果(SARS-CoV-2抗原検出(定量));*****	※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
291	-	SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出(定性)	検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100503	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出(定性));*****	※
295	D014 の45	抗P/Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体(抗P/Q型VGCC抗体)	(反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認めない患者を対象として実施する場合) その詳細な理由を記載すること。	830100504	医学的な必要性(抗P/Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体(抗P/Q型VGCC抗体));*****	※
298	D015 の17	インターロイキン-6(IL-6)	実施した年月日を記載すること。 (3回以上算定する場合) その詳細な理由を記載すること。	850100437	実施年月日(インターロイキン-6(IL-6));(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
299	D015 の28	sFit-1/PIGF比	リスク因子のいずれに該当するかを記載すること。	820100860	(イ) 収縮期血圧が ≥ 130 mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上(sFit-1/PIGF比)	※
				820100861	(ロ) 蛋白尿(sFit-1/PIGF比)	※
				820100862	(ハ) 妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見(sFit-1/PIGF比)	※
				820100863	(ニ) 子宮内胎児発育遅延(sFit-1/PIGF比)	※
				820100864	(ホ) 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見(sFit-1/PIGF比)	※
			((ハ) 妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見に該当する場合) 医学的根拠を記載すること。	830100506	(ハ)に該当する医学的根拠(sFit-1/PIGF比);*****	※
			((ホ) 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見に該当する場合) 医学的根拠を記載すること。	830100507	(ホ)に該当する医学的根拠(sFit-1/PIGF比);*****	※
			(リスク因子を2つ以上有する妊婦において算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830100508	医学的必要性(リスク因子を2つ以上有する妊婦)(sFit-1/PIGF比);*****	※
			(一連の妊娠につき2回以上算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830100509	医学的必要性(一連の妊娠につき2回以上算定)(sFit-1/PIGF比);*****	※
301	D023 の4	HBV核酸定量	治療中又は治療終了年月日を記載すること。	850100438	治療終了年月日(HBV核酸定量);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				820100865	B型肝炎ウイルス感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を行っている悪性リンパ腫等の患者の治療中(HBV核酸定量)	※
304	-	SARS-CoV-2核酸検出	(検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合) 検査を実施した施設名を記載すること。	830100510	検査を実施した施設名(SARS-CoV-2核酸検出);*****	※
			検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100511	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2核酸検出);*****	※
			(COVID-19の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として本検査を実施した場合) 検査を実施した日時及びその結果を記載すること。	853100029	検査の実施日時(SARS-CoV-2核酸検出);dd"日"hh"時"mm"分"	※
306	D023 の16	サイトメガロウイルス核酸定量	(高度細胞性免疫不全の患者に算定する場合) 検査が必要であった理由について記載すること。	830100512	検査結果(SARS-CoV-2核酸検出);*****	※
				830100513	検査が必要な理由(サイトメガロウイルス核酸定量);*****	※
310	-	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2を含む。)	(検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合) 検査を実施した施設名を記載すること。	830100514	検査を実施した施設名(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2を含む。));*****	※
			検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100515	検査が必要と判断した医学的根拠(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2を含む。));*****	※
			(COVID-19の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として本検査を実施した場合) 検査を実施した日時及びその結果を記載すること。	853100030	検査の実施日時(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2を含む。));dd"日"hh"時"mm"分"	※
				830100516	検査結果(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(SARS-CoV-2を含む。));*****	※
311	-	SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出	(検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合) 検査を実施した施設名を記載すること。	830100517	検査を実施した施設名(SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出);*****	※
			検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	830100518	検査が必要と判断した医学的根拠(SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出);*****	※
			(COVID-19の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として本検査を実施した場合) 検査を実施した日時及びその結果を記載すること。	853100031	検査の実施日時(SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出);dd"日"hh"時"mm"分"	※
				830100519	検査結果(SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出);*****	※
319	D215-3	超音波エラストグラフィ	(3月に2回以上算定する場合) その理由及び詳細な医学的根拠を算定すること。	830100146	3月に2回以上算定する理由・医学的根拠(超音波エラストグラフィ);*****	※
			(肝硬度測定、超音波エラストグラフィ及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100148	別に算定する理由及び医学的根拠(超音波エラストグラフィ);*****	※
320	D215-4	超音波減衰法検査	(肝硬度測定、超音波エラストグラフィ及び超音波減衰法検査について、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、医学的な必要性から別に算定する必要がある場合) その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100619	別に算定する理由及び医学的根拠(超音波減衰法検査);*****	※
			(脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、肝臓の脂肪量を評価した場合) 前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190052	前回実施年月日(超音波減衰法検査);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				820190057	初回(超音波減衰法検査)	※
323	D236-2の1	光トポグラフィー 1 脳外科手術の術前検査に使用	(手術が行われなかった場合) その理由を記載すること。	830100149	手術が行われなかった理由(光トポグラフィー(脳外科手術前検査));*****	※
325	D236-3の1	脳磁図 1 自発活動を測定するもの	(手術が行われなかった場合) その理由を記載すること。	830100151	手術が行われなかった理由(脳磁図);*****	※
327	D237の3のイ	終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合イ安全精度管理下で行うもの	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D237終夜睡眠ポリグラフィーの(3)の(イ)から(ホ)までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100157	(二)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****	※
				830100778	(ホ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****	※
			次の事項を記載すること。	830100521	安全精度管理を要した患者の診断名(疑い病名を含む。)(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****	※
				830100522	検査中の安全精度管理に係る検査結果の要点(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****	※
			(合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合) 継続的な治療の内容、BMI又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性について記載すること。	830100523	継続的な治療の内容(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****	※
				830100524	BMI(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****	※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
				830100525	医学的な必要性(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****	※
332	D282-4	ダーモスコピー	(新たに他の病変で検査を行う場合) 医学的な必要性から4月に2回以上算定するときはその理由を記載すること。	830100763	新たな他の病変で4つに2回以上算定する理由(ダーモスコピー); *****	※
333	D285	認知機能検査 その他の心理検査 1操作が容易な ものイ簡易な もの	前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850190053	前回実施年月日(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なものイ簡易なもの);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				820190058	初回(認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なものイ簡易なもの)	※
335	D310 注2	小腸内視鏡検査 内視鏡的留置術 加算	当該患者の症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100527	小腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記;*****	※
337	D313 注3	大腸内視鏡検査 バルーン内視鏡 加算	当該患者の症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100528	大腸内視鏡検査(バルーン内視鏡加算)症状詳記;*****	※
338	D310 注4	大腸内視鏡検査 内視鏡的留置術 加算	当該患者の症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100529	大腸内視鏡検査(内視鏡的留置術加算)症状詳記;*****	※
339	D414	内視鏡下生検法	「1臓器」の取扱いについては、区分番号「N000」病理組織標本作製(1臓器につき)に準ずる。 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N000病理組織標本作成の(1)の(ア)から(ケ)までのいずれかを選択し記載する。 なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載すること。	820100866	ア 気管支及び肺臓	※
				820100867	イ 食道	※
				820100868	ウ 胃及び十二指腸	※
				820100869	エ 小腸	※
				820100870	オ 盲腸	※
				820100871	カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸	※
				820100872	キ S状結腸	※
				820100873	ク 直腸	※
				820100874	ケ 子宮体部及び子宮頸部	※
				830100612	コ その他;*****	※
340	D	算定回数が複 数月に1回のみと されている検査	(算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合) 前回の実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること	850190054	前回実施年月日(β-CTX(尿));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				820190059	初回(β-CTX(尿))	※
342	D	「制限回数を超 えて行う診療」に 係る検査を実施 した場合	(「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合) 次の例により「検選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他の検査と区別して記載すること。 〔記載例〕 末梢血液一般検査 21×1 末梢血液像(鏡検法) 25×1 (検選) AFP 1,070円×1	830100457	検選;*****	※
343	E	画像診断	撮影部位を記載すること。 ※E001写真診断、E200コンピューター断層撮影、E202磁気共鳴コンピューター断層撮影は項番344、349、353のとおり、選択して記載すること。	830189300	撮影部位(写真診断、コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影以外);その他;*****	※
			撮影開始日時を記載すること。	853100003	撮影開始日時(時間外緊急院内画像診断加算);dd"日"hh"時"mm"分"	※
344	E001	写真診断 1 単純撮影	撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。 なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。	820181000	撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔を除く。)	※
				820183620	撮影部位(単純撮影):頭部(副鼻腔に限る。)	※
				830181200	撮影部位(単純撮影):肩__;*****	※
349	E200	コンピューター断 層撮影	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合) それぞれ初回の算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)	※
			撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。	820182000	撮影部位(CT撮影):頭部(副鼻腔を除く)	※
				820182800	撮影部位(CT撮影):頭部(副鼻腔)	※
352	E202	磁気共鳴コン ピューター断層撮 影	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合) それぞれ初回の算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日情報)	※
353	E202	磁気共鳴コン ピューター断層撮 影	撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。	820183630	撮影部位(MRI撮影):頭部(副鼻腔)	※
				820183010	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳・副鼻腔を除く)	※
355	E202 注10	肝エラストグラ フィー加算	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190055	前回実施年月日(肝エラストグラフィー加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				820190060	初回(肝エラストグラフィー加算)	※
357	F100 F400	処方料及び処方 箋料の特定疾患 処方管理加算2	(隔日、漸増・減等で投与する場合) その旨を記載すること。	820100875	週1回投与	※
358	F200	薬剤(入院分)	(入院患者に対し退院時に投薬(内服薬)を行った場合) 「退院時 日分投薬」と記載すること。 (入院患者に対し退院時に投薬(屯服薬)を行った場合) 「退院時 回分投薬」と記載すること。 (入院患者に対し退院時に投薬(外用薬)を行った場合) 「退院時投薬」と記載すること。	840000634	退院時 回分投薬(屯服薬)	※
			820101042	退院時投薬(外用薬)	※	
359	F200 F400	薬剤等(入院外 分)処方箋料	(湿布薬を投与した場合) 所定単位当たりの薬剤名、湿布薬の枚数としての投与量を記載した上で、湿布薬の枚数としての1日用量又は投与日数を記載すること。	830100204	湿布薬の1日用量又は投与日数(薬剤料);*****	※
			(1回の処方において、63枚を超えて湿布薬を投与した場合) 当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。	830000052	63枚を超えて湿布薬を投与した理由;*****	※
360	G 通則7	バイオ後続品導 入初期加算	初回使用年月日を記載すること。	850100408	初回使用年月日(バイオ後続品導入初期加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
364	H000	心大血管疾患リ ハビリテーション 料	算定単位数及び実施日数を記載すること。	180027410	心大血管疾患リハビリテーション料(1)	※
				180027510	心大血管疾患リハビリテーション料(2)	※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
367	H001	脳血管疾患等リ ハビリテーション 料	算定単位数及び実施日数を記載すること。	180027610	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)	※
				180027710	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)	※
				180030810	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)	※
				180044310	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(要介護・入院)	※
				180044410	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(要介護・入院)	※
				180044510	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(要介護・入院)	※
				180050330	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(リ減)	※
				180050430	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(リ減)	※
				180050530	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(リ減)	※
				180050630	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)(要介護・入院)(リ減)	※
				180050830	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)(要介護・入院)(リ減)	※
				180051030	脳血管疾患等リハビリテーション料(3)(要介護・入院)(リ減)	※
			疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載すること。	850100439	最初に診断された年月日(脳血管疾患等リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
370	H001- 2	廃用症候群リハビ リテーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。	180044610	廃用症候群リハビリテーション料(1)	※
				180044710	廃用症候群リハビリテーション料(2)	※
				180044810	廃用症候群リハビリテーション料(3)	※
				180044910	廃用症候群リハビリテーション料(1)(要介護・入院)	※
				180045110	廃用症候群リハビリテーション料(2)(要介護・入院)	※
				180045310	廃用症候群リハビリテーション料(3)(要介護・入院)	※
				180051530	廃用症候群リハビリテーション料(1)(リ減)	※
				180051630	廃用症候群リハビリテーション料(2)(リ減)	※
				180051730	廃用症候群リハビリテーション料(3)(リ減)	※
				180051830	廃用症候群リハビリテーション料(1)(要介護・入院)(リ減)	※
				180052030	廃用症候群リハビリテーション料(2)(要介護・入院)(リ減)	※
				180052230	廃用症候群リハビリテーション料(3)(要介護・入院)(リ減)	※
371	H001- 2	廃用症候群リハビ リテーション料の 早期リハビリテー ション加算	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の年月日を記載すること。	830100531	疾患名(早期リハビリテーション加算);*****	※
372	H001- 2	廃用症候群リハビ リテーション料の 初期加算	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の月日を記載すること。	830100799	疾患名(初期加算);*****	※
373	H002	運動器リハビリ テーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。	180032710	運動器リハビリテーション料(1)	※
				180027810	運動器リハビリテーション料(2)	※
				180027910	運動器リハビリテーション料(3)	※
				180045810	運動器リハビリテーション料(1)(要介護・入院)	※
				180045910	運動器リハビリテーション料(2)(要介護・入院)	※
				180046010	運動器リハビリテーション料(3)(要介護・入院)	※
				180052730	運動器リハビリテーション料(1)(リ減)	※
				180052830	運動器リハビリテーション料(2)(リ減)	※
				180052930	運動器リハビリテーション料(3)(リ減)	※
				180053030	運動器リハビリテーション料(1)(要介護・入院)(リ減)	※
				180053230	運動器リハビリテーション料(2)(要介護・入院)(リ減)	※
				180053430	運動器リハビリテーション料(3)(要介護・入院)(リ減)	※
			疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載すること。	850100440	最初に診断された年月日(運動器リハビリテーション料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
376	H003	呼吸器リハビリ テーション料	算定単位数及び実施日数を記載すること。	180028010	呼吸器リハビリテーション料(1)	※
				180028110	呼吸器リハビリテーション料(2)	※
381	H004	摂食機能療法の 摂食嚥下機能回 復体制加算	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施年月日及びカンファレンスを実施した年月日を記載すること。内視鏡下嚥下機能検査及び嚥下造影について、摂食嚥下機能回復体制加算を算定する保険医療機関とは別の保険医療機関において検査を実施した場合には、検査を行った保険医療機関名を記載すること。	850100231	内視鏡下嚥下機能検査を実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850100232	嚥下造影を実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850100233	カンファレンスを実施した年月日(摂食嚥下機能回復体制加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
387	H	「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを実施した場合	次の例により「リハ選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。 〔記載例〕 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 185×18 実施日数3日 (リハ選) 運動器リハビリテーション料 1,850円×1	830100372	リハ選;*****	※
393	I002	通院・在宅精神療 法の療養生活継 続支援加算	初回の当該加算を算定した年月日を記載すること。	850100441	初回算定年月日(療養生活継続支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
			(対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合) 急性増悪等における具体的な状態について記載すること。	830100533	急性増悪等における具体的な状態(療養生活継続支援加算);*****	※
397	I003-2	認知療法・認知行 動療法	当該診療に要した時間を記載すること。	852100015	認知療法・認知行動療法に要した時間(認知療法・認知行動療法)	※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
404	I012	精神科訪問看護・ 指導料(Ⅰ) 精神科訪問看護・ 指導料(Ⅲ)	月の初日の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により測定した値及び測定日を記載すること。GAFの値 については該当する範囲を選択して記載すること。	850190202	GAF測定年月日(精神科訪問看護・指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				820101019	GAF尺度100－91(精神科訪問看護・指導料)	※
				820101020	GAF尺度90－81(精神科訪問看護・指導料)	※
				820101021	GAF尺度80－71(精神科訪問看護・指導料)	※
				820101022	GAF尺度70－61(精神科訪問看護・指導料)	※
				820101023	GAF尺度60－51(精神科訪問看護・指導料)	※
				820101024	GAF尺度50－41(精神科訪問看護・指導料)	※
				820101025	GAF尺度40－31(精神科訪問看護・指導料)	※
				820101026	GAF尺度30－21(精神科訪問看護・指導料)	※
				820101027	GAF尺度20－11(精神科訪問看護・指導料)	※
				820101028	GAF尺度10－1(精神科訪問看護・指導料)	※
				820101029	GAF尺度0(精神科訪問看護・指導料)	※
409	I012-2	精神科訪問看護 指示料の手順書 加算	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190056	前回実施年月日(手順書加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				820190052	初回(手順書加算)	※
414	I	「制限回数を超えて 行う診療」に係 る精神科専門療 法を実施した場合	次の例により「精選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を 他の精神科専門療法と区別して記載すること 〔記載例〕 精神科デイ・ケア(小規模) 590×5 (精選) 精神科デイ・ケア 5,900円×1	830100534	精選:*****	※
415	J000- 2	下肢創傷処置	下肢創傷の部位及び潰瘍の深さを記載すること。	830100535	下肢創傷の部位及び潰瘍の深さ(下肢創傷処置):*****	※
419	J003	局所陰圧閉鎖処 置(入院)	初回加算を算定した年月日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を記載 すること。	850100442	初回加算算定年月日(局所陰圧閉鎖処置(入院)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
			(創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合) 併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置のそれぞれの対象部位をそれぞれ記載すること。	830100459	併算定した処置の部位(局所陰圧閉鎖処置):*****	※
				830100460	対象部位(局所陰圧閉鎖処置):*****	※
421	J003- 2	局所陰圧閉鎖処 置(入院外)	(局所陰圧閉鎖処置(入院外)を算定した場合) 初回加算を算定した年月日を記載すること。	850100270	初回加算算定年月日(局所陰圧閉鎖処置(入院外)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
			(創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合) 併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置のそれぞれの対象部位をそれぞれ記載すること。	830100459	併算定した処置の部位(局所陰圧閉鎖処置):*****	※
				830100460	対象部位(局所陰圧閉鎖処置):*****	※
422	J003- 3	局所陰圧閉鎖処 置(腹部開放創)	(局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)を算定した場合) 処置開始年月日を記載すること	850100393	処置開始日(局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
431	J038- 2	持続緩徐式血液 濾過	一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものを含む。)、当該月 の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	850100443	初回実施年月日(持続緩徐式血液濾過):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
434	J039 注3	移植後抗体関連 型拒絶反応治療 における血漿交換 療法	(臓器移植後に抗体関連型拒絶反応を呈する患者を対象として、抗ドナー抗体を除去することを目的と して実施する場合) 医学的な必要性から一連につき6回以上算定する場合には、その理由を記載すること。	830100536	6回以上算定する理由(移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法):*****	※
438	J041- 2	血球成分除去療 法	(医学的な必要性から一連につき2週間に2回以上算定する場合又は48週間を超えて算定する場合) その理由を記載すること。	830100764	2週間に2回以上算定する理由(血球成分除去療法):*****	※
				830100765	48週間を超えて算定する理由(血球成分除去療法):*****	※
			初回実施に当たっては、医学的な必要性を記載すること。	830100766	医学的な必要性(初回)(血球成分除去療法):*****	※
			一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものも含む。)、当該月 の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	850100444	初回実施年月日(血球成分除去療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
440	J045 の3	人工呼吸、5時間 を超えた場合	開始年月日を記載すること。	850100445	開始年月日(人工呼吸 5時間を超えた場合):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
441	J045 注3	覚醒試験加算	開始年月日を記載すること。	850100446	開始年月日(覚醒試験加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
451	J129- 3	治療用器具採寸 法	(医学的な必要性から、既製品の治療用器具を処方するに当たって、既製品の治療用器具を加工するた めに当該採寸を実施した場合) 医学的な必要性及び加工の内容を記載すること。	830100537	医学的な必要性(治療用器具採寸法):*****	※
				830100538	加工の内容(治療用器具採寸法):*****	※
454	K 通 則12 時間外等加算1	通則12 時間外等加算1	手術を実施した診療科、初診又は再診の日時(入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限 る。)及び手術を開始した日時を記載すること。	830100539	手術実施診療科(休日加算1(手術)):*****	※
				830100540	手術実施診療科(時間外加算1(手術)):*****	※
				830100541	手術実施診療科(深夜加算1(手術)):*****	※
				830100542	手術実施診療科(時間外特例医療機関加算1(手術)):*****	※
				853100021	休日加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"	※
				853100022	時間外加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"	※
				853100023	深夜加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"	※
				853100024	時間外特例医療機関加算1(手術)初診又は再診の日時:dd"日"hh"時"mm"分"	※
				853100025	休日加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"	※
				853100026	時間外加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"	※
				853100027	深夜加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"	※
				853100028	時間外特例医療機関加算1(手術)手術開始日時:dd"日"hh"時"mm"分"	※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
456	K019-2	自家脂肪注入	注入した脂肪量を記載すること。	830100543	注入した脂肪量(自家脂肪注入);*****	※
459	K046 の注	骨折観血的手術の緊急整備固定加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	853100006	骨折した日時(緊急整備固定加算);dd"日"h"時"mm"分	※
				853100007	手術を開始した日時(緊急整備固定加算);dd"日"h"時"mm"分	※
461	K047-2	難治性骨折超音波治療法	(観血的手術又は超音波骨折治療法等他の療養を行わず難治性骨折超音波治療法を行った場合)その詳細な理由を記載すること。	830100780	詳細理由(難治性骨折超音波治療法);*****	※
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100781	指導内容(難治性骨折超音波治療法);*****	※
463	K059	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	(自家骨又は非生体同種骨(凍結保存された死体骨を含む。))移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合)人工骨の移植部位について記載すること。	830100544	人工骨の移植部位(骨移植術);*****	※
465	K081 の注	人工骨頭挿入術の緊急挿入加算	骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	853100008	骨折した日時(緊急挿入加算);dd"日"h"時"mm"分	※
				853100009	手術を開始した日時(緊急挿入加算);dd"日"h"時"mm"分	※
471	K311	鼓膜穿孔閉鎖術	症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100545	症状詳記(鼓膜穿孔閉鎖術);*****	※
474	K546 K547 K548 K549	経皮的冠動脈形成術 経皮的冠動脈粥腫切除術 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの) 経皮的冠動脈ステント留置術	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K546経皮的冠動脈形成術(1)から(3)、(6)、(7)、K547経皮的冠動脈粥腫切除術の(1)及び(2)、K548経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)(1)又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の(1)から(3)、(6)、(7)に該当する場合は、所定の事項を記載すること。	830100546	理由・医学的根拠(留意事項通知K546(1));*****	※
				830100547	医学的根拠(留意事項通知K546(2)のア);*****	※
				830100548	測定項目(留意事項通知K546(2)のア);*****	※
				842100074	留意事項通知K546(2)のアの値;	※
				830100549	医学的根拠(留意事項通知K546(2)のイ);*****	※
				830100550	医学的根拠(留意事項通知K546(2)のウ);*****	※
				830100551	医学的根拠(留意事項通知K546(3)のア);*****	※
				830100552	重症度及びその医学的根拠(留意事項通知K546(3)のア);*****	※
				830100553	医学的根拠(留意事項通知K546(3)のイ);*****	※
				830100554	短期リスク評価及びその医学的根拠(留意事項通知K546(3)のイ);*****	※
				830100555	医学的根拠(留意事項通知K546(3)のウ);*****	※
				830100556	詳細な理由・医学的根拠(留意事項通知K546(6));*****	※
				830100557	過去に実施した手術(留意事項通知K546(7)のイ);*****	※
				830100558	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K546(7)のイ);*****	※
				830100559	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K546(7)のウ);*****	※
				830100560	理由・医学的根拠(留意事項通知K547(1));*****	※
				830100561	過去に実施した手術(留意事項通知K547(2)のイ);*****	※
				830100562	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K547(2)のイ);*****	※
				830100563	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K547(2)のウ);*****	※
				830100564	過去に実施した手術(留意事項通知K548(1)のイ);*****	※
				830100565	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K548(1)のイ);*****	※
				830100566	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K548(1)のウ);*****	※
				830100567	理由・医学的根拠(留意事項通知K549(1));*****	※
				830100568	医学的根拠(留意事項通知K549(2)のア);*****	※
				830100569	測定項目数(留意事項通知K549(2)のア);*****	※
				830100570	医学的根拠(留意事項通知K549(2)のイ);*****	※
				830100571	医学的根拠(留意事項通知K549(2)のウ);*****	※
				830100572	医学的根拠(留意事項通知K549(3)のア);*****	※
				830100573	重症度及びその医学的根拠(留意事項通知K549(3)のア);*****	※
				830100574	医学的根拠(留意事項通知K549(3)のイ);*****	※
				830100575	短期リスク評価及びその医学的根拠(留意事項通知K549(3)のイ);*****	※
				830100576	医学的根拠(留意事項通知K549(3)のウ);*****	※
				830100577	詳細な理由・医学的根拠(留意事項通知K549(6));*****	※
				830100578	過去に実施した手術(留意事項通知K549(7)のイ);*****	※
				830100579	使用したカテーテル等の使用本数(留意事項通知K549(7)のイ);*****	※
				830100580	今回の実施理由・医学的根拠(留意事項通知K549(7)のウ);*****	※
				842100075	留意事項通知K546(2)のア測定値;	※
				842100076	留意事項通知K549(2)のア測定値;	※
				850100453	留意事項通知K546(7)のア過去の実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100454	留意事項通知K547(2)のア過去の実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100455	留意事項通知K548(1)のア過去の実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100456	留意事項通知K549(7)のア過去の実施年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				851100039	留意事項通知K546(2)のイ(イ) 所見の得られた時刻	※
				851100040	留意事項通知K546(2)のイ(ニ) 所見の得られた時刻	※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
				851100041	留意事項通知K546(2)のイの(ハ) 所見の得られた時刻	※
				851100042	留意事項通知K546(2)のイの(ホ) 所見の得られた時刻	※
				851100043	留意事項通知K546(2)のイの(ロ) 所見の得られた時刻	※
				851100044	留意事項通知K546(2)のウの(イ) 再開通時刻	※
				851100045	留意事項通知K546(2)のウの(イ) 発症時刻	※
				851100046	留意事項通知K546(2)のウの(イ) 来院時刻	※
				851100047	留意事項通知K546(2)のウの(ロ) 再開通時刻	※
				851100048	留意事項通知K546(2)のウの(ロ) 発症時刻	※
				851100049	留意事項通知K546(2)のウの(ロ) 来院時刻	※
				851100050	留意事項通知K546(3)のウ手術開始時刻	※
				851100051	留意事項通知K546(3)のウ来院時刻	※
				851100052	留意事項通知K549(2)のイの(イ) 所見の得られた時刻	※
				851100053	留意事項通知K549(2)のイの(ニ) 所見の得られた時刻	※
				851100054	留意事項通知K549(2)のイの(ハ) 所見の得られた時刻	※
				851100055	留意事項通知K549(2)のイの(ホ) 所見の得られた時刻	※
				851100056	留意事項通知K549(2)のイの(ロ) 所見の得られた時刻	※
				851100057	留意事項通知K549(2)のウの(イ) 再開通時刻	※
				851100058	留意事項通知K549(2)のウの(イ) 発症時刻	※
				851100059	留意事項通知K549(2)のウの(イ) 来院時刻	※
				851100060	留意事項通知K549(2)のウの(ロ) 再開通時刻	※
				851100061	留意事項通知K549(2)のウの(ロ) 発症時刻	※
				851100062	留意事項通知K549(2)のウの(ロ) 来院時刻	※
				851100063	留意事項通知K549(3)のウ手術開始時刻	※
				851100064	留意事項通知K549(3)のウ来院時刻	※
				830100581	医学的根拠(留意事項通知K546(4)のア):*****	※
				830100582	医学的根拠(留意事項通知K546(4)のイ):*****	※
				830100583	医学的根拠(留意事項通知K546(4)のウ):*****	※
				830100584	医学的必要性及び検討結果(留意事項通知K546(4)のウ):*****	※
				830100585	医学的根拠(留意事項通知K549(4)のア):*****	※
				830100586	医学的根拠(留意事項通知K549(4)のイ):*****	※
				830100587	医学的根拠(留意事項通知K549(4)のウ):*****	※
				830100588	医学的必要性及び検討結果(留意事項通知K549(4)のウ):*****	※
483	K594 の4の イ及び ロ	不整脈手術 4 左心耳閉鎖術 イ開胸手術によるもの ロ 胸腔鏡下によるもの	手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査(ホルター心電図検査を含む。)の結果及び当該手術を行う医学的理由を記載すること。	830100589	12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果(不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下))):*****	※
				830100590	当該手術を行う医学的理由(不整脈手術(左心耳閉鎖術(胸腔鏡下))):*****	※
487	K616- 8	吸着式潰瘍治療法	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K616-8吸着式潰瘍治療法の(2)のア及びイの要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100591	医学的根拠(吸着式潰瘍治療法):*****	※
494	K721- 注2 K721- 3 注	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 内視鏡的結腸異物摘出術 バルーン内視鏡加算	症状詳細を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100592	症状詳細(バルーン内視鏡加算):*****	※
496	K721- 4 注	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 バルーン内視鏡加算	症状詳細を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100592	症状詳細(バルーン内視鏡加算):*****	※
500	K755- 3	副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	副腎摘出術が適応とならない理由を記載すること。	830100593	副腎摘出術が適応とならない理由(副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法):*****	※
501	K823- 6	尿失禁手術	(効果の減弱等により再手術が必要となった場合) 前回実施年月日(初回の場合は初回である旨)を記載すること。	850100491	前回実施年月日(尿失禁手術):(元号)yy”年”mm”月”dd”日”	※
				820190491	初回(尿失禁手術)	※
502	K838- 2の1	精巣内精子採取術 1 単純なもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 閉塞性無精子症 イ 非閉塞性無精子症 ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの	820100876	ア 閉塞性無精子症(精巣内精子採取術1 単純なもの)	※
				820100877	イ 非閉塞性無精子症(精巣内精子採取術1 単純なもの)	※
				820100878	ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの(精巣内精子採取術1 単純なもの)	※
503	K838- 2の2	精巣内精子採取術 2 顕微鏡を用いたもの	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 閉塞性無精子症 イ 非閉塞性無精子症 ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの	820100879	ア 非閉塞性無精子症(精巣内精子採取術2 顕微鏡を用いたもの)	※
				820100880	イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの(精巣内精子採取術2 顕微鏡を用いたもの)	※
504	K838- 2	精巣内精子採取術	(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第10部K838-2精巣内精子採取術の(2)のウ又は(3)のイに該当する患者に算定する場合) 実施する必要があると判断した理由について記載すること。	830100594	実施する必要があると判断した理由(精巣内精子採取術):*****	※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
505	K884- 2	人工授精	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 精子・精液の量的・質的異常 イ 射精障害・性交障害 ウ 精子－頸管粘液不適合 エ 機能性不妊	820100881	ア 精子・精液の量的・質的異常(人工授精)	※
				820100882	イ 射精障害・性交障害(人工授精)	※
				820100883	ウ 精子－頸管粘液不適合(人工授精)	※
				820100884	エ 機能性不妊(人工授精)	※
506	K884- 3	胚移植術	治療開始日の年齢を記載すること。	830100595	治療開始日の年齢(胚移植術);*****	※
			胚移植術の実施回数の合計を記載すること。	830100596	胚移植術の実施回数(胚移植術);*****	※
507	K884- 3の注2	アシステッドハッチ ング	実施した医学的な理由を記載すること。	830100597	実施した医学的な理由(アシステッドハッチング);*****	※
508	K884- 3の注2 注3	高濃度ヒアルロン 酸含有培養液を 用いた前処置	実施した医学的な理由を記載すること。	830100598	実施した医学的な理由(高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置);*****	※
509	K890- 4	採卵術	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 卵管性不妊 イ 男性不妊(閉塞性無精子症等) ウ 機能性不妊 エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合	830100599	採取した卵子の数(採卵術);*****	※
				820100885	ア 卵管性不妊(採卵術)	※
				820100886	イ 男性不妊(閉塞性無精子症等)(採卵術)	※
				820100887	ウ 機能性不妊(採卵術)	※
				820100888	エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合(採卵術)	※
510	K917	体外受精・顕微授 精管理料	いずれの状態に該当するかを記載すること。 ア 卵管性不妊 イ 男性不妊(閉塞性無精子症等) ウ 機能性不妊 エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合	820100889	ア 卵管性不妊(体外受精・顕微授精管理料)	※
				820100890	イ 男性不妊(閉塞性無精子症等)(体外受精・顕微授精管理料)	※
				820100891	ウ 機能性不妊(体外受精・顕微授精管理料)	※
				820100892	エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合(体外受精・顕微授精管理料)	※
			(顕微授精及び必要な医学管理を行った場合) 管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数を記載すること	850100457	管理を開始した年月日(体外受精・顕微授精管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				830100600	顕微授精を実施した卵子の数(体外受精・顕微授精管理料);*****	※
511	K917 の注1	体外受精・顕微授 精管理料 注:体外受精及び顕 微授精を同時に 実施した場合	体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由について記載すること。	830100601	体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由(体外受精・顕微授精管理料);*****	※
512	K917 の注2	体外受精・顕微授 精管理料 採取精子調整加 算	精巣内精子採取術を実施した年月日を記載すること。	850100458	精巣内精子採取術の実施年月日(採取精子調整加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
			(他の保険医療機関において実施した場合) 他の医療機関の名称及び当該保険医療機関において実施された年月日を記載すること。	830100602	実施した他医療機関の名称(採取精子調整加算);*****	※
				850100459	他医療機関で精巣内精子採取術を実施した年月日(採取精子調整加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
513	K917 の注3	体外受精・顕微授 精管理料 卵子調整加算	実施した医学的な理由を記載すること。	830100603	実施した医学的な理由(卵子調整加算);*****	※
514	K917- 2	受精卵・胚培養管 理料	管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理を開始した年月日を記載すること。	830100604	管理を実施した受精卵及び胚の数(受精卵・胚培養管理料);*****	※
				850100460	管理を開始した年月日(受精卵・胚培養管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
515	K917- 2 注	受精卵・胚培養管 理料 注:胚盤胞の作成 目的	管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	830100798	管理の具体的な内容(注:胚盤胞の作成目的);*****	※
				842100107	管理を実施した初期胚の数(注:胚盤胞の作成目的);*****	※
				850190203	管理を開始した年月日(注:胚盤胞の作成目的);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
516	K917- 301	胚凍結保存管理 料 胚凍結保存管 理料(導入時)	凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日を記載すること。	830100607	凍結する初期胚又は胚盤胞の数(胚凍結保存管理料(導入時));*****	※
				850100462	凍結を開始した年月日(胚凍結保存管理料(導入時));(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
517	K917- 302	胚凍結保存管理 料 胚凍結保存維持 管理料	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数を記載すること。 また、凍結を開始した年月日を維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとに記載すること。	830100608	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数(胚凍結保存維持管理料);*****	※
				850190204	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとの凍結を開始した年月日(胚凍結保存維持管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
518	K920 03	自己血貯血	貯血量、手術予定年月日(当該自己血貯血を入院外で行った場合又は当該自己血貯血を行った日が属する月と手術予定日が属する月とが異なる場合に限る。)を記載すること。	150327510	自己血貯血(6歳以上)(液状保存)	※
				150327610	自己血貯血(6歳以上)(凍結保存)	※
				150327710	自己血貯血(6歳未満)(液状保存)	※
				150327810	自己血貯血(6歳未満)(凍結保存)	※
				850100464	自己血貯血手術予定年月日	※
			(6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合) 患者の体重を記載すること。	840000082	患者体重 g	※
519	K920 04	自己血輸血	(6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合) 患者の体重及び輸血量を記載すること。	840000082	患者体重 g	※
				150286410	自己血輸血(6歳未満)(液状保存)	※
				150286510	自己血輸血(6歳未満)(凍結保存)	※
520	K920 05	希釈式自己血輸 血	(6歳未満の患者に対して希釈式自己血輸血を行った場合) 患者の体重及び輸血量を記載すること。	840000082	患者体重 g	※
				150390610	希釈式自己血輸血(6歳未満)	※

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
521	K923	術中術後自己血 回収術	(12歳未満の患者に対して術中術後自己血回収術を行った場合) 患者の体重及び出血量を記載すること。	840000082	患者体重 g	※
				150405210	術中術後自己血回収術(濃縮及び洗浄)	※
				150405310	術中術後自己血回収術(濾過)	※
523	K939- 9	切開創局所陰圧 閉鎖処置機器加算	患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。	820100893	ア BMIが30以上の肥満症の患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)	※
				820100894	イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1C(HbA1C)がJDS値で6.6%以上(NGSP値で7.0%以上)の者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)	※
				820100895	ウ ステロイド療法を受けている患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)	※
				820100896	エ 慢性維持透析患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)	※
				820100897	オ 免疫不全状態にある患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)	※
				820100898	カ 低栄養状態にある患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)	※
				820100899	キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)	※
				820100900	ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う(切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算)	※
524	-	特定保険医療材 料	「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」(令和4年3月4日保医発0304第9号)Ⅰの2の006の(1)のウ、008の(3)、009の(3)、010、011の(2)、013の(3)、013の(4)、015の(1)、015の(2)、Ⅰの3の010の(2)、021の(4)、031の(4)、033の(2)、040(Ⅰの2の006の(1)のウと同様)、061の(1)、064の(11)、065、066の(2)、069、070、071、094の(2)、107の(1)、107の(2)、129の(1)のイ、129の(2)のイ、132の(3)、132の(5)、133の(2)のイ、133の(2)のオ、133の(7)のア、133の(8)のア、133の(12)のア、134、146の(1)、146の(2)、146の(3)、146の(5)、149の(3)、150の(1)のア、150の(2)のウ、150の(3)のア、150の(3)のウ、152の(2)、152の(5)、153の(2)、153の(5)、155の(2)、159の(3)、159の(4)、159の(5)、174の(3)、180の(2)、187の(3)、189の(2)、190の(2)、191の(2)、191の(5)、195の(2)、200の(1)のウ、202の(3)、203の(5)、204の(1)、205の(1)、206の(2)、207の(1)、207の(2)、211の(2)、212の(1)、212の(2)、213、214の(2)又は214の(3)に該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。また、同通知のⅣに規定する略称を使用しても差し支えないこと。なお、Ⅰの3の021の(4)、133の(2)のイ、144の(2)、150の(1)のエ、150の(2)のウ、150の(3)のウ、150の(4)のエ、150の(5)のウ、150の(6)のエ、186の(4)又は191の(5)に該当する場合には、症状詳記を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。また、Ⅰの3の153(動脈管内留置型を使用する場合に限る。)については、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写し及び関連学会より認定された医師であることを証する文書の写しを、193については、関連学会により発行される実施施設証明書(の写しを、196については、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いた治療が当該患者にとって最適であると判断した評価内容を、204、205については、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写し及び医師の所定の研修修了を証する文書の写しを添付すること。	830100609	所定事項(特定保険医療材料):*****	※
				830100610	症状詳記(特定保険医療材料):*****	※
528	L008- 2	体温維持療法の 体温維持迅速導 入加算	算定の可否の判断に必要な発症等に係る時刻等を症状詳記として添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えない。	830100321	症状詳記(体温維持迅速導入加算):*****	※
530	L101	神経ブロック(神 経破壊剤高周波 凝固法又はパル ス高周波使用)	(局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合) その医学的必要性を記載すること。	830100323	医学的必要性(神経ブロック(神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波使用)):*****	※
531	M	放射線治療	照射部位を記載すること。	830100324	照射部位(放射線治療):*****	※
533	N000	病理組織標本作 製 「1」の「組織切片 によるもの」	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N000病理組織標本作成の(1)の(ア)から(ケ)までのいずれかを選択し記載すること。 なお、選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的な部位等を記載すること。	820100866	ア 気管支及び肺臓	※
				820100867	イ 食道	※
				820100868	ウ 胃及び十二指腸	※
				820100869	エ 小腸	※
				820100870	オ 盲腸	※
				820100871	カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸	※
				820100872	キ S状結腸	※
				820100873	ク 直腸	※
541		ヘリコバクター・ピ ロリ感染の診断及 び治療に関する取 扱い	(内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者及び内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者に対して実施した場合) 内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果を記載すること。また、健康診断として内視鏡を行った場合はその旨記載すること。	830100613	内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果:*****	※
				820100901	健康診断として内視鏡検査を実施	※
			除菌前感染診断及び除菌後感染診断において、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対し再度検査を実施した場合は、各々の検査法及び検査結果について記載すること。	830100614	検査方法:*****	※
				830100615	検査結果:*****	※
			除菌後感染診断を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に除菌終了年月日を記載すること。	850100465	除菌終了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
			静菌作用を有する薬剤を投与していた患者に対し、除菌前感染診断及び除菌後感染診断を実施する場合は、当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了年月日を記載すること。	850100466	薬剤投与中止年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850100467	終了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
			除菌後の感染診断を目的として抗体測定を実施する場合については、除菌前並びに除菌後の抗体測定実施年月日及び測定結果を記載すること。	850100468	抗体測定実施年月日(除菌前):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850100469	抗体測定実施年月日(除菌後):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				830100616	測定結果:*****	※
542	入所者 診療	施設入所者自己 腹膜炎薬剤料	薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、投与量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示する。)	※
				特定器材コード	(特定器材名を表示する。)	※

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。
※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。